

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

RAÍSSA NAYARA MOTA PEREIRA COSTA

**TRABALHO FEMININO E IDEOLOGIA DA EXCELÊNCIA: VIVÊNCIAS DE
ENFERMEIRAS EM HOSPITAIS PRIVADOS**

**São Luís
2023**

RAÍSSA NAYARA MOTA PEREIRA COSTA

**TRABALHO FEMININO E IDEOLOGIA DA EXCELÊNCIA: VIVÊNCIAS DE
ENFERMEIRAS EM HOSPITAIS PRIVADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Scripto Sensu* em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Vaz dos Santos
Ribeiro

**São Luís
2023**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Costa, Raíssa Nayara Mota Pereira.

TRABALHO FEMININO E IDEOLOGIA DA EXCELÊNCIA : VIVÊNCIAS
DE ENFERMEIRAS EM HOSPITAIS PRIVADOS / Raíssa Nayara Mota
Pereira Costa. - 2023.
119 f.

Coorientador(a) 1: Carlos Wellington Soares Martins.

Orientador(a): Carla Vaz dos Santos Ribeiro.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís, 2023.

1. Enfermagem. 2. Ideologia da excelência. 3.
Trabalho. 4. Trabalho feminino. I. Martins, Carlos
Wellington Soares. II. Ribeiro, Carla Vaz dos Santos.
III. Título.

RAÍSSA NAYARA MOTA PEREIRA COSTA

**TRABALHO FEMININO E IDEOLOGIA DA EXCELÊNCIA: VIVÊNCIAS DE
ENFERMEIRAS EM HOSPITAIS PRIVADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Scripto Sensu* em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Vaz dos Santos Ribeiro

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Carla Vaz dos Santos Ribeiro (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dra. Denise Bessa Leda
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Carla Sabrina Xavier Antloga
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Yldry Souza Ramos Ramos Queiroz Pessoa
Universidade Federal do Maranhão (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela proteção, por guiar meus caminhos e me fortalecer sempre na busca pelos meus sonhos.

Aos meus pais, Leila e Evaldo, pelo amor incondicional e pelos valores que me sustentam. Tudo que sou, tudo que conquistei ou ainda conquistarei, é graças a vocês. Nunca será possível descrever suficientemente o amor e gratidão que sinto por vocês dois.

À minha irmã, Andressa, pelo apoio em todos os momentos. Obrigada por me ouvir genuinamente, me incentivar, me fazer olhar as coisas por outro ângulo nos momentos angustiantes e por acreditar em mim quando eu mesma tenho dúvidas. A tua companhia diária, mesmo que virtual, foi imprescindível em todo esse período.

Ao meu marido, Paulo, que foi o primeiro grande incentivador dessa jornada no mestrado. Obrigada por todo o apoio durante esse processo! Obrigada por me encorajar, acreditar em mim, me ajudar a “colocar o pé no chão” nos momentos de ansiedade, pelo companheirismo diário e pela torcida.

À minha orientadora, Carla Vaz, pela condução ao longo de todo esse processo do mestrado. Sua dedicação, responsabilidade, humildade e competência são admiráveis e eu me sinto extremamente sortuda e honrada por poder ter contado com sua orientação desde a graduação. Obrigada pela orientação leve e respeitosa em todos os momentos, a senhora é uma grande inspiração.

À professora Denise Bessa, por todos os ensinamentos e valiosas contribuições durante toda a construção desta pesquisa, nas disciplinas e seminários do mestrado. Obrigada pelas sugestões na etapa de qualificação e por sua disponibilidade em participar da banca de defesa.

À professora Carla Antloga, que desde nosso primeiro contato sempre se mostrou tão disponível. Obrigada pelo aceite para participar das etapas de qualificação e defesa dessa pesquisa. Tenho muita admiração pela forma generosa com que partilha o seu conhecimento, seu trabalho é inspirador.

Às minhas amigas psis Aline, Gracielle, Rayanne, Fernanda e Thayane, companheiras ao longo desses anos de caminhada na Psicologia, compartilhando as dores e delícias desse caminho. Vocês são exemplos de dedicação e compromisso, são inspirações para mim.

Às minhas grandes amigas Anna Cecy e Caroline. Crescemos juntas e é muito bom seguir compartilhando a vida com vocês.

Às minhas companheiras do mestrado, Wirna, Renata, Dayse e Juliana, certamente ter a companhia de vocês nessa jornada a tornou mais leve. Obrigada pela ajuda em todos os momentos!

À minha psicóloga, que me deu suporte durante o período desta escrita.

Às minhas companheiras do grupo de pesquisa em aposentadoria e subjetividade, que me ajudaram a compreender melhor o mundo das trabalhadoras da enfermagem.

Às enfermeiras participantes deste estudo. Sou extremamente grata por sua disponibilidade, por doarem seu tempo para me ajudar a construir esta pesquisa, e sobretudo pela confiança e generosidade em compartilharem comigo suas vivências.

À FAPEMA, pelo apoio financeiro imprescindível para a realização dessa pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na realização desta pesquisa.

RESUMO

O trabalho feminino sofre implicações de uma divisão sexual do trabalho que foi construída de forma complexa ao longo da história das sociedades. Apesar das conquistas cada vez maiores realizadas pelas mulheres, ainda se percebe que elas enfrentam dificuldades em sua atuação no trabalho que são reflexos dessas desigualdades históricas. Quando se pensa na realidade das organizações, a esses aspectos adiciona-se a disseminação da ideologia da excelência nos espaços de trabalho atuais. Essa lógica, que propaga preceitos de performances excelentes, aparece como um ideal a ser alcançado por todas as pessoas, formando um cenário de crescente competição e individualismo. Esse ideário alcança as organizações de saúde, que trazem um trabalho de natureza particular, associado ao cuidado. Entende-se que as profissionais de enfermagem, que representam a maioria dentro dessa área, estão assim envolvidas por um mundo do trabalho que traz implicações advindas da divisão sexual do trabalho e da ideologia da excelência, em um campo de trabalho cuja atividade é repleta de complexidades próprias. Diante disso, essa pesquisa teve o objetivo de analisar as repercussões da ideologia da excelência nas vivências de enfermeiras que trabalham em hospitais privados da cidade de São Luís-MA. Quanto ao método, foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando como embasamento teórico as construções da Psicodinâmica do Trabalho. Foram entrevistadas nove enfermeiras atuantes em hospitais da rede privada de São Luís-MA. Para a análise dos dados coletados foi utilizada a Análise Crítica do Discurso de Norman Fairclough. Constatou-se que as enfermeiras têm um cotidiano marcado por pressões relacionadas ao alcance dos indicadores organizacionais, por um ritmo de trabalho acelerado e pela sobrecarga. Percebeu-se que há expectativas e cobranças relacionadas à construção histórica da profissão e à divisão sexual do trabalho. Por fim, foi constatado que a dinâmica prazer-sofrimento experienciada pelas enfermeiras envolve fatores como o prazer na realização do trabalho de cuidado e o reconhecimento por parte dos assistidos, assim como o sofrimento ocasionado pela rigorosa dinâmica organizacional e acentuadas expectativas sobre as profissionais.

Palavras-chave: trabalho, trabalho feminino, ideologia da excelência, enfermagem

ABSTRACT

Women's work suffers from the implications of a sexual division of labor that has been constructed in a complex way throughout the history of societies. Despite the increasing achievements made by women, it is still clear that they face difficulties in their work that are a reflection of these historical inequalities. When thinking about the reality of organizations, to these aspects is added the dissemination of the ideology of excellence in current work spaces. This logic, which propagates precepts of excellent performance, appears as an ideal to be achieved by all people, forming a scenario of increasing competition and individualism. This idea reaches health organizations, which carry out work of a particular nature, associated with care. It is understood that nursing professionals, who represent the majority within this area, are thus involved in a world of work that brings implications arising from the sexual division of labor and the ideology of excellence, in a field of work whose activity is full of own complexities. Therefore, this research aimed to analyze the repercussions of the ideology of excellence on the experiences of nurses who work in private hospitals in the city of São Luís-MA. Regarding the method, qualitative research was carried out, using the constructions of Work Psychodynamics as a theoretical basis. Nine nurses working in private hospitals in São Luís-MA were interviewed. To analyze the collected data, Norman Fairclough's Critical Discourse Analysis was used. It was found that nurses have a daily life marked by pressures related to achieving organizational indicators, a fast pace of work and overload. It was noticed that there are expectations and demands related to the historical construction of the profession and the sexual division of labor. Finally, it was found that the pleasure-suffering dynamic experienced by nurses involves factors such as pleasure in carrying out care work and recognition on the part of those assisted, as well as the suffering caused by the rigorous organizational dynamics and the high expectations placed on professionals.

Keywords: work, female work, ideology of excellence, nursing

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das participantes.....	12
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 O TRABALHO SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO: O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA RELAÇÃO MULHER – TRABALHO.....	15
2.1 Distinção entre sexos: uma (complexa) construção histórica e social.....	15
2.2 Presença das mulheres nas atividades produtivas.....	18
2.3 Mudanças no mundo do trabalho, precariedade e vulnerabilidade das trabalhadoras.....	21
3 O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO	27
3.1 As práticas relacionadas a saúde e a origem da enfermagem.....	27
3.2 Florence Nightingale e a enfermagem moderna.....	31
3.3 A enfermagem no Brasil.....	32
4 O CONTEXTO DO TRABALHO ATUAL E A LÓGICA DA EXCELÊNCIA NAS ORGANIZAÇÕES	36
4.1 O advento do toyotismo como modo de produção e gestão	36
4.2 A ideologia da excelência.....	39
4.3 A ideologia da excelência nas organizações de trabalho atuais	44
5 VIVER E TRABALHAR COMO ENFERMEIRA EM HOSPITAIS PRIVADOS	52
5.1 O cotidiano das enfermeiras	53
5.2 O cuidado no cotidiano das enfermeiras.....	60
5.3. Expectativas e cobrança por excelência	66
6 VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO DAS ENFERMEIRAS	77
6.1 A dinâmica prazer-sofrimento vivenciada pelas enfermeiras.....	80
6.2 As estratégias de mediação utilizadas pelas enfermeiras	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	115

1 INTRODUÇÃO

A relação das mulheres com o trabalho é marcada por desigualdades historicamente construídas, que seguem influenciando sua atuação no mundo do trabalho. Por um longo período, acreditou-se que uma divisão de homens e mulheres como pertencentes a espaços públicos e privados se tratava de algo natural, amparada inclusive por explicações biológicas que atribuíam características distintas às mulheres, que as desqualificariam para o trabalho considerado produtivo. Porém, uma investigação histórica das construções sociais acerca da presença feminina no mundo laboral, assim como uma concepção mais crítica acerca do que seja o próprio trabalho, demonstra que as mulheres sempre estiveram ligadas às atividades laborais, sendo elas consideradas produtivas ou não.

Atualmente, é crescente a presença feminina em espaços de trabalho antes pertencentes apenas aos homens. No entanto, nota-se que elas continuam enfrentando dificuldades que dizem respeito à divisão sexual do trabalho, como a desvalorização - revelada por meio de salários menores ou ocupação de posições hierarquicamente inferiores, assim como a sobrecarga de trabalho – com o acúmulo das funções remuneradas e não remuneradas das atividades domésticas e de cuidado. De modo que se entende que as formas particulares aos quais as mulheres estão ligadas ao mundo do trabalho podem não só impactar sua atuação no trabalho produtivo, como podem também trazer consequências importantes para a construção de sua subjetividade e a manutenção de sua saúde.

Somadas às desigualdades relacionadas à divisão sexual do trabalho, atualmente tem-se organizações marcadas por uma lógica da excelência que atinge trabalhadores e trabalhadoras. A ideologia da excelência, advinda de um contexto de transformações sociais que precipitaram modificações no capitalismo, com a expansão do modo de produção toyotista e modelos de gestão alinhadas ao gerencialismo, mostra-se como uma lógica disseminada nas organizações de trabalho e, por vezes, até fora dos muros das organizações. O ideário relacionado à excelência, a fazer sempre o melhor, estar constantemente buscando a superação de si mesmo e dos demais, influencia a formação da subjetividade e a vida social dos sujeitos. E é diante desse contexto que as trabalhadoras se veem envolvidas por um mundo do trabalho complexo e desafiador.

Participaram dessa pesquisa enfermeiras, atuantes em hospitais da rede privada, pois entendeu-se que essas trabalhadoras estão inseridas em um contexto que lhes confere

implicações da divisão sexual do trabalho, de uma lógica da excelência, além daquelas ligadas à própria natureza do trabalho nessa área profissional.

Deste modo, buscou-se elucidações acerca das seguintes questões: Quais são as repercussões da ideologia da excelência no cotidiano de mulheres que exercem a profissão de enfermeiras em hospitais privados? Quais as repercussões da ideologia da excelência sobre as vivências de prazer e sofrimento dessas trabalhadoras no contexto laboral?

Diante dessas indagações, foi estabelecido como objetivo geral: analisar as repercussões da ideologia da excelência nas vivências de enfermeiras que trabalham em hospitais privados da cidade de São Luís-MA. E como objetivos específicos: 1) Caracterizar o cotidiano e a organização do trabalho das enfermeiras; 2) Identificar as repercussões da ideologia da excelência no cotidiano e na organização de trabalho das enfermeiras; 3) Identificar as vivências de prazer e sofrimento associadas ao cotidiano e à organização do trabalho das enfermeiras; e 4) Analisar as estratégias de mediação utilizadas pelas enfermeiras para lidar com os desafios impostos pelo cotidiano e a organização do trabalho.

Esta pesquisa foi realizada com base nas construções teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, que entende o trabalho não apenas como uma relação salarial, um emprego ou uma atividade unicamente de produção social, mas que considera o trabalho sobretudo o que resulta do fato de trabalhar, ou seja, “[...] os gestos, os saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e reagir a diferentes situações, o poder sentir, pensar e inventar” (Dejours, 2012, p. 24). É importante ressaltar que, apesar de a Psicodinâmica dispor de uma metodologia própria, esta metodologia não foi adotada nesta pesquisa, sendo a abordagem utilizada unicamente como referencial teórico para guiar as reflexões e discussões suscitadas no estudo.

Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória e descritiva, que procurou identificar a problemática apresentada, proporcionar maior conhecimento a respeito do tema e descrever um fenômeno pouco estudado, apresentando suas características e dimensões (Gil, 2008). A presente pesquisa possui natureza básica pois teve o intuito de trazer avanços teóricos, propondo discussões e o aprofundamento de conceitos.

Para atingir os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa busca examinar evidências em forma de palavras, textos, imagens, vídeos e áudios para entender um fenômeno em profundidade, aplicando coleta e análise de dados específicos. Para Denzin e Lincoln (2006) os pesquisadores estudam por meio da pesquisa qualitativa as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Desse modo, neste

estudo, a aplicação da pesquisa qualitativa auxiliou na compreensão das possíveis repercussões que a ideologia da excelência pode ter sobre as vivências subjetivas das enfermeiras.

Entende-se que a ideologia da excelência é uma lógica disseminada nas organizações de trabalho atualmente, com a grande difusão de modelos de gestão associados ao gerencialismo, além de ser também uma filosofia presente na sociedade como um todo, com ideias ligadas à perfeição, culto da performance e auto empreendedorismo. As instituições voltadas ao cuidado em saúde, como os hospitais, estão incluídas dentre essas organizações.

Neste estudo, optou-se por enfermeiras como participantes por constituírem uma categoria profissional que continua tendo a presença majoritariamente feminina e por ser uma função historicamente associada à figura da mulher, com expectativas em relação ao perfil e atuação dessas profissionais. Optou-se também por restringir o espaço de trabalho dessas profissionais a hospitais privados como forma de buscar uma maior coesão na amostra, além da percepção de que é cada vez mais comum a adoção pelos hospitais privados de modelos administrativos semelhantes aos de outras empresas cujo objetivo final e preponderante é o aumento da lucratividade.

Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, com participação de nove trabalhadoras que atendiam aos critérios de inclusão determinados para a pesquisa. Essa quantidade foi definida, pois acredita-se que esse é um tamanho amostral que possibilita realizar uma análise acurada das falas seguindo os objetivos da pesquisa qualitativa proposta, dentro do prazo viável do mestrado acadêmico.

Foram adotados como critérios de inclusão a necessidade de: ter formação em enfermagem e atuar como enfermeira, trabalhar em hospital privado e ter no mínimo um ano de atuação na empresa em que trabalha. E como critérios de exclusão: estar afastada de suas atividades, ou ter estado afastada no último ano.

Nesta pesquisa, optou-se por não utilizar como critérios de inclusão/exclusão características como idade, estado civil e parentalidade, com a intenção de alcançar uma maior abrangência na mostra de participantes.

No quadro 1 visualizam-se os dados referentes a idade, autodeclaração, estado civil, parentalidade, nível de formação, renda média mensal, tempo de trabalho no hospital privado em que atuam e vínculos de trabalho concomitantes. Para cada participante atribuiu-se um número como forma de identificação.

Quadro 1 – Caracterização das participantes

	Idade	Autode- claração	Estado civil	Filhos?	Formação	Renda mensal	Quanto tempo trabalha no hospital?	Tem mais de um vínculo de trabalho?
Entrevistada 1	27	branca	solteira	não	pós-graduação latu sensu	de 3 a 5 salários	1 ano	sim, na área
Entrevistada 2	34	parda	casada	sim	pós-graduação latu sensu	de 3 a 5 salários	10 anos	não
Entrevistada 3	30	preta	casada	não	mestrado	de 5 a 7 salários	6 anos	sim, na área
Entrevistada 4	31	parda	solteira	não	pós-graduação latu sensu	de 3 a 5 salários	2 anos	sim, em outra área
Entrevistada 5	30	preta	solteira	não	pós-graduação latu sensu	de 1 a 3 salários	7 anos	não
Entrevistada 6	26	branca	solteira	não	superior	de 1 a 3 salários	2 anos	sim, em outra área
Entrevistada 7	29	branca	solteira	não	pós-graduação latu sensu	de 1 a 3 salários	2 anos	não
Entrevistada 8	31	parda	casada	não	pós-graduação latu sensu	de 1 a 3 salários	5 anos	não
Entrevistada 9	36	branca	casada	sim	pós-graduação latu sensu	de 1 a 3 salários	1 ano e 3 meses	sim, em outra área

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Sobre os procedimentos para realização da pesquisa, inicialmente foi realizada uma revisão de literatura acerca das categorias de estudo imprescindíveis para o desenvolvimento deste trabalho, a saber: trabalho feminino, ideologia da excelência, enfermagem.

Após realização de revisão de literatura com o intuito de buscar maior familiaridade com os conceitos fundamentais para o alcance dos resultados dessa pesquisa, foi realizado contato com possíveis participantes do estudo por meio da divulgação da pesquisa em redes sociais e indicações de profissionais que atuam nesse contexto laboral.

O contato inicial com os participantes se deu por meio de mensagens de WhatsApp e ligação telefônica, nos quais foi feita a apresentação da pesquisadora, exposição da pesquisa e convite para participação no estudo. Após aceite das profissionais, foram acordados entre participantes e pesquisadora a data, o local e o horário para realização da entrevista, observando a necessidade de privacidade e de evitar interferências externas. Foram realizadas seis entrevistas de forma presencial e três entrevistas online, o formato sendo escolhido de acordo com a preferência e disponibilidade das participantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise dos dados levantados.

Nesta pesquisa foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico (apêndice A), um roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice B) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C). Os equipamentos e materiais utilizados foram celular com função de gravador, computador, impressora, folhas de papel, canetas e toner para impressão.

Em concordância com os referenciais teóricos adotados, o delineamento da pesquisa e objetivos propostos, definiu-se para a análise dos dados a utilização da análise crítica de discurso proposta por Norman Fairclough, nomeada Teoria Social do Discurso (2001).

A Teoria Social do Discurso é um modelo de análise do discurso que objetiva analisar os textos falados e/ou escritos como práticas socioculturais. Entende que o discurso tem uma relação dialética com a estrutura social, e por isso favorece a investigação de práticas sociais como práticas ideológicas, perpassadas em suas condições materiais sócio-históricas de manifestação da realidade subjetiva (Fairclough, 2001).

Neste estudo, procurou-se compreender as respostas das entrevistadas de modo pessoal, categorizando as respostas com aspectos comuns, relacionados entre si, dentro do contexto social e de trabalho nos quais as trabalhadoras participantes estão imersas.

Antes da realização das entrevistas, foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, assim como os possíveis riscos envolvidos. Nesta ocasião foi entregue às participantes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) com todas as informações acerca de sua participação. O termo foi assinado em via dupla e entregue uma via à entrevistada.

A pesquisa seguiu os termos da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) que versa sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais que envolve a utilização de dados coletados diretamente com os participantes, assim como as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) divulgadas no Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS que traz orientações para os procedimentos em pesquisas em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

Após esta seção de introdução, a dissertação traz em sua segunda seção um apanhado histórico acerca das relações entre as mulheres e o trabalho, a partir de autores que têm trazido uma perspectiva crítica sobre o assunto, realizando estudos e pesquisas nos quais assumem uma postura de desconfiança frente ao que já foi construído, de forma a se afastarem de possíveis preconceitos e prejulgamentos que já foram tão nocivos em outros tempos para a construção científica acerca das mulheres. Entende-se que refazer esse caminho que foi percorrido pelas mulheres pode levar a compreender as origens das desigualdades construídas

socialmente no trabalho, que continuam marcando sua atuação, provocando sua sobrecarga, reforçando sua desvalorização e impelindo-as muitas vezes a trabalhos precários.

A terceira seção da dissertação se propõe a apresentar o desenvolvimento da enfermagem como profissão, e, para tal, apresentar como aconteceu a evolução das práticas em saúde e cuidado, quais os aspectos sociais e históricos estiveram ligados a esses momentos e quais personagens foram marcantes para o desenvolvimento da profissão no Brasil e no mundo.

A quarta seção desse texto aborda um outro importante núcleo conceitual desta pesquisa, a ideologia da excelência. Esta seção vai expor como ocorreu a instauração do modo de produção toyotista, a partir da superação do taylorismo-fordismo. E partir desse contexto de modificações dos meios de produção, apresenta o desenvolvimento da ideologia da excelência e as suas consequências para os trabalhadores e trabalhadoras, assim como sinaliza quais as inferências desse modelo ideológico nas organizações de trabalho atuais.

A quinta seção dessa pesquisa versa sobre a vida e o(s) trabalho(s) das profissionais da enfermagem, apresentando como é seu cotidiano, as características do seu trabalho dentro e fora dos hospitais, os desafios que enfrenta em seu dia a dia. Apresenta qual o lugar do cuidado no cotidiano das enfermeiras, bem como traz as expectativas e cobranças que envolvem o trabalho dessas profissionais.

Por fim, propõe-se uma discussão sobre a dinâmica prazer-sofrimento presente no labor das enfermeiras que atuam em hospitais privados. Na sexta seção são analisadas as vivências de prazer no trabalho das enfermeiras, assim como são verificados os fatores geradores de sofrimento para as profissionais e as estratégias de mediação utilizadas por elas para lidar com os constrangimentos advindos da relação com o trabalho. Almeja-se com estas análises abrir caminhos para a compreensão das repercussões da ideologia da excelência nas vivências das trabalhadoras da enfermagem, de forma que os resultados desta pesquisa possam contribuir para as discussões sobre os desafios enfrentados por essas trabalhadoras.

2 O TRABALHO SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO: O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA RELAÇÃO MULHER – TRABALHO

O trabalho é uma construção humana que está estreitamente conectada às transformações econômicas e históricas pelas quais atravessa a humanidade. Portanto, entende-se que é necessário para a produção dessa pesquisa realizar um resgate histórico acerca da relação das mulheres com o trabalho e, a partir disso, observar quais as conexões com as problemáticas existentes na atuação das trabalhadoras hoje.

As concepções de que homens e mulheres possuem aptidão para distintas tarefas podem ser verificadas como um processo complexo que se estrutura ao longo da história humana. A presença das mulheres no ambiente laboral sempre esteve marcada por desigualdades e percebe-se uma constante desvalorização do trabalho feminino com base em características femininas tidas como naturais, que as qualificariam a desempenhar ou não certas atividades. Essa naturalização dos papéis conforme o sexo é base para preconceitos que podem marcar a construção da subjetividade feminina, assim como sua atuação no mundo do trabalho (Brito *et al*, 2012; Neves, 2013; Silva; Amazonas; Vieira, 2010).

Apesar das conquistas já realizadas pelas mulheres no que se refere a sua presença nos espaços laborais, ainda há muito o que avançar para que seja alcançada uma igualdade entre os sexos. Observando o mercado de trabalho considerado produtivo, hoje as mulheres formam uma parcela importante entre os trabalhadores e têm elevados níveis de escolaridade e especialização técnica, mesmo assim, quando comparadas à população de trabalhadores homens, recebem menor salário, ocupam posições mais precárias e desvalorizadas, e despendem mais tempo de trabalho - entre trabalho remunerado e não remunerado, como atividades domésticas e de cuidado (Barros; Mourão, 2018).

Assim, nesta seção, tem-se o intuito de explorar historicamente como se desenvolveu a relação entre as mulheres e o trabalho, buscando entender como foram construídas as diferenças de papéis sociais entre homens e mulheres, qual a atuação feminina ao longo da história do mundo do trabalho e trazer, por meio de uma perspectiva crítica, quais problemáticas envolvem o exercício das mulheres no campo do trabalho atual.

2.1 Distinção entre sexos: uma (complexa) construção histórica e social

Uma vez que falar da categoria trabalho é falar sobre uma construção humana produzida dentro de um contexto histórico, social, cultural e econômico, compreende-se que

para discutir o trabalho feminino é indispensável entender os espaços que as mulheres ocuparam e quais suas participações nas transformações sociais. Para tal, procura-se o apoio de ciências tais como a História e a Sociologia.

No entanto, quando se fala do papel que as mulheres desempenharam no desenvolvimento da humanidade, por vezes essa tarefa torna-se um tanto complexa pois o que se constata é que por muito tempo as mulheres foram deixadas de lado pelos grandes pesquisadores na busca por desvendar o percurso das sociedades. A historiadora Gerda Lerner (2019, p. 28) ao discorrer sobre esse ponto, afirma que:

O fazer História [...] é uma criação que remonta à época da invenção da escrita na Antiga Mesopotâmia. Da época dos reis da antiga Suméria em diante, historiadores, fossem sacerdotes, servos reais, escribas, clérigos ou alguma classe de intelectuais com instrução universitária, passaram a selecionar os eventos que seriam registrados e a interpretá-los para que tivessem significado e significância. Até o passado mais recente, esses historiadores eram homens, e o que registravam era o que homens haviam feito, vivenciado e considerado significativo. Chamaram isso de História e afirmaram ser ela universal. O que as mulheres fizeram e vivenciaram ficou sem registro, tendo sido negligenciado, bem como a interpretação delas, que foi ignorada. O conhecimento histórico, até pouco tempo atrás, considerava as mulheres irrelevantes para a criação da civilização e secundárias para atividades definidas como importantes em termos históricos.

Dessa forma, ao buscar conhecer os registros sobre o papel feminino na construção da sociedade é importante ter em vista que os registros podem ser difíceis de ser encontrados, parciais ou até distorcidos. Ainda assim, é de extrema relevância fazê-lo, pois como afirma ainda a autora:

Assim como os homens, as mulheres são e sempre foram sujeitos e agentes da história. Uma vez que as mulheres são metade e às vezes até mais da metade da humanidade, elas sempre compartilharam o mundo e o trabalho tal qual os homens. As mulheres são e foram peças centrais, e não marginais, para a criação da sociedade e a construção da civilização. (Lerner, 2019, p. 28)

Muito se questiona sobre qual seria a origem das distinções entre homens e mulheres, a partir de que momento elas passaram a ser consideradas inferiores, com menos direitos a ponto de serem subjugadas. Muitos pesquisadores se debruçaram sobre essas questões, e as respostas a elas são por vezes controversas.

Em busca da história das mulheres, sobretudo no que diz respeito a sua relação com o trabalho, destaca-se a contribuição de Engels a partir do livro “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, texto no qual o autor discorre sobre a formação da família patriarcal tal como estabelecida na Europa do século XIX. Engels demonstra, através da descrição dos modelos familiares ao longo do desenvolvimento das sociedades humanas, que a

formação do padrão familiar dominante em seu tempo teve ligação com a constituição da família monogâmica, criada com o intuito de proteção da propriedade privada (1984, p. 74):

[...] sua finalidade expressa [família monogâmica] é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível; e exige-se essa paternidade indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão, um dia, na posse dos bens de seu pai.

Ou seja, ao contrário do pensamento corrente, nem sempre a família foi pensada como uma instituição formada por marido, esposa e filhos, e a sua constituição não se deu de maneira natural tampouco deve ser explicada como sinal de evolução da civilização, mas sim ocorreu dentro de um contexto histórico-social e servindo a um propósito específico. Sobre a divisão de papéis entre homens e mulheres, Engels afirma (1984, p. 79):

A primeira divisão do trabalho é a que se faz entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos. [...] O primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre homem e mulher na monogamia, e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino.

Dessa forma, o autor liga a oposição de papéis entre homens e mulheres, e a subjugação feminina, à criação da família monogâmica, que teve como objetivo fundamental a proteção da propriedade privada durante o desenvolvimento do capitalismo nas sociedades.

Para Gerda Lerner (2019, p. 32), o “[...] estabelecimento do patriarcado não foi um evento, mas um processo que se desenrolou durante um espaço de tempo de quase 2500 anos, de cerca de 3100 a 600 a.C”. A historiadora se contrapõe à teorização de Engels ao defender que a apropriação da função sexual e reprodutiva das mulheres pelos homens, a subjugação de um sexo pelo outro, ocorreu antes mesmo da formação da propriedade privada e da sociedade de classes. Para a pesquisadora, os homens começaram a instituir dominância uns sobre os outros praticando antes dominância sobre as mulheres do próprio grupo social nos estados arcaicos. Defende ainda que o desenvolvimento da religião monoteísta - com a ideia de um deus masculino que era “Senhor” ou “Rei” e que trouxe a sexualidade feminina ligada apenas para fins de procriação - e as ideias da filosofia aristotélica de que as mulheres seriam seres incompletos e defeituosos, formaram base para as construções sociais simbólicas da desvalorização das mulheres e naturalidade da subordinação feminina.

Apesar de trazer ideias distintas daquelas defendidas por Engels, Lerner (2019) assinala que o autor trouxe contribuições importantes ao apontar a conexão entre as mudanças estruturais de parentesco e as mudanças na divisão do trabalho com a posição da mulher na sociedade. Afirma que “[...] seu grande mérito foi chamar a atenção para o impacto de forças sociais e culturais na estruturação e definição das relações entre os sexos” (p. 50).

Apesar de os autores se reportarem a construções sociais muito antigas, é possível perceber a influência de tais construções em diversas ideias presentes até hoje acerca do papel feminino na sociedade, e por consequência, na ligação da mulher com o constructo trabalho.

2.2 Presença das mulheres nas atividades produtivas

A despeito da progressiva subjugação a que as mulheres foram historicamente impelidas, estudiosos salientam que as mulheres sempre foram sujeitos participantes da vida social. A filósofa Silvia Federici (2017) destaca que, desde um período anterior à Idade Média e ao estabelecimento do capitalismo como modo de produção, as mulheres tinham papéis importantes dentro de suas comunidades, papéis que lhes foram retirados a partir do momento em que o Estado buscou aumentar o controle sobre a reprodução e sobre a produção de bens, buscando o desenvolvimento do capitalismo.

Nessa época, as mulheres haviam perdido espaço inclusive em empregos que haviam tradicionalmente ocupado, como a fabricação de cerveja e a realização de partos. As proletárias, em particular, encontraram dificuldades para obter qualquer emprego além daqueles com status mais baixos: empregadas domésticas (a ocupação de um terço da mão de obra feminina), trabalhadoras rurais, fiandeiras, tecelãs, bordadeiras, vendedoras ambulantes ou amas de leite. [...] Ganhava espaço (no direito, nos registros de impostos, nas ordenações das guildas) a suposição de que as mulheres não deveriam trabalhar fora de casa e de que tinham apenas que participar da “produção” para ajudar seus maridos. (Federici, 2017, p. 182)

Progressivamente, as mulheres foram estimuladas a restringirem sua participação à esfera privada, doméstica. E seu trabalho foi paulatinamente sendo mais desvalorizado:

Assim, se uma mulher costurava algumas roupas, tratava-se de “trabalho doméstico” ou de “tarefas de dona de casa”, mesmo se as roupas não eram para a família, enquanto quando um homem fazia o mesmo trabalho, se considerava como “produtivo”. [...] Rapidamente, todo o trabalho feminino, quando realizado em casa, seria definido como “tarefa doméstica”, e até mesmo quando feito fora de casa era pago a um valor menor do que o trabalho masculino – nunca o suficiente para que as mulheres pudessem sobreviver dele. O casamento era visto como a verdadeira carreira para uma mulher, e a incapacidade das mulheres de sobreviverem sozinhas era algo dado tão certo que, quando uma mulher solteira tentava se assentar em um vilarejo, era expulsa, mesmo se ganhasse um salário. (FEDERICI, 2017, pp. 183-184)

Federici (2017) defende que, durante a Idade Média, a caça às bruxas representou um grande movimento de repressão e de disciplinarização das mulheres que ousassem divergir desse modelo feminino que estava sendo estabelecido. E que esse grande momento histórico contribuiu para que as mulheres assumissem enfim todo o trabalho de cuidado dentro da sociedade. A estudiosa afirma ainda que o trabalho reprodutivo e doméstico das mulheres

favoreceu o desenvolvimento econômico das sociedades capitalistas, uma vez que esse trabalho foi o responsável pela ampliação e cuidado da força de trabalho social. Ainda assim, sendo realizado pelas mulheres, foi um trabalho invisibilizado e desvalorizado.

Os períodos compreendidos pela história como idades Moderna e Contemporânea foram momentos de mudanças marcantes para as sociedades, sobretudo referindo-se aqui à sociedade ocidental, e foram significativos para a história das mulheres no que tange o estabelecimento de concepções sobre características tidas como naturalmente femininas.

No final do século XVIII, foi empreendida uma explicação científica para a diferença entre o homem e a mulher com o desenho das diferenças entre o esqueleto feminino e masculino. Nesse desenho, o esqueleto feminino apresenta o crânio menor e a bacia pélvica maior, características utilizadas para defender que as mulheres seriam intelectualmente inferiores e que sua anatomia confirmava sua inclinação à maternidade e à vida privada (Silva; Amazonas; Vieira, 2010). Por muito tempo essas deduções foram utilizadas para justificar o afastamento das mulheres da vida pública e relegar sua atividade ao espaço íntimo-familiar.

No entanto, apesar da estimulação à separação de homens e mulheres entre espaços públicos e privados, é preciso considerar que a mulher sempre esteve ligada ao trabalho, seja ele considerado produtivo ou não.

Como já mencionado, as mulheres de classes consideradas “inferiores” tiveram um papel muito importante na produção europeia durante o período pré-capitalista. Elas trabalhavam nos campos, manufaturas, minas, lojas, mercados e oficinas, teciam e fiavam, trabalhavam na fermentação de cerveja, além de realizar as tarefas domésticas (Federici, 2017). E com o advento do capitalismo, a já declarada inferioridade feminina vai ser pretexto para exploração da mulher na sociedade industrial, somando muitas horas de trabalho combinadas com baixos salários:

O primeiro contingente feminino que o capitalismo marginaliza do sistema produtivo é constituído pelas esposas dos prósperos membros da burguesia ascendente. A sociedade não prescinde, entretanto, do trabalho das mulheres das camadas inferiores. Muito pelo contrário, a inferiorização social de que tinha sido alvo a mulher desde séculos vai oferecer o aproveitamento de imensas massas femininas no trabalho industrial. (Saffioti, 1978, p. 19)

Dessa forma, percebe-se que mesmo com o estímulo à separação das mulheres dos trabalhos considerados produtivos, realizados além do âmbito doméstico, as mulheres, sobretudo aquelas mais pobres, sempre tiveram presença ativa no mundo do trabalho.

É preciso assinalar ainda que a atuação das mulheres no trabalho sofreu influência de uma divisão social assim como também racial. Como pode-se observar no caso brasileiro,

que é marcado por traços de exclusão. No Brasil, o fim da escravidão em 1888 não significou uma inclusão igualitária dos negros na sociedade e no mercado de trabalho, o que traz reverberações sobre o trabalho das mulheres negras até hoje:

[...] apesar da erradicação do trabalho escravo, a sua lógica não deixou de estruturar as dinâmicas das relações de poder no Brasil., determinando a ocupação dos espaços a partir da classificação de raça/cor dos indivíduos. Assim, se as mulheres negras tiveram sua mão de obra explorada desde que chegaram ao território brasileiro no século XVI, ocupando o espaço público – enquanto as mulheres brancas de elite estavam confinadas ao espaço privado –, no mesmo período pós abolição o trabalho precarizado também foi uma imposição, pois o Estado não desenvolveu ações para garantir a integração social da população negra no cenário após a abolição. (Bento; Santos, 2021, p. 48)

Em um período posterior à abolição da escravidão no Brasil, o que se percebe é uma tentativa de “branqueamento” da população brasileira e estímulo ao trabalho de imigrantes europeus, o que promove o aprofundamento da dificuldade de inserção de homens e mulheres negras no mercado de trabalho formal e qualificado.

[...] com a hipervalorização da mão de obra estrangeira, os homens negros tiveram inserção no mercado de trabalho formal, já para as mulheres restou o trabalho doméstico. Essa atividade foi marginalizada historicamente, justamente por ter sido desempenhada por esse grupo marcado pela opressão interseccional. A atuação das mulheres como lavadeiras, babás e empregadas domésticas garantiu a subsistência de muitas famílias negras no final do século XIX e ao longo do século XX no Brasil. (Bento; Santos, 2021, p. 48)

Em um contexto da Europa ocidental, a socióloga Heleieth Saffioti assinala que no século XX, as grandes guerras representaram acontecimentos históricos marcantes para inserção da mulher no mercado de trabalho considerado produtivo, muito embora se tenha observado que as facilidades colocadas a elas para ingressar nesse campo eram retiradas após o término dos combates:

Organização de serviços como de restaurantes e escolas maternas se destinava a atrair as mulheres casadas com filhos em idade pré-escolar. Passada, entretanto, a fase das hostilidades, os empregadores já não se dispunham a dividir a jornada de trabalho em períodos menores a fim de empregar pessoal diferente em cada um deles e muitas escolas maternas tiveram suas portas fechadas. [...] Não obstante, além de reduzidas as facilidades para as mulheres casadas e mães, outro fator parece ter sido decisivo para promover a volta da mulher ao lar e ao trabalho doméstico exclusivamente: a ideia de que, se o número de empregos é menor que o número de pessoas aptas a preenchê-los, aos homens cabe a prioridade. (Saffioti, 1978, p. 23)

Dessa forma, percebe-se que durante o desenvolvimento das sociedades, o trabalho feminino, quando na esfera privada, foi invalidado como labor, invisibilizado e desvalorizado em relação à manutenção da sociedade. E quando participante da esfera pública, produtiva, as mulheres sofreram de forma acentuada os efeitos da divisão social e racial do trabalho: recebiam

menores salários ou eram dispensadas em períodos de relativa tranquilidade ou escassez de postos, pois seu trabalho era visto como menos importante, apenas uma segunda opção se comparado ao trabalho dos homens.

A partir da segunda metade do século XX, houve um aumento da presença feminina no mercado de trabalho considerado produtivo (sobretudo das mulheres brancas, como expõem Moraes e Santana, 2021), devido a combinação de vários fatores tais como o crescimento da escolarização feminina, mudanças na economia e no sistema de produção, crescimento da urbanização, assim como o crescimento das ideias ligadas ao movimento feminista (Barros; Mourão, 2018; Nogueira; Pestana; Rodrigues, 2021).

Porém, a educação feminina também ocorreu inicialmente de forma desigual, como explicitam Barros e Mourão (2018, p. 4):

Quando as mulheres passaram a frequentar escolas formais, esse processo não foi linear. Por um lado, as meninas das camadas sociais desfavorecidas tiveram sua inserção nas escolas dificultada, já que precisavam se envolver com as tarefas domésticas, com o trabalho agrícola e com os cuidados de demais membros da família. Por outro lado, para as meninas das classes burguesas, o ensino da leitura, da escrita e das noções básicas de matemática vinha acompanhado das aulas de piano e educação cristã [...] considerava-se que a mulher deveria ser mais educada do que instruída – sendo a educação entendida como a formação a partir de determinados princípios e valores morais, enquanto a instrução supunha o domínio de informações, habilidades e técnicas.

Reconhecendo a educação como via de progresso e expansão de possibilidades, supõe-se que essa desigualdade entre os sexos foi um fator que dificultou a velocidade do alcance de melhores oportunidades pelas mulheres, como também é uma fonte que impacta até hoje sua atuação, podendo-se citar como exemplo a disparidade da presença feminina, se comparada à masculina, em determinadas áreas de trabalho como algo que se mantém.

2.3 Mudanças no mundo do trabalho, precariedade e vulnerabilidade das trabalhadoras

O final do século XX trouxe grandes transformações no mundo do trabalho, como a mundialização dos mercados, o avanço das tecnologias aplicadas à produção e mudanças nas formas de gestão do trabalho. Indubitavelmente, essas mudanças impactaram os trabalhadores e trabalhadoras.

[...] nos anos 1990, a mundialização do capital proferiu efeitos complexos, além de contraditórios, afetando desigualmente o emprego feminino e o masculino. Em relação ao emprego masculino, ocorreu uma regressão ou estagnação. Já o emprego e o trabalho femininos remunerados cresceram, as mulheres ampliaram suas qualificações e houve maior abertura do mercado de trabalho nos setores de serviços.

Entretanto, a inserção das mulheres no mundo do trabalho é marcada por uma equivocada ideia de libertação das amarras do patriarcado devido à defasada divisão sociosexual do trabalho na esfera reprodutiva, que, em vez de libertá-las, acaba por intensificar sua carga de trabalho. (Nogueira; Pestana; Rodrigues, 2021, p. 32)

Realizando um passeio pela história notou-se que a relação das mulheres com o trabalho, sua atuação e sua presença sempre foram marcadas por desigualdades. Neste momento, percebe-se que houve um crescimento da atuação feminina no mundo do trabalho produtivo e sua presença passou a ser mais aceita. No entanto, entende-se que as desigualdades entre os sexos assumiram novas formatações.

As mulheres passaram a ter uma presença forte no mercado de trabalho, porém, o trabalho de cuidado não teve rearranjos, as mulheres continuaram sendo as principais responsáveis por ele, tendo acumulados suas funções nos espaços público e privado. Como afirmam Nogueira, Pestana e Rodrigues (2021, p. 32-33):

[...] a inserção feminina no espaço do trabalho assalariado soa como uma falsa mudança “revolucionária” na vida dessas mulheres, que continuam responsáveis pelas atividades reprodutivas, pelos cuidados com a casa e com os membros da família” [...] Além disso, o tempo despendido ao trabalho pelos homens e pelas mulheres, por exemplo, é um fator que escancara a desigualdade sociosexual do labor. [...] Assim, fica evidente que, na sociedade capitalista e patriarcal, o trabalho doméstico tende, ainda, a ser responsabilidade das mulheres, sendo elas trabalhadoras assalariadas ou não.

As mudanças que ocorreram na sociedade e a saída das mulheres do espaço privado para o mercado de trabalho considerado produtivo não representaram necessariamente uma divisão mais igualitária das atividades domésticas, pois essas se mantiveram como as principais responsáveis pelos trabalhos da vida privada familiar (Hirata, 1995; Hirata, 2004; Hirata, 2018).

Além disso, as representações da mulher formaram base para a perpetuação da desvalorização do trabalho feminino, mesmo quando remunerado.

Idealizações sobre o trabalho feminino resistem e demonstram uma hierarquia no trabalho dos sexos. Observa-se que o salário da mulher é visto como complemento ao do homem, considerado o provedor da família, o que se reflete em uma concepção do trabalho feminino como de menor valor e induz a uma desvalorização salarial dessas.

Em um mundo do trabalho que vem assumindo novas configurações, percebe-se que algumas modificações relacionadas a tecnologia, comunicação e interligação entre os mercados chegam não como formas de modernização da produção e melhoria na vida dos trabalhadores e trabalhadoras, mas para acentuar a precariedade do trabalho. Um exemplo que se pode citar é a mudança de setores de produção de grandes países para locais que possuem menor regulamentação trabalhista, gerando uma maior exploração do trabalhador(a) e sua

submissão a péssimas condições de trabalho e remuneração. Locais nos quais se observa grande população de trabalhadores formada por mulheres, e até crianças, repetindo atualmente algo que já foi mencionado por Saffioti como usual nas fábricas do início do século XX (Nogueira; Pestana; Rodrigues, 2021; Saffioti, 1978).

Assim, por vezes a expansão do trabalho feminino é acompanhada de um aumento da precariedade do trabalho, como afirma Nascimento (2021, p. 78-79):

[...] verifica-se que a expansão do trabalho feminino, a partir das formas contemporâneas de trabalho, baseadas na flexibilidade e na introdução de procedimentos tecnológicos, tem reservado às mulheres ocupações mais precarizadas, trabalho subcontratado e parcial, marcado pela informalidade, sem garantias sociais, e pelo desnivelamento salarial, além de subordinação a prolongadas jornadas de trabalho.

É importante ressaltar ainda que as novas formas de gestão do trabalho, com excessiva cobrança por flexibilidade e produtividade, em ambientes de trabalho repletos de individualismo e competitividade, quando associados às particularidades relativas ao trabalho feminino são fonte de sobrecarga para as trabalhadoras.

Os últimos anos, marcados pela pandemia da Covid-19, se apresentaram como um grande desafio sobretudo para as trabalhadoras. Barretto e Monteiro (2020) apontam que as mulheres experienciaram uma grande tensão frente à mudança de rotina, à conjunção de papéis sociais – que se tornou ainda mais nítida - e tiveram um forte impacto no contexto de pandemia.

A permanência e por vezes aumento da demanda de trabalho e a pressão para cumprir metas de produtividade vão reconfigurar o trabalho no contexto atual. Pelas restrições sanitárias é exigido o trabalho no ambiente doméstico o que traz fortes impactos no campo do trabalho, em especial para as mulheres trabalhadoras. A combinação de condições de trabalho precárias e sobrecarga de trabalho contribui para a intensificação e prolongamento da jornada de trabalho configurando uma nova temporalidade laboral com possíveis consequências à saúde das mulheres, em especial à saúde mental. Com a necessidade do home office por parte de muitas empresas e também de alguns trabalhadores independentes, o tempo livre cada vez mais perde o seu lugar, assim como as rotinas anteriormente estabelecidas da pausa para as reuniões, horário do almoço e horário de saída. As reuniões que ocorrem no período noturno, os chefes, supervisores ou colegas de equipe que fazem contato em horários anteriormente impróprios dentro das regras sociais, não são exceções e sim situações que passaram a fazer parte de uma “nova ordem”. (Barretto; Monteiro, 2020, p. 32 – 33)

Nos primeiros meses da pandemia de Covid-19, Zanello *et al* (2022) realizaram um estudo com participação de trabalhadoras, mães de classe média e classe média alta, que passaram a trabalhar em modo teletrabalho por conta do isolamento social. Nessa pesquisa, constatou-se que a maioria das mulheres estava sobrecarregada e com dificuldades para lidar com o aumento das demandas impostas pela pandemia. Os cuidados e a relação com os filhos

durante o isolamento social – como acompanhamento escolar das crianças, por exemplo - recaiu majoritariamente sobre elas. Relataram ainda que viveram uma sobreposição de diferentes tipos de demanda e de trabalho, e que a sua dimensão profissional foi invadida pela necessidade de exercer o papel de cuidadora.

[...] os dados do presente levantamento revelaram que a situação de pandemia e isolamento social exacerbou as desigualdades de gênero que atravessam a economia do cuidado doméstico e familiar. [...] identificou-se que as mulheres, majoritariamente, encontravam-se sobrecarregadas e cansadas; sozinhas na encruzilhada entre trabalho profissional e trabalho de cuidados múltiplos; cuidando muito e sendo muito pouco cuidadas; muito disponíveis para os outros e pouco disponíveis para si mesmas; e, a despeito de tudo isso, culpadas na relação e cuidado com os filhos. (Zanello *et al*, 2022, p. 9)

O estudo citado foi realizado junto a trabalhadoras que com o advento da pandemia puderam manter seus empregos em uma configuração de teletrabalho, no entanto, as autoras enfatizam que esse ajuste possivelmente foi uma realidade apenas para uma parcela privilegiada de trabalhadoras, e é preciso considerar que uma grande parcela de mulheres seguiu exercendo seu trabalho sem isolamento e se expondo à possibilidade de contágio, ou viu-se obrigada a deixar seu emprego para exercer o cuidado com filhos e idosos, ou ainda, perdeu seu trabalho por conta da diminuição dos postos de trabalho ocasionada pela crise econômica do período:

Às mulheres em condição de maior vulnerabilidade social, sem a possibilidade de manter o emprego em modelo de home office, apresentou-se o dilema: ficar em casa e passar necessidade, ou ir para a rua (com chance de se contaminar, bem como à família), mas ter de deixar os filhos em casa. Dentre as inúmeras consequências da pandemia para a vida das mulheres, destacam-se a alta incidência de desemprego, a precarização das condições de sobrevivência e a insegurança alimentar de muitas famílias, levando a um empobrecimento ainda maior de mulheres pobres. (Zanello *et al*, 2022, p. 3 - 4)

O aumento do desemprego é um outro ponto a ser destacado. Observa-se que o crescimento do desemprego se torna uma realidade a partir da reestruturação produtiva e enxugamento dos postos de trabalho, que se acentua nos momentos de crise econômica, momentos recorrentes nos últimos anos. A questão do desemprego, quando somada à valoração inferior dada ao trabalho das mulheres vai estar ligada a outras formas de precarização do trabalho feminino.

Em uma experiência de intervenção em clínica do trabalho com mulheres desempregadas, Figueiredo (2020) conduziu sessões coletivas de escuta em uma Casa do Trabalhador, local destinado a intermediar vagas de emprego. Nessas sessões, as participantes demonstraram sentir culpa pela própria situação de desemprego e atribuíram sua situação ao fato de possuírem menor escolaridade, o que não se revela como um fator decisivo, pois mesmo

as mulheres que possuíam maior escolaridade não conseguiam trabalho que pagasse ao menos um salário-mínimo e que oferecesse a possibilidade de carteira assinada.

As mulheres também relataram que aceitavam trabalhos abaixo de sua formação, pois eram os únicos que encontravam e por, na maioria das vezes, serem os únicos trabalhos que conseguiriam conciliar com os cuidados com os filhos e com as tarefas domésticas (Figueiredo, 2020), evidenciando o que foi discutido aqui sobre o trabalho de cuidado continuar sendo entendido como responsabilidade feminina.

Percebeu-se ainda que aceitação desses empregos precários por parte das mulheres acabava envolvendo-as em um ciclo vicioso, pois quando concorriam a um emprego formal não conseguiam comprovar suas experiências de trabalho, o que as deixava reféns dessa atuação informal. Além do que, no momento de sua aposentadoria ou diante da necessidade de receber auxílio-doença, não conseguiam confirmar já ter tido algum vínculo trabalhista (Figueiredo, 2020).

As desigualdades associadas ao trabalho feminino e sua precarização inevitavelmente acabam trazendo repercussões à saúde das trabalhadoras. Torres *et al* (2011) explicitam que, diante das transformações do mundo do trabalho, a combinação de inovações tecnológicas com novos métodos gerenciais tem gerado uma intensificação do trabalho, produzindo vários agravos à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, citando entre eles as lesões por esforço repetitivo (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). As autoras assinalam que as mulheres são o público mais acometidos por LER/DORT.

Em um estudo com trabalhadoras na cidade de Sobral, no estado do Ceará, Torres *et al* (2011) puderam notar que as mulheres diagnosticadas e afastadas do trabalho por LER/DORT relataram como consequências da doença muitos impactos ligados ao seu contexto familiar, além da perda da identidade profissional, redimensionamento da vida cotidiana e econômica, sentimentos de inutilidade e invalidez, sofrimento com o isolamento social e medo de perder seu emprego. Mesmo adoecidas, as mulheres continuaram responsáveis pelos afazeres da casa e demonstraram preocupação por não poder cuidar do marido e dos filhos. Algumas relataram sofrimento pela falta de compreensão por parte daqueles que recebem esses cuidados domésticos, se sentindo inclusive desacreditadas em suas queixas de saúde.

As autoras trazem ainda dados que indicam que trabalhadoras acometidas com LER/DORT apresentam quadros de depressão, ansiedade e angústia, o que chama a atenção para o fato de que o adoecimento físico possivelmente tem ligação ou pode acarretar um adoecimento mental das trabalhadoras.

Como já mencionado anteriormente, o trabalho materno e de cuidado continua sendo socialmente considerado responsabilidade das mulheres, e quando essas ainda exercem outras funções, como no mercado de trabalho formal, esses trabalhos se sobrepõem o que pode trazer grande sobrecarga e ser fonte de adoecimento. Já quando se trata das mulheres que estão em situação de desemprego, Figueiredo (2020) relata que elas demonstram sentimento de impotência e sensação de terem sido alvo de injustiça, mágoa pela sensação de estar em uma situação desprivilegiada e serem negligenciadas pela sociedade, além de depressão, tristeza, vergonha e desalento diante da falta de tranquilidade por não conseguir atender suas necessidades familiares.

Desse modo, compreende-se que as particularidades ligadas ao trabalho feminino, tais como sua desvalorização em comparação ao trabalho realizado pelos homens e preconceitos sociais cristalizados, seguem marcando as trabalhadoras, afetando sua saúde e provocando seu adoecimento, estejam elas em situação de trabalho formal ou informal, trabalho de cuidado não remunerado ou mesmo em situação de desemprego.

3 O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

A enfermagem é uma área profissional com uma vasta tradição histórica e grande relevância para o campo da saúde. Os cuidados em saúde perpassaram séculos e gerações sendo realizados pelos mais variados personagens e instituições até que fossem organizados como pertencentes a cada área de especialização que se tem hoje. A enfermagem, nesse intervalo, desenvolveu-se como uma área profissional autônoma, com uma característica particular de predomínio da presença feminina. Para alcançar os objetivos dessa pesquisa, será necessário compreender como se deu o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão.

Deste modo, nesta seção, será abordada a evolução das práticas relacionadas à saúde e como a enfermagem foi surgindo aliada a essas práticas, explicitando quais personagens estavam presentes nesses momentos e quais lugares estiveram conectados a essas transformações. Será analisado também como se deu o surgimento dessas práticas no contexto brasileiro, de que forma foi implementada a enfermagem e a atuação das enfermeiras no país.

3.1 As práticas relacionadas a saúde e a origem da enfermagem

O desenvolvimento da enfermagem como profissão está ligado ao próprio desenvolvimento das práticas relacionadas a saúde. Durante as épocas denominadas pré-história (antes do desenvolvimento de formas de escrita) e Idade Antiga, tem-se o crescimento da organização humana em grupos, inicialmente de uma forma bem primária, até alcançar organizações mais complexas que viriam a dar origem a grandes cidades. Nesse contexto, as práticas relacionadas ao cuidado e saúde estão direcionadas à sobrevivência desses homens e mulheres, que começam a observar os animais e perceber como estes, quando feridos, têm ações como lamber suas feridas, comer ervas ou submergir suas lesões na água como forma de aliviar dor ou eliminar infecções (Bastiani *et al*, 2015). Com o crescimento dos grupos ou clãs, homens e mulheres avançam na análise das fontes causadoras das doenças:

Se no início o cuidado era instintivo e de caráter observacional, olhando atentamente como os animais se cuidavam entre si, a partir de agora o homem começa a tomar consciência de que a doença acontece por influência do ambiente, por meio de forças sobrenaturais. Para o homem primitivo as doenças eram atribuídas aos espíritos malignos e a cura ocorria por meio de ritos e encantamentos, tornando as representações primitivas de saúde e doença algo mágico, sendo a doença vista como resultado de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra o ser humano, e este por sua vez pouco podia fazer, pois acredita-se na influência e predeterminação. (Bastiani *et al*, 2015, p. 45)

Apesar da dificuldade em obter fontes documentais para pesquisa sobre a enfermagem durante a Antiguidade, sabe-se que esse foi um período longo e significativo, que trouxe nos diversos espaços geográficos diferentes práticas relacionadas à saúde e ao cuidado, que serviram como base para o desenvolvimento das práticas mais modernas:

Cada povo apresentou uma cultura com características próprias, criou seu modo de vida, suas crenças religiosas e filosóficas. Os egípcios, por exemplo, destacaram-se no processo de mumificação, devido à sua crença na imortalidade, e nos deixaram verdadeiros legados e tratados de saúde em papiros. [...] Na Roma antiga a figura do cuidador não aparece de forma materializada, mas sabe-se que toda a história da civilização foi permeada pelo zelo em relação à saúde, por meio de procedimentos explícitos de enfermagem. [...] Os povos pré-colombianos, tais como os incas, maias, astecas e toltecas, eram bem desenvolvidos, mesclando aspectos religiosos, medicinais, místicos, de enfermagem e farmácia. [...] Entre os índios americanos, a mulher tinha relevante papel, exercendo sua autoridade na tribo, tomando conta das crianças, assistindo aos partos e participando dos cuidados aos doentes e idosos. (Bastiani *et al*, 2015, p. 77-78)

Com relação ao período denominado pela História como Idade Média, tem-se em sua maioria registros e informações mais abrangentes acerca da enfermagem nos territórios ocidentais, e de forma mais específica europeus. Neste momento, duas instituições possuem grande influência sobre o controle e direção das práticas em saúde, a Igreja e o Exército.

Durante a Idade Média, a Igreja Católica, com o ideário do cristianismo, exerceu o domínio absoluto sobre as ideias dos homens e mulheres, influenciando de forma marcante as regras a serem seguidas pelos indivíduos e pela sociedade. Apesar de já se tratar de uma sociedade de base patriarcal, tendo como esteio a vida familiar com o poder fixado na figura do homem, as mulheres exerciam muitas atividades úteis e importantes socialmente, elas eram comerciantes, cervejeiras, professoras, poetisas, escritoras, trabalhadoras rurais, fiandeiras, tecelãs e bordadeiras, assim como exerciam atividades ligadas à saúde como botânicas (trabalhando na experimentação de ervas, chás e unguentos utilizados no tratamento de doenças), cuidadoras, amas de leite e parteiras (Vaghetti *et al*, 2015; Federici, 2017).

Nesse período também ocorreram as chamadas cruzadas, patrocinadas pela Igreja Católica com o intuito de recuperar a Terra Santa, na época ocupada pelos turcos. Com as batalhas pela retomada desse território, era constante a necessidade de cuidados para os feridos, sendo necessário que a Igreja Católica construísse hospitais para o cuidado desses:

Por ocasião das lutas pela retomada de Jerusalém, muitos peregrinos e soldados ficaram feridos e precisaram de cuidados. Como as precauções sanitárias não eram conhecidas, houve necessidade da construção de mais hospitais e recrutamento de cuidadores. Assim, a Igreja ocupou-se da edificação de grandes hospitais, nos quais os monges-militares e cavaleiros feudais faziam o atendimento dos doentes e tomavam a seu cargo uma grande parte da tarefa de diminuir as doenças e a pobreza,

levando aos hospitais seus ideais militares. Três grandes ordens militares hospitalares, cujo símbolo era a cruz, tiveram origem com as cruzadas. (Vaghetti *et al*, 2015, p. 92)

Durante a Idade Média, as condições de saúde eram precárias. As doenças eram avaliadas como atos da vontade de Deus, e, portanto, não existia a procura por formas de prevenção. Os cuidados com higiene não eram valorizados, pois a atenção com o próprio corpo era vista como perigosa e poderia ser fonte de pecado. A alimentação e nutrição era precária por conta da insuficiente variedade de alimentos causada pelas calamidades naturais como as secas. Inicialmente, os cuidados de saúde estiveram ligados a rituais que envolviam magia, superstição e religiosidade. Paulatinamente, foram crescendo os estudos sobre cuidados em saúde, especialmente por meio da Igreja Católica, nos mosteiros, onde monges e monjas escreviam e copiavam livros sobre plantas e medicamentos. Foram criadas diversas ordens religiosas para auxílio aos pobres e doentes, muitas das quais formadas por freiras. Essas ordens atuaram inicialmente na formação de hospitais e casas de acolhimento, uma vez que a ação de curar e cuidar era vista pela Igreja como um ato de caridade (Vaghetti *et al*, 2015; Wiggers; Donoso, 2020).

Em um período posterior, no processo de avanço para as Idades Moderna e Contemporânea, e já com a urgência do capitalismo, observa-se uma progressiva retirada das mulheres das atividades de cuidado em saúde, em um período em que é estimulada a restrição de sua presença no espaço doméstico. Após o período de guerras religiosas e grandes pandemias (como a da peste negra, lepra e varíola), o continente europeu enfrentou uma crise populacional que gerava consequências negativas sobre a força de trabalho disponível. Uma das saídas encontradas pelo Estado e Igreja foi a atuação sobre o controle da reprodução e natalidade. Esses fatos ocorrem concomitantemente ao enaltecimento da figura do médico (homem) e da perseguição às mulheres durante a Inquisição:

Também foram adotadas novas formas de vigilância para assegurar que as mulheres não interrompessem a gravidez. [...] Além disso, a suspeita que recaiu sobre as parteiras nesse período – o que levou à entrada de médicos homens na sala de partos – provinha mais do medo que as autoridades tinham do infanticídio do que qualquer outra preocupação pela suposta incompetência médica das parteiras. Com a marginalização das parteiras, começou um processo pelo qual as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como “aqueles que realmente davam a vida” (como nos sonhos alquimistas dos magos renascentistas). [...] a comunidade de mulheres que se reunia em torno da cama da futura mãe teve que ser expulsa da sala de partos, ao mesmo tempo em que as parteiras eram postas sob a vigilância do médico ou eram recrutadas para policiar outras mulheres. (Federici, 2017, p. 177)

Também neste período, o Concílio de Trento, convocado pelo papa Paulo III, determinou por meio de decreto que as mulheres deveriam viver em recintos restritos, o que afetou os cuidados em saúde que eram praticados por mulheres pertencentes às ordens religiosas, assim como as senhoras da sociedade que buscavam o exercício de sua fé por meio da caridade (Koerich *et al*, 2015). Além disso, as mulheres que ousavam ir contra o ideal defendido pela Igreja, ou praticavam qualquer tipo de trabalho relativo ao cuidado, como as botânicas e curandeiras, além das já citadas parteiras, sofreram a intimidação por meio da caça às bruxas (Federici, 2017).

Assim, verifica-se que as primeiras práticas de cuidado em saúde e os primeiros espaços direcionados para tratamento com doentes foram conduzidos em geral por mulheres civis e religiosas, porém, posteriormente, com o estímulo do Estado e Igreja, elas foram incentivadas a deixar essas funções. E como consequência, houve um declínio dos padrões assistenciais, referido pelos historiadores da enfermagem como uma “fase de decadência” da profissão (Koerich *et al*, 2015; Wiggers; Donoso, 2020).

O Iluminismo, Revolução Científica, Renascimento e Industrialização foram processos marcantes para a sociedade que tiveram, conseqüentemente, grande influência sobre os processos de saúde e sobre o desenvolvimento da enfermagem.

Neste momento, a doença passa a ser vista como um obstáculo à força produtiva dos Estados, o que poderia ocasionar problemas econômicos. É incentivada a criação de entidades civis e religiosas para atender aos pobres e doentes e é dada mais importância à formação do médico, agora sendo exigida uma formação universitária:

A exigência da formação universitária para o exercício da medicina determinou a formação de três tipos de assistência de saúde: uma destinada aos nobres e ricos, oferecida pelos médicos graduados, os quais recebiam altos honorários e honrarias; outra para os burgueses e artesãos, prestada pelos médicos e cirurgiões com formação técnica razoável; e ainda, um terceiro tipo de assistência, que procedia da benevolência pública, praticada por curandeiros e barbeiros, prestada aos pobres. (Koerich *et al*, 2015, p. 133)

Houve ainda a reorganização da assistência dada pelos hospitais. Até então, os hospitais eram semelhantes a hospedarias, uma vez que eram utilizados como locais de repouso para pedintes e pessoas em situação de rua, além dos doentes. A assistência médica aos mais abastados era realizada em seus domicílios. Combinados os interesses políticos do Estado e a evolução da medicina, os hospitais têm sua organização modificada e a figura do médico passa a ser central, na elaboração das técnicas, atendimentos, administração e controle institucional, sendo esse um primeiro passo para a dominância do médico em relação aos outros profissionais

que ali atuam ou atuariam, como os profissionais da enfermagem (Koerich *et al*, 2015; Amante *et al*, 2015).

O adoecer no século XIX caracterizava risco de morte, não se tinha habilidade técnica e os médicos utilizavam a sua própria capacidade manual para executar as práticas de cuidado. Porém, é nesse período que o ensino da medicina se consolida nas grandes universidades e os hospitais deixam de ser albergues para se tornarem locais de cura e também do ensino médico. (Amante *et al*, 2015, p. 178)

E é nesse contexto do final do século XIX que ocorre a constituição da enfermagem como profissão, para atender as necessidades da sociedade e da nova concepção de hospital que estava sendo criada.

3.2 Florence Nightingale e a enfermagem moderna

Uma personagem que marca o estabelecimento da enfermagem como profissão é a inglesa Florence Nightingale, que dá origem à chamada enfermagem moderna.

Florence Nightingale nasceu em uma abastada família inglesa em 1820. Teve acesso a uma refinada educação, que poucas pessoas na época tinham possibilidade de ter, inclusive alguns homens da sociedade em que viveu. Em sua formação aprendeu idiomas, matemática, religião e filosofia. Desde cedo demonstrou interesse pelos cuidados aos outros, e aos 24 anos pediu permissão à família para dar assistência em hospitais, o que lhe foi negado, uma vez que nesse momento as condições dos hospitais não seriam adequadas a uma moça da sociedade. No entanto, Florence não desiste de seu objetivo e, após alguns anos, estagia por um ano em uma pequena instituição hospitalar na Alemanha, que atendia doentes e formava enfermeiras religiosas. Em seguida, fez viagens pela Europa visitando hospitais e casas de assistência aos doentes, e nesse interim, fez publicações de estudos comparativos entre os estabelecimentos desses países (Padilha; Mancia, 2005; Kruse, 2006).

Durante a guerra da Criméia, há um colapso no atendimento aos feridos de guerra. A imprensa e a sociedade inglesa fazem duras críticas ao departamento médico do exército inglês. Florence se voluntaria, em contato com o Ministro da Guerra, que era seu amigo pessoal, e vai junto de outras 38 mulheres (religiosas anglicanas e católicas) para cuidar do hospital na frente de batalha (Padilha; Mancia, 2005; Kruse, 2006). Lá, ela encontra um hospital de guerra com cerca de quatro mil feridos:

Ali [Florence Nightingale], começa a colocar em prática aquilo que considerava uma “boa enfermagem”, preocupando-se com a alimentação adequada aos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação entre

doentes e feridos, a higiene dos pacientes, sua privacidade e lazer, enfim, com a implantação da ordem no hospital em seus mínimos detalhes. Preocupava-se com economia e custos, com a divisão do trabalho, e supervisionava regularmente o hospital. Destacando-se por sua capacidade administrativa e organizacional, foi indicada para assumir a Superintendência de Enfermagem do Exército. (Kruse, 2006, p. 406)

Como resultado dessas ações, Florence diminuiu a mortalidade local de 40% para 2%, e isso pôde ser observado e constatado a partir de seu esforço de organizar e manter os registros estatísticos para documentar o que acontecia com os soldados, procedimento que não era comum até então (Padilha; Mancia, 2005; Kruse, 2006).

Sua intervenção também colabora com a construção de uma nova visão para a instituição hospitalar. Até então, a saúde era em sua maioria tratada por meio de regimes terapêuticos, curas médicas e farmacêuticas que traziam pequenos resultados, mas nesse momento, “o hospital começa a se tornar um elemento essencial para a tecnologia médica, um lugar onde a função terapêutica é bastante apurada, onde é permitido curar” (Kruse, 2006, p. 406).

Florence Nightingale destacou-se, sobretudo, pela habilidade em dissecar problemas e desenvolver uma extensa documentação sobre os mesmos, o que marcou o início de sua influência nas reformas da administração médica militar. Com sua experiência, ela elaborou, após a guerra, um grande plano de reformas que foi estudado e implementado por uma Comissão Real de Saúde do Exército. Esse sistema, que se revelara eficiente para a preservação e recuperação do corpo do soldado, agora se torna também necessário para cuidar do corpo dos trabalhadores, uma vez que, com o avanço do capitalismo na Inglaterra, os mesmos compunham a força de trabalho. Desta forma, os métodos de Florence Nightingale chegam aos hospitais de Londres e Paris, onde são implementados para garantir a melhoria das condições de saúde da população. Nesta oportunidade ocorre o encontro das práticas médica e enfermagem no mesmo espaço geográfico – o do hospital e no mesmo espaço social – o do doente. (Kruse, 2006, p. 406)

Ao retornar para Londres, ao final da guerra, Florence Nightingale foi recebida como uma heroína e premiada pelo Governo Inglês. Com o prêmio, fundou a primeira escola de enfermagem em Londres, no Hospital St. Thomas, em 1860. A atuação de Florence é um marco para o início da enfermagem moderna, além de ser uma grande influência para a enfermagem em todo o mundo (Padilha; Mancia, 2005; Wiggers; Donoso, 2020).

3.3 A enfermagem no Brasil

Registros históricos apontam que, no Brasil, as práticas de cuidado empregadas pelos primeiros habitantes indígenas eram inicialmente ligadas a rituais executados pelos pajés, os líderes das tribos. Os rituais estavam relacionados às crenças religiosas e eram utilizados

recursos da flora, assim como amuletos e ritos místicos. Com a chegada dos europeus, e o contato entre os diferentes povos, diversas afecções surgiram. Inicialmente, os religiosos da ordem jesuíta vieram ao Brasil com o objetivo de catequização dos indígenas, e assumiram também a função dos cuidados em saúde, com a abertura posterior das Santas Casas de Misericórdia, onde a assistência à saúde era prestada com ajuda de voluntários e escravizados. A partir do século XVI, vieram para o Brasil os primeiros profissionais de medicina, nas funções de cirurgiões-barbeiros, boticários e aprendizes, trazendo fragmentos dos saberes europeus (Tonini; Fleming, 2002; Koerich *et al*, 2015).

A fuga da corte portuguesa para o Brasil em 1808 promoveu uma modernização da sociedade e serviu para trazer avanços para a saúde ao longo dos anos em que a família imperial esteve no país. Pode-se citar como avanços o início do ensino em escolas de medicina, o aumento do número de hospitais, a atenção ao saneamento de hospitais e cidades (Amante *et al*, 2015).

Uma figura marcante para a enfermagem no Brasil, na segunda metade do século XIX, em um período ainda anterior ao surgimento da enfermagem moderna, foi a da brasileira Ana Nery.

Anna Justina Ferreira nasceu em Salvador, em uma família de boas condições financeiras, e, em 1838, casou-se com o militar nascido em Portugal Isidoro Antônio Nery. Em 1844, aos 29 anos de idade, Anna fica viúva e assume o controle da casa e do cuidado integral de seus três filhos ainda pequenos (Cardoso; Miranda, 1999; Amante *et al*, 2015).

Na ocasião da Guerra do Paraguai, os três filhos e um dos irmãos de Anna Nery são convocados para a guerra, ela então decide se voluntariar junto ao presidente da província, para servir também no confronto. Sua solicitação foi aceita e ela foi contratada como primeira enfermeira (Cardoso; Miranda, 1999).

[Anna Nery] Tomou lições de enfermagem no Rio Grande do Sul, com as Irmãs da Caridade de São Vicente de Paulo. Trabalhou no hospital de Corrientes, depois se deslocou para Salto, Humaitá e Assunção. Nesta última cidade, ocupada pelo Exército brasileiro, monta uma enfermaria-modelo com recursos de sua herança familiar. (Amante *et al*, 2015, p. 175-176)

Anna Nery teve grande reconhecimento por suas ações durante a guerra e por ter se voluntariado, mesmo enquanto uma senhora abastada. Recebeu o título de “Mãe dos brasileiros” pelos soldados, tendo sido condecorada pelo Estado e recebida com várias homenagens em seu retorno ao Brasil. Posteriormente, o seu nome foi escolhido para intitular a primeira escola de enfermagem moderna no Brasil, em 1922 (Cardoso; Miranda, 1999; Amante *et al*, 2015).

Um acontecimento importante para a História da enfermagem no Brasil que deve ser mencionado foi a criação do Hospício de Pedro II, anexo à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. No mesmo ano em que houve a inauguração do Hospício (que posteriormente passou a ser chamado de Hospital Nacional de Alienados – HNA), deu-se a chegada da Congregação das Irmãs da Caridade no Brasil, que ficaram responsáveis por toda a supervisão e controle sobre os trabalhos de enfermagem e administração das Santas Casas - e consequentemente do hospital psiquiátrico - o que veio a gerar um embate entre as religiosas e os médicos alienistas, que não aceitaram uma posição secundária na referida instituição (Amante *et al*, 2015).

Trabalharam no HNA os mais importantes cientistas, médicos e psiquiatras brasileiros que, recém-chegados de estudos na Europa, importaram para o Brasil o modelo francês de assistência, fundamentado em especialistas como Charcot, Pinel e Esquirol. Fez-se então necessário afirmar a posição e o papel do médico no ambiente hospitalar. Esses fatos provocaram cada vez mais choques com as Irmãs de Caridade, acostumadas a obedecer apenas ao seu superior hierárquico e não a um leigo, mesmo que médico. (Santo; Oguisso; Fonseca, 2011, p. 4)

A disputa pelo controle do hospital durou 38 anos, até a desvinculação do hospital psiquiátrico da Santa Casa e saída das irmãs da Caridade da instituição. O ponto de atenção é que, com a saída das religiosas, o hospital viu-se em uma grave crise por conta da falta de mão de obra, e assim, como saída para essa crise, em 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, marcando oficialmente a instituição do ensino de enfermagem no Brasil (Santo; Oguisso; Fonseca, 2011; Amante *et al*, 2015).

É importante salientar que após a Proclamação da República do Brasil, na primeira metade do século XX, o cenário da saúde teve como principais características a crença no rigor científico positivista, marcante caráter eugenista, ênfase da importância (e até superioridade) da figura do médico nos hospitais e uma forte preocupação com a formação de um Estado avançado e inovador, o que somente seria possível com um distanciamento da ciência de crenças religiosas e superstições (Santo; Oguisso; Fonseca, 2011).

É nesse contexto que o Brasil recebe a Missão Parsons, patrocinada pela instituição americana Fundação Rockefeller e liderada pela enfermeira Ethel Parsons:

[...] foi necessário que se implantasse no Brasil um modelo sanitário centralizado, que transformasse a saúde em uma questão nacional. Este modelo teve forte influência da estrutura norte-americana de atenção à saúde, através da Fundação Rockefeller. Esta fundação, que se autodenominava “benemérita”, era uma instituição de caráter científico, religioso e filantrópico com uma organização de cunho paramilitar, uma ética religiosa e de trabalho e com forte apelo à amizade entre Brasil e Estados Unidos. Seus fundamentos eram a superioridade da civilização americana e a propagação de seu modelo sanitário, o que incluía a criação de hospitais, tendo como modelo os

hospitais americanos, ampliando, desta forma, sobremaneira, a área de influência dos Estados Unidos no Brasil e na América Latina. (Kruse, 2006, p. 404)

A Missão Parsons, ou Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, teve como marco histórico a criação do Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública, posteriormente denominado Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A missão Parsons foi responsável por trazer e propagar no Brasil o sistema da enfermagem moderna proposto por Florence Nightingale. A abertura da escola Anna Nery representou um marco para a profissionalização da enfermagem no Brasil (Kruse, 2006; Peres, 2021).

Assim como foi mencionado no início desta seção sobre a estreita ligação histórica entre o desenvolvimento das práticas em saúde e a formação da enfermagem como profissão, entende-se que o trabalho das mulheres atuantes na enfermagem sofre reverberações da construção histórica e social de sua profissão, bem como das configurações atuais das organizações de trabalho, assunto que será abordado na seção seguinte.

4 O CONTEXTO DO TRABALHO ATUAL E A LÓGICA DA EXCELÊNCIA NAS ORGANIZAÇÕES

A ideologia da excelência é uma lógica de pensamento difundida nas organizações de trabalho atualmente. Foi originada a partir de um contexto de mudanças do sistema de produção taylorista-fordista para o modelo de produção toyotista, contexto no qual percebem-se mudanças nos moldes do controle dos sujeitos pelas organizações sem que tenha existido uma modificação concreta nos objetivos do sistema, que permaneceu sendo o aumento da lucratividade a partir da intensificação do trabalho humano.

Essa seção pretende trazer um resgate do contexto que precipitou o advento do toyotismo como modo de produção, para possibilitar a compreensão de sua metamorfose em formas de gestão e em uma ideologia amplamente aceita socialmente. Pretende também abordar a ideologia da excelência, suas principais características e seus possíveis impactos sobre o sujeito que trabalha. Será abordado também como a lógica gerencial e a ideologia da excelência estão presentes nas organizações de saúde atuais, trazendo repercussões sobre as trabalhadoras e trabalhadores.

4.1 O advento do toyotismo como modo de produção e gestão

O capitalismo é um sistema de produção que tem constantes reformulações, em uma relação dinâmica com os processos sociais e históricos pelos quais passa a humanidade: influencia e é influenciado por esses processos. E é partindo desse aspecto que se busca compreender as mudanças dos modos de produção, que por sua vez trazem transformações nas formas de gestão e nas relações laborais que afetam diretamente o trabalhador e trabalhadora.

Durante a primeira metade do século XX, o modo de produção dominante no sistema capitalista foi o taylorismo-fordismo. O taylorismo nasce com a adoção da administração científica de Frederick Taylor, que tinha como objetivo principal a organização e controle das tarefas dos trabalhadores e trabalhadoras de forma que seu tempo fosse otimizado ao máximo e assim pudesse gerar mais lucro às empresas. Nesse momento, havia uma demanda do mercado de que fossem colocados em prática nas fábricas métodos que gerassem mais velocidade no processo produtivo, barateamento e logo maior acesso aos produtos. Com o taylorismo há uma super especialização do trabalhador e trabalhadora, visto que ele não precisava possuir domínio sobre a criação, ou conhecimento sobre qualquer outra etapa da

produção, sua atividade se limitava apenas à execução de uma parcela do trabalho (Jost; Fernandes; Soboll, 2014).

Posteriormente, o fordismo adiciona aos preceitos tayloristas a utilização das esteiras rolantes para realização de produção em massa. A introdução da esteira rolante proporciona um aperfeiçoamento no controle do ritmo de trabalho. Além disso, o fordismo traz inovações no que se refere ao controle do trabalhador e trabalhadora para além do ambiente laboral: há aumento dos salários e redução de jornada, para que possam ser também consumidores da produção em massa do sistema. As empresas também passam a exigir a demonstração de condutas estabelecidas como moralmente aceitáveis fora do trabalho (Jost; Fernandes; Soboll, 2014).

Sobre esse momento, Antunes (2005, p. 39) afirma que:

Uma linha rígida de produção articulava os diferentes trabalhos, tecendo vínculos entre as ações individuais das quais a esteira fazia as interligações, dando o ritmo e o tempo necessários para a realização das tarefas. Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução. Para o capital, tratava-se de apropriar-se do *savoir-faire* do trabalho, “suprimindo” a dimensão intelectual do trabalho operário, que era transferida para as esferas da gerência científica. A atividade de trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva.

No entanto, o momento de pós-guerra representou um contexto de ruptura para o modo de produção taylorista-fordista. O mundo passou por um processo de mudanças para o qual esse modo de produção não conseguia mais responder. Antunes (2005) aponta algumas razões para o enfraquecimento do taylorismo-fordismo tais como a queda da taxa de lucro pelo aumento do preço da força de trabalho, a inabilidade desse sistema em lidar com o recuo do consumo por conta do aumento de desemprego na época, o desenvolvimento da esfera financeira que trouxe autonomia aos capitais produtivos que tinham como campo prioritário a especulação, a concentração de capitais pelas fusões das empresas monopolistas e oligopolistas, uma crise fiscal do estado capitalista decorrente da crise do *welfare state*, assim como o aumento das privatizações.

O toyotismo, ou sistema de acumulação flexível, mostra-se como uma resposta a esse momento de crise do capitalismo. Esse modo de produção é implantado primeiramente em fábricas japonesas da Toyota pelo engenheiro Taiichi Ohno, tendo como mote principal a produção vinculada à demanda. Em oposição aos modelos taylorista e fordista, o toyotismo segue a ideia de produção enxuta, com menor contingente de funcionários para alcançar maiores lucros (Jost; Fernandes; Soboll, 2014).

O modo de produção toyotista também lança mão de novas técnicas para o controle de qualidade, redução de custos e consequente aumento de produção: a formação de Círculos de Controle de Qualidade, o sistema *Kaizen* (fazer sempre o melhor da melhor maneira) e o sistema *Just in time* (produzir apenas o necessário, na quantidade e tempo necessários) (Jost; Fernandes; Soboll, 2014; Antunes, 2005). Essas técnicas inéditas, além de artifícios para aumento de lucratividade, se revelam como novas formas de controle e envolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras com a organização.

Uma outra característica do toytismo se refere ao perfil desejado do trabalhador. Navarro e Padilha (2007, p.18) afirmam que:

[...] contrariamente ao operário do taylorismo/fordismo que desempenhava tarefas altamente simplificadas, repetitivas, monótonas e embrutecedoras, o trabalhador no toyotismo, estaria se transformando em um trabalhador “altamente qualificado”, “polivalente” “multiprofissional”. Na prática, várias pesquisas demonstram que estas mudanças, de forma geral, ao invés de qualificar o trabalhador o sobrecarrega com mais trabalho.

Sobretudo a partir da década de 1970, o toyotismo é disseminado nos demais países, tendo sua difusão ao redor do globo favorecida pelo contexto econômico-social desse período. Esse momento foi marcado pelo desenvolvimento da globalização, com integração dos mercados e internacionalização do capital, crescente desenvolvimento tecnológico, informatização e automatização nos processos de produção. Contexto marcado também pela reestruturação produtiva e consequente precarização do trabalho (Navarro; Padilha, 2007; Pochmann, 2001; Antunes 2005).

Para Jost, Fernandes e Soboll (2014, p. 62) o modo de produção toyotista:

[...] dá continuidade à extrema racionalização dos processos produtivos, maximizando a capacidade de produção individual, por meio de: (i) descentralização da autoridade; (ii) atribuição de responsabilidades da produção aos empregados; (iii) estímulo à criação de equipes de trabalho; e (iv) controle sobre a subjetividade dos trabalhadores.

O modo de produção toyotista e suas características peculiares influenciaram transformações nas formas de gestão e organização do trabalho, e por conseguinte, nas relações construídas pelo trabalhador e trabalhadora com sua atividade. O modo de gestão toyotista, ou toyotismo, pode ser encontrado na literatura associado a outros termos, tais como: gerencialismo, modo de gestão da excelência, *management*, modelo de qualidade total, modo de gestão flexível, gestão participativa, entre outros (Alves, 2006; Calgaro, 2013; Chanlat, 1996; Gaulejac, 2007; Jost; Fernandes; Soboll, 2014; Padilha, 2015).

Do ponto de vista da administração, o toyotismo apresenta características como: reduzidos níveis hierárquicos, adoção de políticas de metas, políticas de avaliações de desempenho e políticas de participação nos lucros e resultados. E do ponto de vista das relações de trabalho, traz como características marcantes a ênfase ao envolvimento subjetivo do trabalhador e trabalhadora com a organização, a busca constante por excelência em termos de resultados e de performance, a ênfase à flexibilidade, ao individualismo e ao estímulo à competição entre pares (Pereira, 2016).

Inicialmente associado apenas ao contexto das empresas privadas, o toyotismo passou a ser considerado como modelo de sucesso a ser copiado em outras organizações e até mesmo em outras esferas sociais. Sobre a propagação da ideologia do gerencialismo Gaulejac (2007, p. 32) afirma que:

Nascida na esfera do privado, ela [a ideologia do gerencialismo] tende a se espalhar nos setores públicos e no mundo não comercial. Hoje, tudo se gere – as cidades, as administrações, as instituições, mas também a família, as relações amorosas, a sexualidade, até os sentimentos e as emoções. Todos os registros da vida social são atingidos. Cada indivíduo é convidado a se tornar o empreendedor de sua própria vida. O humano se torna um capital que convém tornar produtivo.

4.2 A ideologia da excelência

Entende-se que é a partir do contexto de transformações históricas, econômicas e sociais que precipitaram modificações no sistema capitalista - ocasionando a adoção do modo de produção toyotista e dos modos de gestão organizacionais alinhados a esse conceito - que teremos o que se pode denominar a ideologia da excelência. Trata-se de um conceito complexo, que será abordado aqui a partir da visão e contribuições de estudiosos que discutem o tema das novas formas de gestão e organização do trabalho.

A filósofa Marilena Chauí (2008, p. 24) define ideologia como um “ocultamento da realidade social”. A autora afirma que por intermédio da ideologia, “os dominantes legitimam as condições sociais de exploração e dominação, fazendo com que pareçam verdadeiras e justas”. Para a estudiosa, esse mascaramento da realidade, essa ilusão imaginária, é realizada porque é do interesse do dominador se utilizar da ideologia para ocultar a dominação.

Ao discutir a ideologia nas teorias organizacionais, Gurgel (2015) defende que os grandes sistemas de gestão não são apenas conjuntos de métodos e técnicas, mas sim representam discursos ideológicos que tem o objetivo de iludir para impulsionar uma conduta específica, que é do interesse de quem a formula ou de quem a administra:

De modo geral, no plano da administração, essas ideologias têm como objetivo obter a cooperação ou aceitação dos trabalhadores para certos procedimentos; integrá-los no sistema global da reprodução capitalista ou cooptá-los para uma postura de colaboração com o capitalismo e a rejeição a ideias contrárias ou rebeldes, os contrapontos que são divulgados principalmente pelos sindicatos, partidos e intelectuais contra-hegemônicos. (Gurgel, 2015, p. 55-56)

Ao abordar o toyotismo, o autor afirma que o “[...] conjunto de elementos do sistema de emprego toyotista é um todo que envolve, amortece a indignação, domestica e impele o comportamento – uma ideologia” (Gurgel, 2015, p. 54).

Gaulejac (2007, p. 85), ao tratar dos modos de gestão colocados em prática na atualidade, defende que “[...] a ideologia gerencialista apresentaria menos atração se não estivesse associada a valores como o gosto de empreender, o desejo de progredir, a celebração do mérito ou o culto da qualidade”, uma vez que essas são grandes aspirações humanas.

Dentro desse contexto, a ideologia da excelência representa uma estratégia para sedução e controle dos trabalhadores e trabalhadoras na busca pelos objetivos do sistema capitalista. Soboll e Host (2013, p. 227) definem que:

A ideologia da excelência [...] se constitui como um sistema de pensamento dominante no contexto social e de trabalho na atualidade, que tem como elementos estruturantes o individualismo e a superação de si mesmo e do outro, numa busca infundável por sucesso e desempenhos cada vez melhores, associados a resultados de alta performance.

A ideologia da excelência se associa às ideias de sucesso, liberdade, autonomia, crescimento e desenvolvimento para mascarar a realidade do trabalho que é repleta de artifícios para exploração do trabalhador e trabalhadora em prol do aumento da lucratividade. As autoras declaram ainda que:

A ideologia da excelência tem a capacidade de legitimar e justificar as práticas organizacionais, numa dissimulação discursiva que envolve a todos na busca de resultados superiores, subsidiando a crescente produtividade das organizações. O controle via ideologia da excelência se evidencia no discurso hegemônico que pauta a excelência como um padrão sempre mutável, nunca completamente conquistado, fundado na superação da performance e dos resultados dos outros e de si mesmo. (Soboll; Host, 2013, p. 227)

A ideologia da excelência enfatiza a busca pelos melhores resultados, o que proporcionaria aos sujeitos o alcance do tão almejado sucesso. Trata-se de “[...] ser o melhor, o mais eficiente, o executivo de sucesso, aquele que ganha sempre” (Lins, 1999, p. 179). No entanto, essa se converte em uma busca infundável, uma vez que a excelência se tornou um conceito instável e mutável, que constantemente pode assumir novas feições.

É importante salientar que em uma lógica da excelência o desejado não é apenas alcançar os melhores resultados, como também estar em uma busca constante pela melhoria da própria performance, por ultrapassar os seus próprios resultados: tornar-se sempre uma melhor versão de si. Andrade (2015, p. 368) defende que o trabalhador se transformou em um “capitalista de si mesmo”, sendo cada um uma empresa a ser autogerida com o objetivo único de aumentar o seu valor econômico e maximizar seus rendimentos.

Dessa forma o sujeito passa a ser o administrador de si próprio, e também seu próprio concorrente. Sobre essa concepção da administração da própria vida Gaulejac (2007, p. 182) comenta que:

A gestão gerencialista gera uma rentabilização do humano, e cada indivíduo deve tornar-se o gestor de sua vida, fixar-se objetivos, avaliar seus desempenhos, tornar seu tempo rentável. A própria família está impregnada pelo modelo gerencial. Ela é encarregada de fabricar indivíduos produtivos. A cada período de seu desenvolvimento, o indivíduo deve estabelecer uma contabilidade existencial para demonstrar sua empregabilidade. A vida humana deve ser produtiva. A sociedade se torna uma vasta empresa que integra aqueles que lhe são úteis e rejeita os demais.

O filósofo Byung-Chul Han (2015) comenta ainda que nessa lógica o sujeito está livre de uma outra instância que simboliza domínio e exploração, sendo senhor de si mesmo, e por isso não seria mais um sujeito de obediência. Mas ainda assim, não seria um sujeito de liberdade pois:

A queda da instância dominadora não leva à liberdade. Ao contrário, faz com que liberdade e coerção coincidam. Assim, o sujeito de desempenho se entrega à liberdade coercitiva ou à livre coerção de maximizar o desempenho. O excesso de trabalho e desempenho agudiza-se numa autoexploração. Essa é mais eficiente que uma exploração do outro, pois caminha de mãos dadas com o sentimento de liberdade. (Han, 2015, p. 16)

A ideologia da excelência traz aos sujeitos ideários associados à perfeição e à possibilidade de satisfação total. Facas (2020) expõe que atualmente tem-se uma sociedade da performance na qual é defendida uma falsa superpotência dos sujeitos para realização plena. E essa realização estaria associada a aceitação de imperativos apresentados como receitas para alcançar a felicidade:

Demanda-se uma performance de atleta, com superação de limites e aprimoramento contínuo do corpo. [...] Tem-se então um ideal de perfeição inalcançável, na medida em que nega a própria condição humana - não há espaços para fraquezas, tristezas, cansaço. (Facas, 2020, p. 64)

Também acerca da exigência sobre a performance dos sujeitos, Gaulejac (2007, p. 191) comenta que:

No mundo dos gestores, a subjetividade é o objeto de uma solicitação maciça e contraditória: o indivíduo deve afirmar sua autonomia e responder à injunção de estar “bem em sua pele”, equilibrado, desabrochado, excelente em todos os domínios de sua existência, capaz de fazer frutificar a diversidade dos seus talentos.

Em organizações de trabalho guiadas pela lógica da excelência, a flexibilidade tem um grande destaque. O modo de produção taylorista-fordista tinha processos mecânicos e pouco mutáveis, e com a adoção do toyotismo se passa a dar muito valor à modificação constante dos processos, à capacidade de mutabilidade para responder aos interesses do mercado. Essa característica começa a ser demandada também dos sujeitos: os trabalhadores e trabalhadoras precisam demonstrar flexibilidade para adaptar-se às constantes mudanças dos processos, de suas atividades, das relações de trabalho. Soboll e Horst (2013, p. 229) afirmam que “[...] o imediatismo de respostas configura-se como regra de sobrevivência” e que como consequência tem-se “[...] um encurtamento permanente dos prazos, uma aceleração contínua nos ritmos de trabalho”.

A flexibilidade exigida dos sujeitos se refere também ao seu tempo de trabalho. Para ser o melhor, alcançar os melhores resultados e as melhores posições, o trabalhador e trabalhadora precisa dedicar-se infinitamente à sua melhoria e o descanso é visto como desperdício. Sobre isso Gaulejac (2007, p. 117) expõe que “[...] o agente não é desapossado de seu tempo pessoal, mas possuído pelo tempo de seu trabalho. Não se trata de uma exigência autoritária, mas de uma consequência lógica de seu desejo de sair-se bem e ter sucesso”. Soboll e Horst (2013, p. 229), por sua vez, afirmam que “[...] a ideologia da excelência torna o sujeito um prisioneiro, do tempo e do afeto dedicados ao trabalho, do ritmo e da intensidade colocada no trabalho”.

Para Han (2015) a sociedade do trabalho e do desempenho não são sinônimos de uma sociedade livre, pois geram novas coerções. A ideia de que sendo senhor de si mesmo o sujeito poderia administrar seu tempo de forma que tivesse tempo para lazer e descanso é falha e “[...] leva ao contrário a uma sociedade do trabalho, na qual o próprio senhor se transformou num escravo do trabalho” (Han, 2015, p. 25).

Jost, Fernandes e Soboll (2014, p. 60) sinalizam ainda que se exige que o sujeito seja “[...] flexível, adaptável, e se necessário, geograficamente móvel”. Os sujeitos precisam ser flexíveis às modificações dos processos, ao seu tempo de trabalho e (porque não) também quanto aos espaços de trabalho: “Se o tempo de trabalho se torna ilimitado, o espaço deve sê-lo igualmente. Convém poder trabalhar a qualquer momento, em qualquer lugar” (Gaulejac, 2007, p. 115).

As exigências feitas pela ideologia da excelência aos sujeitos são muitas e custosas, e necessitam de algo consistente que possa sustentá-las. Pressupõe-se que a ênfase à construção de uma relação subjetiva entre o trabalhador e trabalhadora e as organizações seja o meio construído para tal. Soboll e Horst (2013, p. 227) afirmam que a ideologia da excelência é um sistema de pensamento que:

[...] fundamenta-se no sequestro da subjetividade e, assim como outros controles ideológicos, busca ocultar a intensificação da exploração do trabalhador por meio da internalização da exploração do trabalhador por meio da internalização dos valores e das regras organizacionais, de forma a gerar adesão e envolvimento do sujeito com o trabalho e a empresa.

O envolvimento dos sujeitos com a organização se desvela como uma nova forma de controle. A organização incentiva o trabalhador e trabalhadora a alcançar o seu melhor e concomitantemente vai se aproveitando de sua criatividade e de seu saber-fazer em prol do aumento da produtividade. Os projetos e sua realização não são apenas da empresa, mas também dos funcionários, que são *colaboradores* (Jost; Fernandes; Soboll, 2014).

O envolvimento subjetivo dos trabalhadores e trabalhadoras se mostra como uma forma de controle mais sutil e mais eficiente que outras formas já utilizadas no sistema capitalista. Como afirma Gaulejac (2007, p. 113) “[...] passa-se do controle minucioso dos corpos para a mobilização psíquica a serviço da empresa. A repressão é substituída pela sedução, a imposição pela adesão, a obediência pelo reconhecimento”.

Han (2015) defende que a associação do desempenho com a ideia da liberdade de *poder fazer* e não *ter que fazer* é um engodo que mantém o controle com o intuito de levar ao aumento da produtividade:

Para elevar a produtividade, o paradigma da disciplina é substituído pelo paradigma do desempenho ou pelo esquema positivo do poder [...]. A positividade do poder é bem mais eficiente que a negatividade do dever. Assim o inconsciente social do dever troca de registro para o registro do poder. O sujeito de desempenho é mais rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência. O poder, porém, não cancela o dever. O sujeito de desempenho continua disciplinado. Ele tem atrás de si o estágio disciplinar. O poder eleva o nível de produtividade que é intencionado através da técnica disciplinar, o imperativo do dever. Mas em relação à elevação da produtividade não há qualquer ruptura; há apenas continuidade. (Han, 2015 p. 15)

Considera-se que, a despeito do estímulo à associação da ideologia da excelência com as ideias de sucesso, crescimento, liberdade, seja pouco provável que na vivência dos sujeitos eles não acabem se deparando com as contradições que permeiam essa lógica.

A ideologia da excelência constrói uma imagem brilhante de sucesso a ser alcançada pelos sujeitos, no entanto nem sempre os trabalhadores e trabalhadoras conseguem alcançar essa representação e precisam lidar com as frustrações que isso causa.

A fraqueza, o erro, o contratempo, a imperfeição, a dúvida, tudo aquilo que caracteriza o humano “normal”, não tem mais lugar de ser. A gestão preconiza o ideal em um mundo sem contradição. O ideal não é mais um horizonte a atingir, mas uma norma a aplicar. Por não poder realizá-lo, e diante da negação de sua vulnerabilidade, cada agente é constantemente pego em falha por insuficiência. Como ele jamais pode estar à altura dos desempenhos esperados, ele se vê como incapaz, incompetente ou insuficientemente motivado. (Gaulejac, 2007, p. 125)

Como já mencionado, seguindo uma lógica da excelência todas as dimensões da vida devem ser administradas de forma a alcançar um sucesso performático, o que impacta igualmente os sujeitos nas várias esferas de sua vida. Como afirma Andrade (2015, p. 371) “[...] a partir do momento em que a valorização mercantil é tomada como sinônimo da valorização de si, o fracasso no mundo corporativo é considerado não apenas como um fracasso profissional, mas como um fracasso pessoal completo”.

Em uma lógica da excelência, o sujeito é estimulado a ser o melhor, no entanto o lugar de melhor é um espaço que permite apenas um, não é um lugar que pode ser compartilhado. Dessa forma, percebe-se muito presente nesse contexto a individualidade e a competição. Como afirma Alves (2006, p. 95):

Sob o toyotismo, a competição entre os operários é intrínseca à ideia de trabalho em equipe. [...] Em virtude do incentivo à competição entre os operários, cada um tende a se tornar supervisor do outro. Somos todos chefes, é o lema do trabalho em equipe sob o toyotismo.

Seligmann-Silva (2003) aponta que as ideias e princípios que fazem parte da ideologia da excelência e hoje estão disseminados nas organizações de trabalho, assim como em outros campos da sociedade, podem ser fonte de adoecimento. A autora aponta que os elementos associados a essa lógica, tais como competitividade, flexibilidade, culto à velocidade, evitação dos sofrimentos, apagamento da ética e polivalência, podem impactar a subjetividade dos trabalhadores e trabalhadoras e proporcionar sofrimentos mentais que podem vir a ser convertidos em patologias.

4.3 A ideologia da excelência nas organizações de trabalho atuais

Como explanado anteriormente, o gerencialismo, assim como a ideologia da excelência, são lógicas dominantes nos contextos sociais e de trabalho na atualidade. A

disseminação desses fenômenos deu-se em um cenário de transformações sociais e econômicas entre o final do século XX e início do XXI (Antunes 2005; Navarro; Padilha, 2007; Soboll; Horst, 2013; Pochmann, 2001).

A disseminação da lógica da excelência como modelo de êxito a ser seguido perpassa a comunicação dessa cultura por agentes como empresas de consultoria, escolas de administração, gurus empresariais, o Estado (com apoio a leis, incentivos fiscais e políticas setoriais com tendência de importação das práticas gerenciais), assim como os veículos de mídia (Ituassu; Tonelli, 2014).

Como exemplificação, pode-se citar a pesquisa realizada por Ituassu e Tonelli, (2014) que analisou 634 edições da Revista *Exame*, publicadas no período entre 1971 a 1998, com o objetivo de compreender o processo de construção do sentido de sucesso nas publicações, analisando como os enunciados são produzidos socialmente como se fossem estáveis, neutros e naturais.

A análise das publicações chegou em um número de 58 matérias, e a frequência das publicações sobre “sucesso” demonstrou que esse tema passou a receber mais atenção a partir da década de 1990, em conformidade com a discussão levantada aqui anteriormente sobre a emergência de novas ideologias nesse período. A análise das matérias demonstrou que a pessoa bem-sucedida era retratada como uma pessoa ousada, empreendedora, ambiciosa, empenhada, hábil em lidar com pessoas, ativa, versátil, otimista, persistente, realizadora, intuitiva, prática, ética, agressiva, criativa, autossuficiente e que em constante atualização. Foram poucas as matérias que citaram quaisquer características negativas associadas à pessoa de sucesso. Além disso, ao analisar as características físicas associadas à pessoa bem-sucedida, constatou-se que a imagem desta seria de um homem, branco, magro, bonito, que se vestisse bem, e nos últimos anos das publicações, que fosse jovem (Ituassu; Tonelli, 2014).

Os autores assinalam ainda que a análise das publicações demonstrou que ao longo dos anos houve uma valorização do tema sucesso e um descolamento deste das organizações para as pessoas, ficando evidente que “[...] o sucesso acompanha esse deslocamento e passa a ser mais individual que organizacional” e que diante disso “[...] coube ao indivíduo assumir determinadas posturas e desenvolver certos traços” (Ituassu; Tonelli, 2014, p. 106). Dessa forma, constatou-se na pesquisa que no ideário social o sucesso passou a estar mais ligado às atitudes e características dos indivíduos, que o êxito e prosperidade do trabalhador e trabalhadora seria alcançado a partir de sua própria atuação, caso seguisse as posturas e traços corretos do trabalhador ou trabalhadora bem-sucedido.

Do mesmo modo, Carrasqueira, Moraes e Soboll (2014) analisaram matérias destaque da Revista *Você S.A.*, nas publicações lançadas entre julho de 2010 e julho de 2011, para compreender os elementos que constituem o trabalho segundo o discurso do *management*. Os autores destacaram como resultados que a marca do/da profissional de sucesso apresenta-se associada à necessidade de ser flexível, de investir em si mesmo e em sua carreira, de “vestir a camisa” do lugar que trabalha. Destacaram ainda que nesses contextos “[...] o sucesso para a ser uma obrigação e condição de existência” e que ao profissional “[...] cabe a busca incessante: sempre mais, expandir, superar, aprimorar” (Carrasqueira; Moraes; Soboll, 2014, P. 219).

Portanto, constata-se que tem sido construída uma imagem específica do que seria o sucesso e de quais características teria a pessoa bem-sucedida. Assim como percebe-se que a difusão dessa imagem a ser perseguida foi impulsionada pelas mídias de negócios.

O mundo dos negócios veio progressivamente moldando nossa experiência cultural, estendendo-se para universos que antes não alcançava, como o dos gestores públicos, cientistas e artistas, evidenciando a colonização de variadas dimensões da ação humana. Hoje, o *management* deixou de ser exclusividade da realidade das empresas e está integralmente enraizado na estrutura social. (Ituassu; Tonelli, 2014, p. 87)

Como demonstrado, as práticas gerencialistas e a ideologia da excelência são fenômenos disseminados nas organizações de trabalho atuais, que foram inicialmente lógicas voltadas ao mundo industrial, posteriormente difundidas para as mais diversas organizações, dentre elas as da saúde.

No Brasil, a partir da década de 1990, o Estado passa a implantar uma lógica privada para dentro do aparelho estatal na busca por maximização de resultados. Em tese, a mudança para um modelo de administração menos burocrático, aplicando práticas gerenciais advindas das empresas privadas, seria a forma de alcançar eficiência e eficácia nos serviços prestados à população. Essa nova forma de administração pública englobou os serviços de educação, cultura, pesquisa científica, assim como o de saúde (Mattos; Schlindwein, 2014; Mendes; Carnut, 2018; Nogueira, 2021).

Verifica-se que houve também modificações nas organizações de saúde do setor privado a partir do crescimento no país de grandes redes hospitalares ligadas ao capital financeiro, seguindo cada vez mais uma lógica estritamente empresarial (Guimarães, 2020; Rizério, 2021; Hospitais... 2021; Ocupação... 2021). Neste ponto, constatou-se uma escassez nas publicações científicas sobre esse fenômeno e suas implicações. Acredita-se que é importante a produção de mais dados sobre as concepções de saúde nessas organizações, sobretudo ao verificar dados como o do relatório “Cenário dos Hospitais no Brasil” divulgado em 2022 pela Federação Brasileira de Hospitais (FHB) – instituição representativa de hospitais

privados, que aponta que em janeiro de 2022 havia 4.466 hospitais privados no Brasil, em um universo de 7.191 hospitais (FBH, 2022).

O crescimento do fenômeno das redes hospitalares privadas pôde ser percebido por meio do relato das entrevistadas nesta pesquisa. Oito dentre as nove enfermeiras atuam em hospitais cuja administração pertence a grandes redes. As participantes trouxeram em suas falas aspectos sobre a dinâmica de trabalho nessas organizações:

O hospital é acreditado né, tem a creditação da [nomes de instituições], são creditações que os hospitais particulares têm [...] De excelência de atendimento, enfim. Coisas que são importantes pros indicadores do hospital né. Então as coordenações são cobradas e a gente que está lá na ponta da assistência a gente é cobrado também. (Entrevistada 7)

Não, antes do hospital fazer parte da rede a gente não tinha tantas metas rigorosas. A gente tinha que alcançar alguns indicadores, tinha que mostrar os resultados, porém não eram tão cobrados como hoje é. Hoje a gente tem que dar retorno e uma resposta pra um setor corporativo da rede, que tá constantemente ali em cima da gente cobrando e cobrando. (Entrevistada 3)

Então fazendo essa comparação está muito mais desgastante por causa desse processo de adaptação né. Outras exigências além do que já tinha. [...] Enfim, tá uma relação bem desgastante. Da gente que está lá no dia a dia com a gestão porque está tendo conflito assim de coisas que estão sendo implementadas e de coisas que funcionavam que estão querendo tirar e a gente não concorda. Enfim, tá um pouco desgastante. [...] Complicado o suficiente assim de todo mundo tá assim, (faz gesto de mãos acima da cabeça) por aqui né. (Entrevistada 8)

O relato das participantes permitiu observar que o trabalho no contexto dos hospitais privados é permeado pela adoção de indicadores sensíveis e metas desafiadoras, em um ambiente de cobrança e pressão para perseguição dos resultados organizacionais. E que, no caso dos hospitais pertencentes às redes nacionais, esses indicadores e metas são estabelecidos de forma externa, em uma central administrativa, para serem cumpridos pelos trabalhadores e trabalhadoras em cada unidade regional.

O trabalho com metas é bem desafiador né. A gente sempre está naquela pressão de ter que alcançar e o hospital quer resultado, a rede quer resultado, principalmente por ser um hospital privado né, a parte financeira pesa muito em cima disso. Então eles estão diretamente ligados ao lucro né? E aí o fato disso ter bastante relevância, a gente sente aquela pressão. Eu falo a gente porque eu faço parte de um time que são várias supervisoras, de vários setores e a gente sempre trabalha juntas, tentando alcançar isso. Cada setor tem sua meta, mas no final a gente acaba todo mundo se ajudando porque a pressão sobre o time é imensa. Então é desafiador, é estressante, a gente é muito cobrado. (Entrevistada 2)

Muitas metas, muitas mesmo. A gente é cobrado toda hora, não é nem diariamente, é toda hora por causa de meta. (Entrevistada 4)

Então tudo isso o questionário me pergunta e eu sou responsável por responder porque depois isso vai virar indicador, entendeu? Então eu preciso que mensalmente eu tenha uma adesão x, que eu não sei te dizer exatamente quanto é porque a gente só recebe

[...]. Ó todos os meses eles mandam pra gente assim, o resultado da auditoria de identificação segura por exemplo, eles dizem quantas que foram realizadas, a média por dia, quais profissionais mais realizaram. Então eles também fazem tipo um ranking. [...] Enfim, aí as vezes ela faz uma chamadinha individual pra gente aderir mais, quer saber por que a gente não está fazendo, porque que a gente não fez, se a demanda está muita, se não teve tempo. Então acaba que a gente é cobrado nesse sentido, entendeu? De contribuir pra que os indicadores sejam mais fidedignos e que os indicadores sejam bons. (Entrevistada 7)

E a gente vê que talvez assim... Isso eles ainda se importam. No sentido de que ah, metas por exemplo... tudo é índice né. Tudo é índice. Prevenção de quedas, por exemplo, naquela semana não tem que ter ocorrido. Flebite né, que é inflamação do acesso. Altas, metas de altas, tem muita. Os médicos tipo “não, tem que ter uma rotatividade muito grande, as coisas têm que andar, porque eu preciso dar alta, esse paciente tem tantos dias pra receber alta”. E tudo é indicador. E no final das contas, são esses valores que eles apresentam né, lá pros que estão acima dos nossos gestores. Nas reuniões de desempenho e tudo. São esses valores que eles apresentam. De satisfação, de núcleo de satisfação do paciente. [...] Mas tem muita [meta], tem muita sim. Tudo é indicador, tudo. Tudo são indicadores. (Entrevistada 8)

É uma questão complexa utilizar no contexto das instituições de saúde modelos de gestão gerencialistas, sob orientação da ideologia da excelência, utilizando como instrumentos a metrificação de resultados, metas quantificáveis e avaliação de desempenho. Carnut e Narvai (2016) utilizam uma comparação com o setor industrial para ilustrar essa questão. Afirmam que na indústria é possível medir o desempenho por conta do seu produto concreto derivado, que advém do processo de trabalho. Nesse caso, a avaliação do desempenho pode ser feita por meio da definição de indicadores, com produtos uniformes, em um ambiente estável. Os serviços em saúde já possuem uma natureza distinta, pois o trabalho em saúde é essencialmente coletivo, compartimentalizado, interdependente e marcado pela incerteza da demanda.

O autor define que os serviços de saúde possuem como características essenciais:

- a) não serem passíveis de padronização, pois mesmo aqueles guiados por protocolos são praticamente impossíveis de serem replicados identicamente;
- b) serem muito dependentes de relações interpessoais não quantificáveis como o vínculo, a escuta, a paciência e a tolerância;
- c) dependerem de trabalhadores qualificados com formação em áreas específicas da saúde; e
- d) apresentarem uma fragmentação organizacional, que consiste em um paciente muitas vezes depender da prestação de vários serviços em organizações diferentes para resolver seu problema de saúde (Carnut; Narvai, 2016).

Dessa forma, compreende-se que as organizações que prestam serviços de saúde possuem características intrínsecas que dizem respeito à natureza da atividade nessa área, que devem distanciar esse trabalho de uma lógica produtiva mercadológica.

O trabalho em saúde está associado a um trabalho imaterial, relacionado a um conjunto de atividades corporais, intelectuais, criativas, afetivas e comunicativas dos quais são

extraídos produtos intangíveis como confiança, segurança, cuidado e conforto (Ferreira *et al*, 2017). Como afirmam Traesel e Merlo (2011, p. 41) se trata de um trabalho que “[...] produz um bem intangível que se consome ao mesmo tempo em que é produzido”.

As trabalhadoras de enfermagem estão inseridas nesse contexto de trabalho, que pode ser de um trabalho imaterial e intangível, mas ao mesmo tempo conectado a uma gestão avaliativa, quantitativista, individualista e sob a lógica da excelência:

[...] estes profissionais [os enfermeiros], assim como os demais trabalhadores da enfermagem, tipicamente organizam seu trabalho a partir de modelos flexíveis, em meio à precariedade e à produção intensa, sendo submetidos a elevadas cargas de trabalho e a exigências de tempo integral e polivalência. Este contexto favorece um quadro de dedicação ilimitada ao trabalho, que, de maneira sutil, estabelece relações, compromissos e engajamentos institucionais que, para além do reconhecimento e do prazer no trabalho, fomentam a cultura do lucro, da produção e da competitividade acirrada, intensificando o capitalismo em sua forma atual. (Ferreira *et al*, 2017, p. 4)

Os relatos das participantes da pesquisa indicaram que essa dinâmica de trabalho sob grandes cobranças e pressão por indicadores, metas e resultados, não foge à percepção das trabalhadoras:

Então hoje eu vejo que em relação à rede, pra gente, do corporativo pra gente não existe essa visão de humanização. [...] Da rede pra nós, eu não enxergo essa humanização. Eu sempre penso que eles nos enxergam somente como pessoas que estão ali pra bater metas, só. [...] Porque hoje, devido ser uma rede, eles não querem saber se tu fica doente, eles não querem saber se tu tá com algum problema em casa, eles querem resultado. Porque eles não estão vendo ali que é a * que está com a filha doente em casa que está na frente do setor, de um setor estratégico. Eles querem saber que tu vai dar conta ou não. (Entrevistada 2)

[...] muitas vezes eu já tive que bater de frente mesmo com algumas pessoas pra tentar explicar de que a meta só vai ser alcançada com qualidade se você cumprir por exemplo os protocolos. [...] Então muitas vezes quando essa quebra de protocolo começa a ser cobrada... Vamos fazer mais rápido? Vamos! Onde a gente pode. Onde a gente pode refletir lá na frente... Então eu tento barrar. Vamos com calma pra que a gente não pule as etapas e isso reflita na quebra da assistência, na qualidade da assistência. (Entrevistada 3)

E por mais que às vezes o nosso gestor fale “olha, não quero ninguém em sofrimento, eu quero muito que vocês vão pra casa no horário, não fique até tarde, não fique fazendo hora extra”, mas acaba sendo impossível porque existe um resultado que tu tem que entregar no final. Quando tu está nesses cargos mais de, digamos que eu tô num cargo mais administrativo, mais de gestão né, atualmente. Então tem um resultado que tu tem que entregar. Então a gente se cobra muito disso por mais que, pelo menos no momento atual, minha gestora fica por um lado dizendo “vai lá, descansa, não quero ninguém aqui além do horário, não quero ninguém trabalhando fora do seu horário de trabalho”, mas acaba que eu preciso apresentar um resultado pra ela, então é contraditório. É bem contraditório. (Entrevistada 6)

Percebe-se que os trabalhadores e trabalhadoras da enfermagem estão expostos a um ambiente complexo de expectativas. Sua atividade é permeada por experiências de cuidado

subjetivas, em um contexto que tende a destacar apenas as atividades que podem ser mensuradas objetivamente, quantificadas e assim avaliadas.

[...] as práticas de gestão contemporâneas, baseadas nesta ideologia, promovem a necessidade de um investimento ambíguo do enfermeiro para atender às demandas do trabalho, que por um lado sustenta a imagem de profissional zeloso e proativo, e por outro, fomenta a concepção de que é preciso suportar as adversidades do trabalho como uma forma de conquista. Tais configurações interferem de modo determinante nos modos de trabalhar e de viver destes profissionais, uma vez que o trabalho em saúde possui especificidades que se devem principalmente ao seu caráter interativo e que lhe conferem uma racionalidade técnica própria e distinta da produção material, cuja atividade está ligada à subjetividade humana, característica do trabalho imaterial. (Ferreira *et al*, 2017, p. 4)

Como exposto, as enfermeiras participantes desse estudo relataram nas entrevistas que o seu cotidiano de trabalho é repleto de cobranças pelo alcance de indicadores e metas, em organizações que têm grande ênfase na persecução de resultados financeiros. Entretanto, também foi possível identificar que o alcance das metas não atinge as trabalhadoras em forma de prêmios ou bonificações. As trabalhadoras entrevistadas têm remuneração fixa, não possuem remuneração variável de acordo com avaliação de desempenho ou alcance de metas. No entanto, caso as metas não sejam cumpridas, ou diante de algum erro ou falha, as trabalhadoras podem sofrer punições.

É mais assim, pra fazer porque tem que fazer porque tem alguém lá em cima de você de olho se tá fazendo ou não. Ah, fulano não tá fazendo, fulano tá fazendo. Mas não que isso financeiramente repercute. [...] Aí pode ter advertência [se não fizer o solicitado]. Aí “ah mas não repercute”. Não, mas se essa advertência acumular, aí vira uma suspensão, aí a suspensão já repercute. Porque a suspensão você passa tantos dias sem ir pro serviço, aí realmente já repercute financeiramente. [...] Assim, mas pra chegar nesse nível ainda não teve né. “Não tá 100% conforme, vamos aplicar advertência, aplicar suspensão”, não. Acho que seguram ao máximo. Até porque senão acaba que banaliza também. Acaba banalizando as formas de chamar atenção do colaborador. (Entrevistada 8)

Se a gente não fizer [treinamentos que contam como metas], não é nem demissão, mas é suspensão, é uma advertência. A gente sabe, a cada três advertências pode te levar a uma justa causa, o que já é um pretexto pra eles te demitirem sem pagarem os teus direitos, entendeu? (Entrevistada 4)

Mas lá, eles são extremamente punitivos no sentido, assim, por exemplo: se tem um protocolo, se por algum momento você não seguiu o protocolo, fez uma falha, pode esperar que no outro dia tem uma advertência te esperando. Eu tomei um susto quando eu cheguei com essa realidade, eu já tomei umas três advertências. Gente, eu nunca trabalhei com advertência na vida. Mas eles são extremamente punitivos nesse sentido. (Entrevistada 9)

Analisando a cultura organizacional de um hospital privado pela ótica dos trabalhadores, Vegro *et al* (2016) constataram que os sujeitos da pesquisa observam como valor predominante uma centralização do poder e rigidez hierárquica, características de uma

organização orientada para os processos, com forte especialização no trabalho, dificuldade de comunicação, com controle dos processos de trabalho e dos trabalhadores. Os autores afirmam que:

[...] compreende-se que os trabalhadores de saúde estão constantemente submetidos a situações que exigem dedicação, comprometimento e perfeição no trabalho, além de enfrentarem diariamente situações conflitantes e estressantes. Os enfermeiros, além das demandas assistenciais, desempenham funções administrativas e têm que lidar diariamente com as interações com outros profissionais da equipe multiprofissional e com os próprios pacientes, sofrendo grandes pressões psicológicas e emocionais. Desta forma, sua atuação profissional transcende seu papel profissional, podendo acarretar consequências negativas para sua saúde mental e física. (VEGRO *et al*, 2016, p. 5)

A exposição das participantes dessa pesquisa permitiu notar que o trabalho desenvolvido por elas em seu cotidiano nos hospitais privados é permeado por grandes cobranças, pressões, incentivo à persecução de ótimos resultados, em ambientes nos quais é estimulada a flexibilidade e a disponibilidade para o trabalho. No entanto, a gestão do trabalho é realizada de forma centralizada, hierárquica e rígida, e, como percebido, muitas vezes a partir de uma realidade que não é a mesma vivida dentro de cada hospital. A atuação nessas organizações de trabalho com essa dinâmica traz consequências à rotina pessoal, às relações interpessoais, à subjetividade e saúde, assim como à construção da própria relação dessas profissionais com seu trabalho, assuntos que serão abordados nesse estudo.

5 VIVER E TRABALHAR COMO ENFERMEIRA EM HOSPITAIS PRIVADOS

As mulheres sempre estiveram ligadas ao trabalho, sendo este considerado produtivo ou não. Mesmo no momento em que houve um incentivo a que sua atuação se restringisse a uma esfera doméstica, privada, sempre estiveram presentes nos espaços públicos de trabalho – sobretudo aquelas pertencentes às classes consideradas inferiores. Além disso, sempre estiveram ligadas às atividades de cuidado em saúde, desde as parteiras, curandeiras e botânicas da Idade Média, freiras cuidadoras e missionárias nos hospitais e benfeitorias, até as enfermeiras da já moderna enfermagem.

Como explanado nas seções anteriores desse texto, a enfermagem é uma profissão que teve em sua construção histórica um domínio da presença feminina, e hoje as mulheres continuam representando a maioria dentre os profissionais dessa área, como demonstrou a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em 2016 pelo Conselho Federal de Enfermagem e pela Fundação Oswaldo Cruz. Esse estudo constatou que em um universo de 1.804.535 trabalhadores, as mulheres representam 85,1% das profissionais da enfermagem. Considerando apenas a função de enfermeiras/enfermeiros, há um número de 414.712 profissionais, entre os quais elas correspondem a 86,2% do total. Com relação ao perfil cor ou raça, 57,9% se consideram da cor branca, 31,3% pardos e 6,6% negros (Machado, 2017).

Molinier (2004), ao tratar do trabalho das enfermeiras, afirma que:

Prescrita por homens (médicos e administradores, a profissão de enfermeira foi inventada, exercida e estabelecida por uma maioria de mulheres, em todos os níveis hierárquicos. Ainda que implique em formas de comando e cooperação, técnica é uma dimensão importante, trata-se de um trabalho que confronta o medo (contaminação, erro, violência...). Mesmo que comporte similitudes com situações masculinas, o trabalho de enfermagem é também bem diferente: explicitamente orientado para atender aos outros e aliviar o sofrimento psíquico, ele aparece, por estas razões, fortemente indexado à identidade feminina. (Molinier, 2004, p. 18)

O relato das entrevistadas nesta pesquisa acerca da composição de suas equipes de trabalho corroborou os dados acerca da presença majoritariamente feminina na área da enfermagem:

Até porque assim, no meu setor, agora não tem nenhum homem. Nem como enfermeiro, nem como técnico. (Entrevistada 5)

Não, não tem nenhum colega enfermeiro. Tem os técnicos de enfermagem né, os homens. Mas de enfermeiro, pra enfermeiro eu não conseguiria responder porque eu não trabalho com nenhum, todas são mulheres. (Entrevistada 3)

Porque a maioria sempre é enfermeira. É muito difícil tu ter um enfermeiro trabalhando contigo. Eu tive alguns, mas sempre foram, por exemplo, dois enfermeiros e só eles dois. O resto todo foram mulheres. (Entrevistada 6)

Justamente por tu ter falado que a maioria dos profissionais são mulheres, minha equipe de técnicos eu tenho só um homem, o resto tudo é menina. (Entrevistada 7)

Então assim, na assistência mesmo sempre fui eu e uma colega, e a equipe sempre foram técnicas. Tem técnico, homem, mas é na equipe da noite, que tem atualmente, na equipe da noite que tem. (Entrevistada 8)

O time que eu faço parte ele é 100% de mulheres e as pessoas que estão abaixo de mim, de quase 90, eu posso dizer que tem 5 homens. Mas não há distinção, de forma alguma. (Entrevistada 2)

Estudos relacionados ao trabalho e às categorias profissionais mostram uma tendência a fazer referência a uma população masculina-neutra como forma de referir-se em seus resultados uma população total. No entanto, entende-se que as vivências das mulheres trabalhadoras da enfermagem são importantes para compreender as vivências da enfermagem como categoria profissional. Afinal, as mulheres representam a maior parcela desses profissionais e seu trabalho não está descolado das expectativas colocadas sobre as mulheres, da imagem profissional construída especificamente nessa área, assim como das consequências da divisão sexual do trabalho nas organizações de trabalho. Esses fatores indicam a importância de considerar as características e desafios particulares das mulheres que atuam nessa área.

5.1 O cotidiano das enfermeiras

Nos próximos parágrafos, será abordado o cotidiano das enfermeiras, a organização de suas rotinas de trabalho (remunerado e não remunerado), bem como as dificuldades e desafios que enfrentam em seu dia a dia.

As entrevistadas trouxeram em suas falas dificuldades no trabalho na área de enfermagem relativas à remuneração que considerariam adequada para suas necessidades e que estaria de acordo com seu nível de especialização. Dentre as profissionais da amostra levantada nesta pesquisa, a maioria possui nível de especialização de pós-graduação (sete enfermeiras possuem pós-graduação *latu sensu* e uma pós-graduação *stricto sensu*). No entanto, considerando o nível de remuneração, a maioria indicou estar na menor faixa salarial, recebendo de 1 a 3 salários-mínimos (a saber: cinco enfermeiras indicaram ter remuneração de 1 a 3 salários-mínimos, três enfermeiras indicaram ter remuneração de 3 a 5 salários, e uma indicou ter remuneração de 5 a 7 salários).

As entrevistadas afirmaram que a remuneração aquém de suas necessidades as leva a procurar outros vínculos e/ou ocupações como forma de completar sua renda. Dentre as participantes dessa pesquisa, a maioria possui mais de um vínculo de trabalho: duas enfermeiras

indicaram possuir outro vínculo de trabalho formal na área da enfermagem, três enfermeiras afirmaram possuir outros vínculos de trabalho em áreas diferentes da enfermagem, sendo dois vínculos informais e um vínculo formal.

A partir dos relatos das enfermeiras foi possível notar que possuir mais de um vínculo de trabalho é muito usual na área, mas que é algo que gera críticas e incômodos por parte das profissionais:

Aí no caso, os meus planos, ficar só mais um ano [nos dois vínculos], conseguir tirar meu imóvel, tentar outra coisa né. Por isso que eu tô tentando colocar a loja com a minha cunhada né, pra ver se tenho também outro meio financeiro da gente viver né. Esse piso não vai pra frente (risos). Porque se o piso fosse aprovado, eu ia ficar só em um. (Entrevistada 4)

Então durante um ano mais ou menos eu fiquei com os dois vínculos, fazendo uma carga horária semanal de mais ou menos 94 horas mais ou menos. [...] Então hoje eu acho que a minha rotina está bem mais leve. Mas antes, a rotina era muito mais pesada porque eu passava a maior parte do tempo entre um emprego e outro, a maior parte do tempo trabalhando, quando não estava trabalhando estava muito cansada então estava dormindo, foi uma época que eu fiquei muito deprimida e muito ansiosa (Entrevistada 7)

Conversando com colegas, até me assustei porque as pessoas trabalham em 2, 3 hospitais, eu não sei como eles conseguem. Pra ter um salário um pouco mais digno, né? Infelizmente a remuneração aqui é muito inferior ao restante... é... a outras capitais do Brasil, né? E as pessoas acabam associando outros trabalhos para poder ter um salário um pouco melhor. (Entrevistada 9)

A gente já tem um país que não valoriza o enfermeiro, e a gente tem um estado que valoriza menos ainda. E aí tem toda essa questão do piso, que a gente nunca alcançou, então se torna muito difícil [...]. E assim, sendo aqui totalmente sincera, o salário que eu estou atualmente, eu chego à conclusão que não dá, não dá. Eu precisaria de mais um vínculo. E por mais que assim, a minha carga horária atual, do meu serviço, é o que, eu trabalho 44 horas semanais, de segunda a sexta, das 8 às 17, e aos sábados eu faço quatro horas né, das 8 ao meio dia. Só que a gente acaba trabalhando bem mais. A nossa carga horária né. (Entrevistada 6)

E em relação aos dois empregos, me mantenho tentando fazer essa adequação de escalas né? Adequar quando estou de plantão aqui tentar pedir uma folga lá pra conseguir conciliar os dois vínculos. E até o momento eu tenho conseguido manter esse equilíbrio nos dois. [...] A gente trabalha tanto e ganha tão pouco. Eu acho que hoje, o principal é o salário. Principalmente porque a gente precisa ter essa dupla jornada, o que acaba estressando mais, acaba desgastando mais, por conta mesmo salarial. Eu se eu pudesse escolher eu ficaria só em um, mas, infelizmente, financeiramente eu não conseguiria me manter só em um. (Entrevistada 3)

Estudiosas do tema afirmam que a divisão sexual do trabalho contém dois princípios organizadores, o princípio de separação, que orienta as diferenças de trabalhos que seriam os adequados para os homens e para as mulheres, e o princípio hierárquico, que define quais os trabalhos considerados mais relevantes (Hirata; Kergoat, 2007; Dantas, 2021).

Essa forma particular da divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o

princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher). Esses princípios são válidos para todas as sociedades conhecidas, no tempo e no espaço. Podem ser aplicados mediante um processo específico de legitimação, a ideologia naturalista. Esta rebaixa o gênero ao sexo biológico, reduz as práticas sociais a “papeis sociais” sexuais que remetem ao destino natural da espécie. (Hirata; Kergoat, 2007, p. 599)

O princípio hierárquico também rege o acesso ao trabalho e à remuneração, de forma que existem empregos mais valorizados em relação a outros (Hirata; Kergoat, 2007). Assim, os campos de trabalho amplamente ocupados por mulheres, como os setores de serviços, têm uma grande desvalorização salarial e de importância social, pois são percebidas como áreas para as quais as mulheres têm atributos naturais (Hirata, 2005).

A divisão sexual do trabalho (que pressupõe a desvalorização do trabalho e remuneração feminina em detrimento da masculina) encontra formas de se perpetuar, adaptando-se às diversas fases do capitalismo (Federici, 2017, Hirata, 1995, Hirata, 2004). De forma que, mesmo com o desenvolvimento do campo da enfermagem, ainda se observa uma desvalorização dos(as) profissionais em termos de remuneração, o que faz as trabalhadoras buscarem outros vínculos de trabalho concomitantes para atender suas necessidades financeiras.

Entende-se que a existência de mais de uma atividade laboral traz cargas horárias excessivas, resultando em prejuízos na vida pessoal e profissional das profissionais. Há uma diminuição do tempo dedicado ao descanso, ao lazer e à família, prejuízo à saúde, assim como um prejuízo à assistência, pois interfere na qualidade das atividades realizadas dentro do hospital e na segurança do paciente e da própria trabalhadora (Pimental *et al*, 2020).

O relato das entrevistadas nesta pesquisa permitiu observar que há no cotidiano de trabalho uma grande cobrança por rapidez na execução das atividades, fazendo com que as profissionais tenham um ritmo de trabalho acelerado:

Enquanto ela [a dupla da enfermeira] visita, eu faço a checagem do carrinho de parada, eu vejo a geladeira no caso do termômetro, eu faço a divisão dos meus técnicos, eu pego e faço escala, porque a gente tem que deixar a escala já preparada pro dia. Eu divido a equipe de manhã. E tem as intercorrências que são deixadas, curativo, passagem de sonda, um paciente passando mal que a gente tem que intervir, se a gente não se dividir, trabalhar em equipe, não dá conta. Não dá conta. Ou então tu faz uma coisa errada, uma hora ou outra. Então acho que o pior mesmo é a cobrança de ser perfeito. Não tem como, não tem como. Muito mais ali sobrecarregada. (Entrevistada 4)

Pressionada? Eu acho que é justamente essa agilidade de processo. Vamos fazer mais rápido, vamos correr, dá pra ir mais ligeiro. Então acho que muitas vezes, principalmente quando você não tem esse conhecimento de que eu preciso fazer mais compassado, devagar, porque é necessário, não é poque eu sou lerda. (risos) Então assim, eu falo muito isso, em centro cirúrgico é muito comum a gente ver as pessoas correndo. E aí eu sempre falo, principalmente pra minha equipe, quando você corre, é necessário que aquela ação que você vai realizar no momento ela tenha uma certa urgência. Então se eu tenho um paciente que parou, eu vou correr pra pegar uma

medicação. Agora, só porque o médico quer um material na sala não é necessário correr. Então essa agilidade de processo as vezes é a maior cobrança. (Entrevistada 3)

Então, pelo fato de ser enfermeira, a gente é acelerado. Quem é enfermeiro é ligado no 220, como eu falo. (Entrevistada 1)

Então ao mesmo tempo que eu estou vendo no computador se a medicação está prescrita, eu tô aqui no telefone chamando auxiliar e pedindo pra técnica trazer a prescrição pra ver se o outro remédio não tá prescrito. Enfim. Esse cenário de fazer muitas coisas, isso me tira do meu eixo total assim. Eu fico num nível de estresse absurdo. [...] Então assim, essa visão de fazer várias coisas ao mesmo tempo, que isso acontece com muita frequência lá, isso me tira muito do sério, me deixa extremamente estressada. Muito estressada. (Entrevistada 8)

Além disso, pode ser percebido que a execução das atividades das trabalhadoras entrevistadas no cotidiano fora do hospital também acaba exigindo uma aceleração:

Ah, é nessa rotina minha rotina como eu tô no hospital realmente acontece de eu tá ali diante de uma situação de uma intercorrência, eu olho o celular, menino tá mandando mensagem né, pai tá me mandando mensagem falando coisa da escola, então assim tem hora que eu falo “meu Deus, aqui eu vou ter que resolver porque sou eu que tô aqui”. Eu vou... O tempo inteiro eu vou traçando prioridades. “Não, isso aqui dá pra esperar, isso aqui não dá”, eu vou... (Entrevistada 9)

Através dos relatos trazidos pelas enfermeiras entrevistadas, percebeu-se um cotidiano de trabalho no qual as enfermeiras identificam uma defasagem de pessoal em um ambiente que é de atividades sensíveis e demandantes, o que acaba gerando uma grande sobrecarga sobre essas profissionais:

Tem dia que assim, nossa Senhora, a equipe são poucas pessoas pra muitos pacientes. [...] Assim, a gente, tanto na gestão anterior quanto na nova, a gente sempre teve esse deficitário de pessoas. Pra onde você vai, em qualquer hospital particular eu acho que sempre tem isso né, porque eles não querem lidar com essa questão de gasto, né. De pessoas. De mão de obra. Então eu acho que é uma coisa que sempre a gente bateu na tecla. (Entrevistada 5)

Por exemplo, tu está com quatro técnicas no setor e tá subindo admissão, cada um já está com 10 pacientes. O risco de ocorrer um erro. [...] Mas tu tem que dar um bom atendimento, tu tem que tá lá com evolução feita, não pode deixar nenhum carimbo, porque se tu deixar um carimbo faltando eles te ligam em casa até tu vir carimbar, porque eles tem que entregar pro plano de saúde porque se passar 24 horas, se não tiver teu carimbo, o plano não paga. Então eles querem pra tu voltar pro serviço sendo que está na hora do teu descanso. Além da sobrecarga das meninas que eu acho um absurdo também que eles fazem com a gente, a quantidade de pacientes que eles colocam pra gente, que acaba te induzindo ao erro, induz ao erro. (Entrevistada 4)

Depois de bater o ponto [continuava trabalhando]. Então, nesse sentido era muito cansativo. Eu entendo que isso faz parte dos indicadores, que isso é importante até pro paciente, garantir que ele tenha segurança, garantir que a assistência seja boa. Mas dependendo do contexto era muita coisa pra um só profissional, entende? Então nessa época eu tinha dupla né, eram 30 leitos pra duas enfermeiras. E teve época que eu fiquei em uma unidade em que era eu pra 21, só eu o dia inteiro, pra 21 leitos. Então eu tinha que torcer pra não passar mal duas pessoas ao mesmo tempo, porque ou eu atendia uma, ou eu atendia outra, entendeu? (Entrevistada 7)

Olha, hoje mesmo a gente teve uma das meninas, das técnicas, estava de folga, foi liberada porque fez um plantão extra semana passada. E eu com a colega, desde cedo já assumiu o plantão e se estressando com a coordenação. [Falando] “A gente precisa de um técnico a mais, a gente está com quatro técnicos pra vinte e cinco, não tem como, não tem como”. Fala com um, fala com outro, fala com um, fala com outro, acabou que não botaram nenhum técnico. Ficou a falta dela, e as outras assumiram, cada um com seis pacientes. E assim, fica muito sobrecarregado, muito sobrecarregado. Aí é efeito dominó por quê? Porque eles não ligam, aí as técnicas ficam desestimuladas, sobrecarregadas. A gente se desestimula porque vê que elas não estão dando conta. Aí repercute lá né? Que o paciente vê que a medicação chega atrasada, tudo acontece de maneira atrasada, se é paciente que tem que ter banho no leito, banho no leito atrasado. Medicação atrasada, sinais vitais atrasados, fica tudo atrasado, por conta da sobrecarga. (Entrevistada 8)

As entrevistas realizadas nesta pesquisa indicaram que as profissionais da enfermagem estão inseridas em uma realidade de trabalho marcada pela adoção de mais de um vínculo de trabalho remunerado, com ritmos acelerados em sua rotina dentro e fora dos hospitais, com grande sobrecarga e defasagem de pessoal dentro das equipes de trabalho, o que indica precariedades a que estas trabalhadoras estão submetidas.

Franco, Druck e Selligmann-Silva (2010) abordam o tema da precarização afirmando que esse é um processo que tem múltiplas dimensões e afeta a vida dos trabalhadores e trabalhadoras como um todo. A precarização está ligada às metas inalcançáveis, ao ritmo intenso de trabalho, à forte pressão de tempo e intensificação do controle por meio da instrumentalização do medo à demissão. E esses são fatores que impactarão a diminuição do tempo de pausa no trabalho e descanso, assim como o tempo de viver e conviver com os outros fora do trabalho.

A precariedade no trabalho costumeiramente é associada ao aumento do desemprego e aos vínculos de trabalho flexíveis e terceirizados, porém Linhart (2014) traz elucidções acerca da precariedade subjetiva que atinge os trabalhadores e trabalhadoras que possuem vínculo formal. A autora define a precariedade subjetiva como o “sentimento de precariedade que assalariados estáveis podem experimentar quando são confrontados com exigências cada vez maiores no trabalho e estão permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estar em condições de responder à elas” (Linhart, 2014, p. 45). Essa forma de precarização está associada às exigências, sempre crescentes, de flexibilidade, rapidez, disponibilidade a que estão submetidos os trabalhadores e trabalhadoras, a ameaça constante de não corresponderem a essas expectativas.

Franco, Druck e Selligmann-Silva (2010, p. 244) afirmam que a busca por flexibilização adotada pelos novos modos de gestão, associada à lógica da excelência, traz os fundamentos de uma “sociedade patogênica cujos tempos sociais são incompatíveis com os

tempos da natureza, ou seja, com os ciclos de autorregulação dos ecossistemas e dos biorritmos humanos (tempos de autorregulação psíquica)”.

Nota-se que os ritmos de trabalho acelerados e a sobrecarga a que estão expostas as enfermeiras entrevistadas estão ligados à dinâmicas de gestão adotadas pelos hospitais em que atuam. E entende-se que, além de os modos de gestão contemporâneos não considerarem os biorritmos humanos, parcamente seja observada pelas organizações a possibilidade de considerar os biorritmos femininos como um fator a ser levado em conta.

Como explanado, as entrevistadas trouxeram relatos de uma vida cotidiana muito cansativa. Somado ao ritmo de trabalho acelerado dentro hospitais privados e à sobrecarga que vivenciam, em alguns casos há acúmulo de mais de um vínculo de trabalho, além das atividades que realizam fora do ambiente de trabalho:

Mas a rotina é bem cansativa, pelo fato de eu passar muito tempo longe de casa, muito tempo longe dela [filha], meu desejo era de estar mais tempo dentro de casa, mas ele [marido] consegue ficar mais próximo dela, pra gente não deixar tanto ela assim com uma pessoa de fora. E eu consigo esses intervalos. Eu lidero uma equipe de quase 90 pessoas. E eu fico distribuída entre fazer gestão, estar próxima da equipe né, que são técnicos de enfermagem e enfermeiros, e serviços administrativos. [...] Então a gente sempre tá ali disponível. (Entrevistada 2)

Eu acabo tendo que me desdobrar em várias atividades. Tento organizar bem o meu tempo pra fazer tudo isso, visto que eu ainda frequento uma comunidade religiosa, pratico uma atividade física. Então acho que o que esses tempos eu tenho levado muito em consideração mesmo é essa organização do tempo, ter essa disciplina em relação a acordar mais cedo do que o habitual. (Entrevistada 3)

Mas a minha vida basicamente é: de noite plantão né, que a minha escala é 12 por 36, noite sim e noite não. Aí fico a noite, de manhã vou pro * (outro vínculo), porque lá é de segunda a sexta, fim de semana a gente não trabalha. Aí durante a semana, tipo ontem eu estava a noite, hoje de manhã, e hoje eu descanso. Aí amanhã eu estou de manhã, de noite e de manhã de novo no outro dia. Então basicamente quando chego em casa é só dormir e, quando eu tenho coragem, levantar pra fazer alguma coisa. (Entrevistada 4)

Porque o que acontece aqui na minha rotina... sou eu e meu esposo, né? A gente não tem empregada doméstica, não tenho quem vá levar e vá buscar meus filhos na escola, então sempre somos só nós dois. E paralelamente a gente tem uma empresa ainda, que a gente toma de conta. Então é bem, bem corrido. Dona de casa, tu sabe, né? Faz almoço, limpa casa, arruma menino, lava roupa... (Entrevistada 9)

Mas acho que a questão física assim, mental nossa... No final do dia, a gente está estafada. [...] Porque eu chego [em casa] tão estafada, sabe? Eu chego realmente cansada. Não fisicamente, mas psicologicamente, eu chego cansada. Então... Isso me incomoda. Aí eu ainda tenho a responsabilidade que tenho que passear com o cachorro... (Entrevistada 5).

É marcante a sobrecarga no trabalho das enfermeiras em ambas as esferas de atuação (produtiva e doméstica). Fernandes *et al* (2002) abordam o desdobramento da jornada

feminina que começa em casa, uma jornada que não tem folga semanal ou férias remuneradas, podendo levar à fadiga e exaustão física e mental:

A dupla ou tripla jornada de trabalho feminina, significa, para as enfermeiras estudadas, uma sobrecarga e um desgaste que impõe um permanente esforço de articulação das esferas doméstica e profissional que implicam sérias repercussões sobre a saúde da mulher. A vida familiar e a vida no trabalho manifestam papéis de enfermeiras/mulheres/mães que não conseguem separar, nelas próprias, o mundo do lar e do trabalho. (Fernandes *et al*, 2002, p. 202)

Dantas (2021) observa que a entrada das mulheres no mercado de trabalho formal que foi vista como uma maneira de alcançar autonomia e renda, em realidade não anulou o trabalho doméstico, mas sim aumentou a exploração, a supressão de serviços sociais e as divisões entre os trabalhadores e trabalhadoras.

Hirata (1995) declara que pesquisas nos campos da história, sociologia e filosofia demonstram que no curso da história da humanidade, nas mais diversas regiões e países, as relações sociais de sexo e a divisão sexual do trabalho sofrem transformações, porém não deixam de existir. As desigualdades no âmbito do trabalho doméstico, por exemplo, as responsabilidades atribuídas a um sexo e ao outro, continuam sendo fatores de desigualdade e discriminação, apenas “com diferenças de grau de sua realização, dos modelos tradicionais aos modelos de delegação” (Hirata, 2018, p. 18).

A sociedade não dispõe de equipamentos coletivos que deem suporte para os trabalhos de cuidado, assim como não se percebe uma divisão mais igualitária desses, então as mulheres se utilizam de um modelo de conciliação para adequar em seu cotidiano o trabalho remunerado e o trabalho de cuidado não remunerado, o que acaba lhes gerando grande sobrecarga (Hirata, 2005).

É necessário observar que o trabalho em enfermagem possui características singulares que atravessam as trabalhadoras dessa área, tais como o tipo de trabalho, o regime de plantões, a qualidade esperada do serviço, e que, portanto, as fazem ter condições distintas das outras profissionais que atuam por meio de trabalho remunerado (Spindola; Santos, 2003). Essas características da profissão somadas à divisão sexual do trabalho, acabam por impactar para além da vida profissional das enfermeiras, trazendo consequências também à sua vida pessoal e familiar, à sua saúde física e mental:

Ao exercer a enfermagem, trabalhando diretamente com o ser humano, num contexto histórico de dedicação, seriedade e responsabilidade no qual a profissão é vista como um sacerdócio, sente mais diretamente o peso que sua ausência acarreta no trabalho. Assim, assume as diversas atividades que se apresentam no seu dia a dia, o que contribui para a sobrecarga de trabalho, a qual, em muitas situações, ocasiona o estresse e/ou distúrbios no organismo. (Spindola; Santos, 2003, p. 599).

5.2 O cuidado no cotidiano das enfermeiras

Encontra-se disparidades entre os estudiosos na definição do conceito de cuidado e do que englobaria o trabalho de cuidado. Na literatura sobre o tema, nota-se com recorrência a utilização do termo *care work* para tratar das atividades remuneradas de cuidado e *care* para tratar das atividades realizadas no âmbito privado, mas as terminologias muitas vezes se confundem, certamente devido à complexidade do tema e suas diversas dimensões (Moraes; Santana, 2021; Avril, 2019; Hirata, 2010). Hirata (2010, p. 43) afirma que o termo *care* é “difícilmente traduzível, porque polissêmico. Cuidado, solicitude, preocupação com o outro, estar atento a suas necessidades, todos esses diferentes significados estão presentes na definição do *care*”.

De forma que não há um consenso, mas uma indicação de que o trabalho de cuidado compreende as atividades, em geral realizadas por mulheres, com caráter imaterial, relacional e que estão voltadas para a promoção do bem estar e manutenção da vida de um outro indivíduo. Nesta pesquisa, refere-se ao trabalho de cuidado para falar das atividades assistenciais realizadas no âmbito da atuação remunerada das enfermeiras, dentro dos hospitais, assim como do trabalho doméstico e do trabalho de suporte que essas mulheres têm com seus familiares e amigos, fora do ambiente de trabalho considerado produtivo.

Hirata (2010) aponta que o trabalho de cuidado (remunerado) no Brasil apresenta diversos níveis de profissionalização, englobando entre eles as empregadas domésticas, cuidadoras de idosos e babás, mas que o nível mais alto seria o de enfermeiras, pois tendo a formação e diplomação de nível superior, ocupam o topo da profissionalização do cuidado.

A partir dos relatos das enfermeiras participantes dessa pesquisa, percebeu-se, que o cuidado possui um lugar de destaque no trabalho da enfermagem:

Pra mim, ajudar, cuidar, sempre foi uma coisa que me chamou muita atenção. Eu me encontrei na enfermagem pelo fato de saber que eu poderia ajudar as pessoas com o meu conhecimento. E hoje, embora eu não esteja na assistência, eu consigo fazer isso com a minha equipe. Eu consigo dar uma assistência pra minha equipe, da forma como eu gostaria de receber do meu chefe. Então eu cuido deles. (Entrevistada 2)

Eu sempre fui apaixonada pelo cuidado com as pessoas. Quando eu escolhi a enfermagem, eu analisei bem as profissões de saúde, pensei em fazer várias faculdades, inclusive se eu tivesse tempo e dinheiro eu faria várias faculdades (risos). Mas pra mim a enfermagem acabou me ganhando exatamente por isso, pelo cuidado, pela atenção, pelo estar próximo com o paciente. (Entrevistada 3)

Quando a gente fala de cuidado, é ele que tá a frente, a gente não pode perder. Esse bom senso de saber que é uma vida e que, dependendo do que você esteja fazendo,

você pode estar colocando aquela vida em risco. De alguma forma, poderia ser alguém seu, né. Mesmo que não fosse, ter respeito ao próximo. É uma questão de fazer o cuidado por ser sua profissão e por você ter respeito à vida do outro. Muito nesse sentido. (Entrevistada 8)

Porque tem os momentos da assistência que você tem que parar pra poder fazer um acalento, ou sentar pra conversar, pra explicar o que está acontecendo né. Então as vezes vai muito além daquela assistência ali só nossa né. Acaba passando um pouco mais do psicólogo, um pouco mais do farmacêutico, um pouco mais da fisio. Então acaba que enfermagem é um pouco de tudo, não é só um enfermeiro, tem um pouco de tudo, né. Então, a assistência é bem desafiadora. (Entrevistada 5)

O trabalho das enfermeiras dentro das instituições hospitalares apresenta múltiplas facetas, relacionadas a aplicação de técnicas específicas, administração das atividades do setor, colaboração com demais profissionais, assim como assistência direta aos pacientes e familiares. Um fator a ser notado dentre as atribuições do enfermeiro e da enfermeira na dinâmica de trabalho nos hospitais privados é o que se refere ao cumprimento de protocolos, que em geral são as ferramentas que produzem os demonstrativos para os indicadores de resultados:

Os maiores desafios realmente... É só a questão da burocracia. A burocracia existe tanto no público quanto no privado. No privado é bem maior. Então assim, a maior dificuldade mesmo, o maior trabalho que a gente tem é resolver burocracia, porque eu não gosto, eu particularmente... Tem enfermeiro que curte né, a parte burocrática, e eu não. Eu sou mesmo, como eu vivo falando, eu sou uma enfermeira de beira leito, eu sou enfermeira de assistência. (Entrevistada 1)

Se fosse só a questão de dar assistência e não tivesse tanta burocracia de sistema, seria uma beleza. Muito bom, muito fácil. Só que tudo eles querem pra dar conta tanto no computador, quanto fisicamente. E é muito difícil. Ó, teve tempo que eles queriam colocar um computador pra gente evoluir em pé, pra poder dar tempo, tá entendendo? Aí imagina tu dentro de uma coisa... Ou eu olho com olhar acolhedor pra poder o paciente saber que eu estou entendendo ele, estou me colocando no lugar dele, ou eu estou escutando e escrevendo bem aqui no computador, que é a coisa mais ridícula do mundo. Como profissional, tá entendendo? (Entrevistada 4)

Por meio da narrativa das entrevistadas, notou-se que a quantidade de atividades burocráticas gera incômodos. As enfermeiras queixam-se da dificuldade em relação ao tempo para cumprir essas demandas, sobre a relevância dos protocolos estabelecidos e relatam que em muitas situações percebem que a assistência aos pacientes fica em segundo plano:

Não vou te mentir porque sim, é o relato de 98% dos enfermeiros é que tipo, eu não consigo cuidar dos meus pacientes porque eu tenho um milhão de protocolos, um milhão de coisas, eu tenho que ficar um tempão fazendo solicitação de material de sistema, eu tenho que ficar fazendo um monte de coisa no sistema porque não pode faltar nenhum tipo de descrição no prontuário porque no final o plano não vai pagar tal coisa porque eu não joguei tal coisa no computador, então eu tenho que ficar muito tempo aqui no computador jogando coisa e acaba que não consigo fazer meu trabalho mesmo de enfermeira. [...] Mas esse é um relato muito frequente deles. Que eles ficam muito tempo no computador e pouco tempo beira leito. [...] Enfermeiro tem muita burocracia pra fazer e acaba terceirizando aquele cuidado todo que eu te falei. (Entrevistada 6)

Então assim, são metas, coisas que tem que ser cumpridas naquele dia e tudo, mas que na prática não estão acontecendo. Entendeu? Porque são outras coisas mais importantes pra serem feitas, que não é burocracia. Que é pra estar com o paciente, resolvendo pendência de medicação, que muitas vezes não vem. É muita burocracia que a gente percebe. As vezes a gente passa muito mais tempo resolvendo burocracia do que realmente com o paciente. Tem dias que é muito com o paciente, tem dias que é muito mais com burocracia. E que nem todas as metas ou coisas assim que são impostas a gente consegue fazer não. (Entrevistada 8)

Naquela época, eu reclamava demais dessas coisas, eu não vou te mentir, eu detestava fazer, sendo bem sincera. Porque eu sentia que eu passava muito mais tempo presa no computador, do que fazendo as coisas que eu tinha que fazer. Então já teve dia que eu entrei às sete da manhã no * e saí às 21, 22, porque tinha muita coisa pra fazer. Então durante o dia eu priorizava fazer tudo do paciente, ah troquei curativo, troquei sonda, passei sonda, fiz tudo de assistência, e deixei a burocracia por último, porque senão ia dar a hora, ia passar o plantão, e ainda ia ter curativo pendente, sonda pendente. E aí, por diversas vezes, cansei de sair três horas depois, quatro horas depois do meu horário. Porque era muita burocracia pra se fazer. (Entrevistada 7)

As enfermeiras entrevistadas demonstraram incômodo com a imposição das atividades burocráticas e valorização dessas em detrimento das atividades assistenciais. Molinier (2008) chama atenção para as atividades que não se concretizam em um objeto ou em uma ação técnica, assinalando o caráter imaterial desse tipo de atividade:

Pode-se quantificar o número de processos analisados por um serviço social ou de atos realizados em um serviço de atenção à saúde. Pode-se tentar avaliar as performances, mensurando-as por meio de índices (por exemplo, entre o número de patologias tratadas e o número de leitos ou a lista de espera de usuários). *Mas a relação com pessoas doentes ou em situação de miséria não se avalia pelos critérios e métodos de gestão.* Nenhuma pessoa de bom-senso contestará essa observação que, contudo, não impede a expansão das formas de avaliação gerencial nestes serviços. Assim, o trabalho hospitalar organiza-se hoje segundo os métodos emprestados das empresas do setor privado (polivalência, concorrência, terceirização, entre outros). (Molinier, 2008, p. 7, grifo nosso)

Deste modo, nota-se que há nas instituições hospitalares privadas uma ênfase às atividades burocráticas, que seriam formas de apreensão objetiva das atividades realizadas pelas enfermeiras, o que acaba contribuindo para a invisibilização das atividades assistenciais de cuidado.

Para além do ambiente de trabalho dos hospitais, as participantes da pesquisa sinalizaram que também sentem a responsabilidade de dispensar cuidados em seus relacionamentos interpessoais, estando nos papéis de esposas, mães, filhas e amigas:

Sempre me preocupo de estar ligando pra minha mãe, pro meu pai, perguntando como eles estão, a gente não se vê todo dia. Pra uma amiga, perguntar pra ela “ei, posso fazer alguma coisa por ti hoje? Posso rezar por ti hoje? Está precisando de alguma coisa? Vamos assistir um filme aqui em casa, vamos conversar”. Que as vezes a pessoa quer uma conversa. E sempre estar tentando ajudar mesmo que seja com uma palavra. E eu tento mostrar isso pra minha filha. O ajudar o próximo, o cuidar das pessoas. Meu marido percebe isso no meu comportamento. (Entrevistada 2)

É, tento manter esse cuidado com o meu esposo, que é a pessoa que mais convive comigo. Mas também os meus avós. A gente sabe, as pessoas vão envelhecendo, vão ficando teimosas e doentes, então eu tento dispensar esse cuidado também, principalmente com os meus avós que já são idosos, meus pais também que já estão em uma idade mais avançada. E tento manter esse cuidado. (Entrevistada 3)

Minha mãe por exemplo, ah precisa uma consulta, alguma coisa. “Tô sentindo isso, tô sentindo aquilo”, eu “mãe, tem que procurar ir no cardiologista, tem que ir no ginecologista, tem que ir no oftalmo, o óculos tá...”. Assim, não de pegar a frente, não de tomar a frente e “olha, vou marcar uma consulta e a senhora vai”, mas de estar dizendo “tem que ir”, “mãe, já marcou?”, “vai quando?”. De estar cobrando, entendeu? (Entrevistada 8)

É que nem eu estava dizendo, sinto muito [responsabilidade por cuidar da família]. Porque querendo ou não, eles sentem muita falta. E as vezes tu quer ficar ali numa situação doença, alguma coisa e tu não pode. Não posso ligar pro colega e “hoje eu não vou porque minha mãe está doente ou meu pai está doente, não tem quem fique com eles, tu pode tirar um plantão pra mim?”. Tu não pode, tu é proibido de trocar. Ou é você, ou é uma falta. (Entrevistada 4)

Como explicitado, as enfermeiras entrevistadas estão inseridas em uma dinâmica de trabalho nos hospitais que traz exigências relativas ao seu trabalho como enfermeiras, assim como também aos trabalhos de cuidado fora do ambiente hospitalar. Em seu cotidiano elas se deparam com a necessidade de conciliar as diferentes atividades:

A minha rotina hoje, a maior parte do meu dia eu passo dentro do trabalho, no hospital. Hoje depois da minha filha já estar... Hoje a minha filha já tem quatro anos e desde que ela nasceu eu tenho o desejo de passar mais tempo com a minha família em casa, mas a minha rotina de trabalho não permite. Principalmente após ela ter iniciado na escola. Então as vezes eu me sinto muito ausente. (Entrevistada 2)

[...] mas assim tem dia que eu chego e não estou com vontade de fazer nada. Assim, só quero me deitar e não pensar mais em nada. Mas aí você, aí meu Deus, tem questão de você cuidar de você mesma né, você se colocar em primeiro lugar. E aí tem minha mãe também. Tem uma doguinha que precisa de mim também, agora inventei de ter uma cachorra. Então as vezes eu acho que eu coloco muito o trabalho em primeiro lugar e as vezes eu esqueço do ambiente de casa. (Entrevistada 5)

Eu acho que pra gente mulher é bem mais difícil. A gente sabe que hoje muita coisa mudou, eu vou falar da minha experiência, né, eu sou casada e meu marido ele é envolvido totalmente nas funções assim quanto eu né, a gente compartilha o cuidado das crianças, da casa, a gente tem as rotinas estabelecidas, cada um vai por uma coisa, mas nada impede que não vá ajudar uma outra coisa né. É mais quando eu fico assim fora de casa, não tô em casa ele vai ter que se virar pra fazer a comida, ficar com as crianças, fazer lanche, buscar na escola, deixar na escola, cobrar atividade e tudo isso. Só que no dia que eu estou trabalhando, ele também está trabalhando. [...]. E a gente fica preocupado do outro lado né, dentro do hospital, ele fala “cê tá dentro do hospital você some”, porque realmente o sinal é ruim, a gente se envolve, eu me envolvo muito, tô lá dentro eu sou 100% lá. Então é difícil. Na hora do almoço, ou na hora de um café, eu paro e “e aí como que tá? Tudo bem?”. E a gente fica naquela preocupação, tem dia que eu fico “meu Deus, deixei a roupa no varal, molhou tudo”, “ah será que eu tirei o feijão do congelador?”, “ah e aquela consulta, o menino não tá legal, tá com febre, tem um trabalho”. Então assim, a gente tem toda essa... Que eu falo, por mais que a gente se entregue, a gente tá lá, mas a gente é uma pessoa só, não tem como. Chegou lá eu deixo de ser a mãe? Não. Eu sou ali a enfermeira também, mas eu não deixo de ser a mãe, a filha. Eu tenho uma mãe que tem Alzheimer, então não deixo de me preocupar. [...] Então a gente não deixa de ser uma pessoa que faz

parte da sociedade. Eu pertença a uma família. E ao mesmo tempo eu tô pensando, a gente tem um reforço escola, “ah será que o fulano foi? Será que o pai mandou a atividade? Será que chegou no horário?”. Então a gente tem mil e umas cobranças. (Entrevistada 9)

Nota-se que as enfermeiras exercem concomitantemente o trabalho de cuidado (remunerado) dentro dos hospitais e trabalho de cuidado (não remunerado) nos espaços privados. Apesar das mudanças que ocorreram com o crescimento da presença feminina no mercado de trabalho, essa realidade é mais um indicativo da manutenção da divisão sexual do trabalho, pois as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo trabalho de cuidado dentro do seio familiar. Esse acúmulo de funções representa um verdadeiro desafio no cotidiano das enfermeiras. Acerca do trabalho de cuidado dentro do ambiente doméstico, Hirata (2010) afirma:

O trabalho doméstico não remunerado é aquele trabalho feito gratuitamente e considerado por muitos uma forma das mulheres expressarem amor aos filhos e aos companheiros, uma maneira de exprimir o amor que elas sentem por seus familiares. Em contraponto, podemos dizer que essa não é a forma de expressão que os homens usam para demonstrar amor aos filhos e às esposas. (Hirata, 2010, p. 47)

É importante notar ainda que, quando questionadas acerca do cuidado consigo mesmas, as entrevistadas sinalizam que muitas vezes este tipo de cuidado é preterido, sendo posto em segundo plano.

Eu até, alguns meses atrás, eu até tentei cuidar mais de mim, mas atualmente... Ontem eu tava fazendo essa análise. Cara, eu deveria estar fazendo exercício físico e não consigo fazer, e olha, em realidade é muito enfermeiro, muito enfermeiro assim. Acaba não dando tempo. E principalmente porque eu tenho outras responsabilidades com minha [família], então se tiver consulta, eu prefiro marcar uma consulta [família] do que pra mim, entendeu? [...] Tá bem, tá bem terceirizada essa questão de cuidado e saúde. Mas eu vou tentar melhorar. (Entrevistada 6)

Olha, acho que tem uns dois anos que eu enrolo pra voltar no ginecologista, parei a terapia e não voltei mais. Tinha que ir no neurologista e não fui também. Tô me cuidando não. Nunca mais me cuidei. Essa é a verdade, vou te mentir não, essa é a verdade. Eu precisava melhorar isso, inclusive. Eu sinto que eu tô empurrando com a barriga, entendeu? Bem... O máximo que eu posso adiar uma coisa eu vou adiando, entendeu? (Entrevistada 7)

No ponto que eu tô querendo chegar né, hoje em dia tu não tem mais nem aquilo [rotina de atividade física], porque tu só quer dormir. Eu chego em casa eu quero só dormir. (Entrevistada 4)

Às vezes eu acho que comigo, eu sou muito de... Engraçado né, casa de ferreiro, espeto de pau. A gente fala muito de prevenção, “tem que ver como tá”. Eu não, se o problema aparece, aí eu vou atrás. [...] E tenho plano de saúde, não fui por acho que por desleixo assim meu comigo mesma. Que eu sei que eu preciso, mas não fui atrás. Então eu acho que comigo eu me devo um pouco assim de autocuidado. Devo mesmo. (Entrevistada 8)

As participantes da pesquisa apontaram o ritmo de trabalho intenso, a sobrecarga e o cotidiano cheio de demandas como alguns dos motivos para não conseguirem dar atenção ao cuidado consigo mesmas. Os relatos das entrevistadas demonstraram ainda que isso já foi fonte de consequências negativas para sua saúde e bem-estar:

Antes da pandemia eu não fazia atividade física, eu não me alimentava muito bem, tanto que depois que eu comecei a ter essas duas rotinas diárias eu consegui perder doze quilos. Então, as minhas taxas eram totalmente desequilibradas. Então eu precisei ficar um momento sozinha, na época eu morava sozinha, ainda não era casada, meus pais moram no interior, precisei ficar um momento sozinha e perceber que eu tava doente fisicamente e adoecendo também mentalmente, porque foi um tempo que eu inclusive tive várias crises de ansiedade. E aí eu cheguei pra mim mesma e disse “não dá, eu preciso me cuidar. Eu tô adoecendo pela forma que estou vivendo”. E aí tive essa visão mais ampliada eu consegui equilibrar muita coisa. Hoje eu percebo que eu estava desequilibrada (risos). Mentalmente, fisicamente, eu estava desequilibrada. Hoje eu já consigo manter mais o equilíbrio. (Entrevistada 3)

Hoje eu posso dizer que eu me cuido. Hoje eu posso dizer isso, mas há dois anos atrás não. Eu vivia doente, eu não me dava prioridade. Eu passava oito horas, dez horas direto no trabalho e eu não bebia um copo d’água. [...] As vezes não me alimentava direito, vinha em casa corrida, as vezes nem vinha, porque queria dar conta do trabalho, queria tá todo tempo dando conta de tudo. (Entrevistada 2)

Eu acho que antes eu era mais disposta. Fazia 24 horas de plantão, tipo quarta feira o dia todo, e a noite ia pra * [outro vínculo], saía, ia direto pra academia. Fiz isso várias vezes, várias vezes mesmo. Mas eu só fui me dar conta que não estava fazendo efeito quando eu fui pro nutricionista, que ele tirou as fotos, que ele viu tudo que... “Ó, ou tu para agora, ou tu vê o que tu pode fazer, porque assim, tu está muito obesa...” [...] Eu e a * [colega de trabalho] já fomos no nutricionista, a gente fez esse trato, e a gente perdeu muito. E nossa, é outro estilo de vida. Eu comecei a dormir melhor, acordar mais disposta, a ter mais... sabe? Parece que aquela carga anterior que eu tinha antes tinha sumido. Mas eu percebi agora que está voltando, e isso me incomoda. Isso me incomoda muito. Porque eu chego assim... Eu ia nesse horário das 17:30, 18 hrs... Dá 17:30, 18 horas e eu quero ficar em casa. Posso não estar fazendo nada, mas eu quero ficar em casa. Sentada assim... Esperando só a hora de dormir. Então eu já estou vendo que está voltando aquela rotina anterior, então... Algo não está certo. (Entrevistada 5)

A profissional da enfermagem apresenta um nível de responsabilidade que não cabe nas horas formais de trabalho, pois assume também o cuidado com os outros para além de sua atuação dentro dos hospitais, que já apresenta por si só um nível elevado de atividades. Traesel e Merlo (2009) chamam atenção para a contradição que atravessa o trabalho das enfermeiras, pois a doação ilimitada que demonstram aos outros pode trazer efeitos nocivos para sua própria saúde. Os autores sinalizam que na maioria das vezes os problemas de saúde das enfermeiras ficam invisíveis para os outros e até para elas mesmas, até o ponto em que se tornem insuportáveis. As enfermeiras só buscam ajuda quando ocorre uma doença grave ou incapacitante, o que é preocupante.

O estudo de Elias, Souza e Vieira (2014) apresenta dados similares. Esta pesquisa realizada junto a trabalhadoras da enfermagem em uma instituição pública, acerca do cuidado

de si mesmas, constatou que para as profissionais o cuidar de si refere-se a fatores como manter uma alimentação saudável, fazer exercício físico, estar em dia com acompanhamento médico e atentar para questões estéticas. Elas entendem que seu tempo é insuficiente para o cuidado consigo mesmas, pelas diversas atribuições que têm, como profissionais, mães e mulheres que cuidam dos outros. Declararam que em geral, apenas buscam cuidado quando adoecem.

O papel de cuidadora explicitado por elas seja esse cuidado com os familiares, amigos, pessoas próximas, os próprios pacientes e até mesmo o colegas da equipe de enfermagem, pode deixar o cuidado com elas mesmas numa espécie de "anonimato". Elas estão sempre cuidando dos outros e no final, não são cuidadas pelos outros e nem por elas mesmas. (Elias; Souza; Vieira, 2014, p. 419)

Constata-se assim que as enfermeiras estão ligadas ao trabalho de cuidado de múltiplas maneiras, considerando que o trabalho que realizam dentro do âmbito formal, dentro dos hospitais, é um trabalho imaterial carregado de uma construção histórica ligada ao fazer estabelecido como propriamente feminino. E que, além disso, não deixam de ser as principais responsáveis pelo trabalho de cuidado realizado no âmbito doméstico e privado, se ocupando dos trabalhos de limpeza, organização, cuidado com crianças, maridos, idosos e, em alguns casos, familiares mais distantes, amigos e vizinhos.

É importante observar ainda que as trabalhadoras da enfermagem se dedicam permanentemente ao cuidado com os outros – nos âmbitos públicos e privados – porém deixam de lado o cuidado consigo mesmas, o que indica uma tendência à priorização do bem-estar alheio em relação ao seu próprio.

5.3. Expectativas e cobrança por excelência

A lógica da excelência é uma ideologia disseminada cultural e socialmente, influenciando os mais diversos contextos humanos na atualidade, dominando os modos de trabalhar, afetando os modos de se relacionar e viver em sociedade. Dentro dessa realidade, as mulheres trabalhadoras da enfermagem estão cercadas por expectativas e cobranças de que sejam excelentes, em todos os âmbitos de sua atuação.

Como abordado anteriormente, as enfermeiras entrevistadas estão inseridas em um contexto organizacional que possui indicadores e metas desafiadores. Seus relatos permitiram observar que seu cotidiano é permeado pela cobrança por alcançar resultados excelentes:

É, hoje a gente tem metas que a gente trabalha com resultados que a gente tem que alcançar 95% de um resultado bom. E chegou um tempo que essa meta foi lançada pra 100%. E aí eu questioneei, eu falei que era impossível a gente alcançar uma meta

tão arrojada assim, 100% é zero erro. E a gente trabalha com o ser humano, nós somos os seres humanos que executam ali, que está na ponta fazendo as coisas. Então assim era tipo como se eles quisessem que fosse máquinas que estivessem ali e não fossem errar. Então a gente conversou, questionou, acabou que a gente voltou pros 95%. Mas graças a Deus, não mexeram em nada. Ano a ano está assim: aumenta 1%, 2%... Mas nada que se torne assim algo muito radical demais. Porque no final de tudo, acho que a empresa consegue perceber, a duras penas, que é gente que tá lá na ponta. E que são passíveis de erro também. (Entrevistada 2)

É porque as metas são muito difíceis de... não envolve só a minha equipe, envolve o todo. Porque quando a gente fala de meta, indicador de um setor, ele envolve toda uma equipe, então não vai ser só a minha equipe, vai ser todo mundo. Mas com certeza existe... o nível de excelência que eles propõem, que é estabelecido, a gente não tem as condições suficientes pra que isso aconteça. (Entrevistada 9)

Em um estudo realizado com enfermeiros e enfermeiras de um hospital privado, Ferreira *et al* (2017) constataram que os(as) profissionais percebem como exigência de seus empregadores a execução das atividades prescritas em sua efetividade, e que, além disso, devem performar sempre acima das expectativas. As expectativas dos empregadores se referem a ritmos, tempos e exigências, de forma que os enfermeiros e enfermeiras estão expostos a um ritmo de trabalho intenso, a sobrecarga, sendo a todo instante cobrados por resultados e metas que não se limitam às tarefas prescritas, pois a realidade de um hospital é marcada pela diversidade de pessoas e situações que não são abarcadas por essas prescrições.

Os modos de trabalhar do enfermeiro abordam características de um cenário hospitalar da rede privada, marcadas pela polivalência, pelo individualismo e pela necessidade de estar sempre acima das expectativas. Estas características associam-se à pressão pelo sempre mais, pelo foco nos resultados e pela busca de altos níveis de performance, causando a ideia de que não é permitido ao enfermeiro, em determinadas situações, ser humano, reagir ou se manifestar afetivamente com sua rede de relações. (Ferreira *et al*, 2017, p. 5)

O estudo realizado por Ferreira *et al* (2017) junto aos enfermeiros e enfermeiras explicita que as cobranças do hospital são aceitas e assimiladas pelos(as) profissionais. O que coaduna com o que foi encontrado na presente pesquisa, uma vez que os relatos das entrevistadas revelaram uma grande autocobrança pelo alcance das metas e indicadores estipulados pelas organizações:

Acho que eu me cobro, não é nem as outras pessoas. É que as vezes é algo que não me compete, né. Às vezes eu acho que é uma coisa minha mesmo. De eu mesma me cobrar. De querer fazer as coisas tudo muito rápido, ou então entregar as coisas já meio caminho andado porque eu sei como é trabalhar ali o dia todo. [...] Tipo assim, se eu puder entregar o setor todo bonitinho, pra ficar ali só sentada organizando uma coisa burocrática, eu faço toda a assistência, toda a parte de evolução, e deixo ela [dupla enfermeira] só fazendo isso, entendeu? Então, as vezes... Só que eu não chego a me frustrar, mas assim eu tenho que ir até onde eu posso, entendeu? (Entrevistada 5)

Porque também eu tenho, hoje em dia eu considero até como um problema, eu me dedico demais, as vezes mais do que o meu gestor pede, mais... às vezes me chamam de besta, mas é que eu realmente eu entro até em sofrimento se eu não consigo realizar aquilo que eu espero de mim ou que eu boto na minha cabeça que as pessoas estão esperando de mim. Que o acompanhante do meu paciente espera de mim. Então eu sou muito assim, sou muito 24 horas por dia pro trabalho. E aí no final das contas a parte psicológica cobra né. A saúde mental cobra, a saúde física cobra, então é... desafiador. É desafiador. [...] Então, particularmente, por eu ser uma pessoa que me cobra muito, [...] eu fico muito frustrada quando eu não alcanço aquelas metas que eu... fico frustrada, é muito, como que eu posso te dizer? É muito... é muito desafiador. Eu fico assim me cobrando, me cobrando o tempo inteiro, e eu fico muito frustrada quando eu não alcanço essas metas. Mesmo que assim, às vezes ninguém nem puxou minha orelha, mas eu fico nossa... porque qualquer coisa que acontece eu fico me sentindo culpada. (Entrevistada 6)

Atuando dentro dos hospitais privados, os enfermeiros e enfermeiras estão cercados pelas exigências de dedicação intensa, na realização de atividades que perpassam um trabalho imaterial. Dessa forma, os(as) profissionais acabam incorporando que é seu dever estar acima das expectativas, demonstrando que vivem movimentos constantes de autocontrole e engajamento. Costumeiramente, os objetivos e metas institucionais são assumidos como os seus próprios, e as concepções históricas da enfermagem ligadas ao cuidar, ao doar-se e sacrificar-se pelos pacientes (que podem ser fonte de realização pessoal e profissional) são confundidas com a obrigação de assumir riscos, ao fazer acontecer e cumprir com os sacrifícios que representam as exigências organizacionais (Ferreira *et al*, 2017).

No entanto, deve-se ressaltar que o fato de as enfermeiras assimilarem a cobrança por dar o melhor de si, por alcançar os melhores resultados, não indica necessariamente que esse é um fator aceito plenamente ou naturalizado pelas trabalhadoras. Foi observado neste estudo que as enfermeiras participantes possuem fortes críticas com relação ao nível de exigência dos hospitais e o suporte dado por essas instituições:

Até mesmo as instituições te remuneram de um jeito bem ridículo aqui, a maioria. Eles querem que faça 12 por 36, trabalhe exaustivamente, por 2100 reais. Que com descontos, fica menos de 2 mil. E aí eles querem que tu seja o profissional mais humano, mais atencioso, mais profissional, mais ético, o melhor, o que sabe mais, o que faz as coisas com mais excelência. Mas a gente tem que entender que eu também preciso de estímulos, eu não tenho como fazer um bom trabalho se eu tô desestimulada, se eu tô cansada, se eu tô sobrecarregada, se eu tô mal remunerada, se eu não tô feliz. Então as pessoas esquecem que eu preciso também ter essa outra parte. Eu quero muito ser a melhor enfermeira que eu puder, sempre que eu puder, mas chega uma hora que eu não consigo. Porque eu não tô sendo valorizada, não tô sendo vista, não tô sendo ouvida. Porque as pessoas esperam que eu faça... Tu escuta muito isso pelo privado “olha, é pelo paciente, a gente tá aqui por amor às pessoas...” e tananã. Tá mas, tu me deu uma condição de trabalho boa? Tu me deu subsídios pra isso? Tu me remunera direito? Tu me escuta? Tu atende minhas demandas, minhas preocupações, minhas vontades, meus anseios? Entendeu? Então eu sinto nesse sentido, de que eu preciso entregar tudo, mas eu não mereço tudo, entendeu? (Entrevistada 7)

Por exemplo, lá tem uma meta que o paciente que recebeu alta, tem 1 hora pra subir pro apartamento. A partir do momento que o paciente recebeu alta, a gente tem que fazer uma rotina pra ele subir dentro de 1 hora. Eu recebi 4 altas ao mesmo tempo, praticamente. Tipo assim, eu estava sentada, o médico falou “ó, fulano tá de alta”; demorou 1 minuto, outro está de alta, outro em alta, outro em alta. Nesse mesmo tempo, tinha uma reunião pros enfermeiros. E nessa mesma circunstância, tinha que puncionar um acesso central em um paciente. Aí eu cheguei pra minha chefe/supervisora, e falei assim “vem cá, eu tenho que subir esses pacientes dentro de uma hora?”. Ela disse “é, é o ideal sim”, então eu disse “então me diga como é que eu faço, eu recebi 4 pacientes ao mesmo tempo, tenho um acesso e tenho uma reunião. Eu posso sair da reunião pra agilizar?”, “Ah não, você tem que participar”, “então como é que eu vou conseguir fazer tudo dentro do tempo?”, aí a pessoa não me responde, né, porque é impossível. [...] Então, assim, as vezes é fácil você estabelecer a meta e não dar condições pra aquilo. (Entrevistada 9)

Tal qual como trazido pela literatura, a lógica da excelência surge em contextos organizacionais, porém é uma lógica expandida para as mais diversas esferas da vida social. Os relatos das participantes permitiram notar que essas trabalhadoras vivenciam uma cobrança por serem excelentes nas atividades que realizam para além dos muros das organizações onde atuam formalmente, além da cobrança por serem bem-sucedidas nos diversos campos de suas vidas:

E aí vem ao mesmo tempo, eu quero alcançar as metas do meu trabalho, eu também quero alcançar as metas da minha casa (risos) de estar mais tempo com a família, de conseguir ajudar a minha filha a fazer as atividades de casa, de conseguir ajudar meu marido nas coisas de casa também, nas nossas coisas como casal né. E é um desafio constante na cabeça. [...] já senti isso, de querer ser 100% em tudo. De querer dar conta de tudo, de dizer “meu Deus como eu tenho 24hrs do dia e eu tenho que dormir, eu tenho que trabalhar, eu tenho que me alimentar, eu tenho que me exercitar, eu tenho que ir pra igreja, eu tenho que fazer um curso, alguma coisa, não dá tempo! Eu quero pro meu dia ter 30hrs!”. Eu já falei várias vezes pro meu marido “amor o meu dia precisa ter 30 horas, 24 não tá dando!”. Aí ele “calma, tu não vai dar conta de tudo.” (Entrevistada 2)

Em casa, talvez, por ser só eu e minha mãe, eu acabei de me cobrando muito, de estar... As vezes minha mãe fala “ah, larga esse celular, o tempo todo viciada no trabalho, para de ficar falando com quem está lá no hospital, deixa se virar e tal”, então algumas vezes eu já ouvi isso, né. Prova que eu abri mão de um trabalho a noite pra ficar em casa e dar mais atenção pra ela. (Entrevistada 5)

Que nem eu te falei ainda agora, com essa idade eu já imaginava a minha vida completamente diferente. Não porque eu tenha um prazo, não porque eu vou fazer 30 anos e pronto, não consegui fazer nada porque eu vou fazer 30 anos, minha data de conquistar as coisas já passou. Mas não sei, é uma cobrança que eu me faço, entendeu? De que tipo, com essa idade eu não queria mais estar na assistência, eu queria ter progredido pra outra função, eu já queria ter conseguido comprar minha casa... Tipo, eu lembro que na época que eu tava ainda nos dois vínculos e eu estava me sentindo muito ansiosa, e muito deprimida, eu não conseguia me desvincular de um dos empregos porque eu ficava pensando “fulana tem dois empregos há não sei quantos anos e ela dá conta, porque que eu não tô conseguindo? Porque que eu tô tão triste, porque eu que tô tão deprimida? Porque que eu tô tão aérea, não tô conseguindo dar conta das coisas se todo mundo consegue?”. [...] Mas como eu sabia que se eu pedisse conta eu ia ser muito julgada lá em casa e eu ia me julgar também, porque eu não dei conta de ficar nos dois, eu fui me obrigando, entendeu? A permanecer, porque eu tinha que ser uma pessoa que dá conta de dois empregos. Eu tinha que ser uma pessoa que dava conta de fazer quase 100 horas semanais porque as pessoas achavam que eu tinha, eu também achei que eu tinha por algum motivo, entendeu? (Entrevistada 7)

É importante assinalar que as enfermeiras estão inseridas em um mundo do trabalho que é marcado pela divisão sexual do trabalho, de forma que a cobrança por suas responsabilidades como profissional no âmbito formal e considerado produtivo somam-se às cobranças pelas responsabilidades que assumem fora desse contexto, em suas casas e lugares de convívio social. Assim, a influência da lógica da excelência vai tocar todos esses âmbitos de atuação das mulheres.

A observação dos estudos sobre a construção histórica da enfermagem permite notar que desde os primórdios da atuação das profissionais desta área são percebidas exigências quanto às características daquelas que exerceriam cuidados de assistência aos doentes, como por exemplo na atuação das Irmãs da Caridade, criada por Vicente de Paulo e Luiza de Marillac:

O cuidado aos doentes era atrelado ao espírito de doação e a abnegação, que aparecem como prioridades nas exigências àquelas que iriam cuidar do corpo do outro, naquelas que seriam as “enfermeiras”. O plano de conduta das irmãs de caridade prescrevia sempre o serviço espiritual aliado aos cuidados corporais, devendo ambos ser realizados com humildade. Todas as candidatas deveriam aprender as três virtudes formadoras da alma das irmãs de caridade: a humildade, a simplicidade e a caridade. A imagem religiosa da enfermeira se desenvolveu na Era Cristã e Idade Média, com organizações voltadas para a caridade e o cuidado de doentes, pobres, idosos e órfãos. À medida que a Enfermagem desenvolvia uma imagem associada à religião, uma disciplina cada vez mais rígida era imposta, sendo também determinada a obediência absoluta às ordens dos médicos e dos sacerdotes. (Wiggers; Donoso, 2020, p. 59)

No contexto brasileiro, a análise de mídias escritas (registros de notícias divulgadas pela imprensa) na época da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 1890, evidencia que as informações sobre a criação da escola foram voltadas especialmente para as mulheres, enfatizando o ideário vocacional das mulheres para as atividades de enfermagem, por conta de suas características femininas de cuidadora abnegada e dedicada, além de trazer a profissão da enfermagem como uma possibilidade de exercício de trabalho digno para a mulher (Santo; Oguisso; Fonseca, 2011).

Como abordado em seções anteriores desta dissertação, a atuação e subsequente generalização das inovações em enfermagem trazidas por Florence Nightingale foram marcantes no estabelecimento da profissão. Suas técnicas foram adotadas nos países europeus e vieram a influenciar toda a enfermagem mundial, inclusive no Brasil. O estudo dos escritos de Florence Nightingale também permite reconhecer uma forma de conduta e personalidade esperada da enfermeira, que igualmente influenciou os demais países. Nesses escritos, há um forte tom dogmático e religioso com ênfase na moral e obediência, com referências à honestidade, sobriedade, devoção, fidelidade, delicadeza e minuciosidade, que seriam os

atributos de uma enfermeira considerada confiável. Além disso, a sistematização e disciplinarização das atividades do pessoal que trabalhava com enfermagem nos hospitais, propostos por Florence, era feita sob a direção do médico, ficando o profissional enfermeiro subordinado a essa figura (Kruse, 2006).

Não será possível realizar neste estudo uma análise aprofundada que contemple questões relativas à construção racial, no entanto é importante que seja destacado que, de acordo com dados da Fiocruz em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem com relação ao perfil cor ou raça, 57,9% das enfermeiras e enfermeiros se consideram da cor branca, 31,3% pardos e 6,6% negros (Machado, 2017). A amostra da presente pesquisa contou com participação de duas enfermeiras que se autodeclararam como pretas e três enfermeiras que se autodeclararam pardas. E, apesar de não fazer parte do escopo principal ou ser objeto de análise neste trabalho, é importante salientar a possibilidade de questões relativas à raça influenciarem a relação que as trabalhadoras da enfermagem constroem com o seu trabalho, sobretudo no que se refere a sua presença nas organizações e às expectativas que são criadas sobre a sua atuação.

A literatura sobre a formação da enfermagem demonstra que historicamente o ideal da enfermeira preconizado pela enfermagem moderna de Florence Nightingale foi enfatizado no Brasil por meio da atuação da Missão Parsons. As enfermeiras americanas preocupavam-se em transmitir às alunas qual seria o ideal da “boa enfermeira” e tinham um forte controle sobre as admissões da escola, admitindo apenas moças consideradas “de boa família” (Kruse, 2006). O ideal de “boa enfermeira” e de “moças de boa família” das enfermeiras americanas em um período de forte presença dos valores sanitaristas e eugenistas na sociedade acabou por trazer a discriminação no acesso às escolas de enfermagem:

[...] o intuito estabelecido por essa e outras instituições que surgiram era de reformular e elevar os padrões da enfermagem, tornando-a mais elitizada. Para tanto, usavam critérios rígidos de seleção, as candidatas deveriam ser de boa família, religiosas, de caráter ilibado, dotado de cultura social, boa postura na sociedade, que pertencesse a alta classe urbana e ter formação educacional na escola normal, ou seja, professoras primárias, o que de certa forma favorecia as mulheres brancas. Porém, ainda que tentasse de maneira velada excluir mulheres pelo fato da cor, o racismo institucional já era manifesto, uma vez que até aceitavam a “enfermeira padrão” que fosse desprovida financeiramente, porém, negras não eram aceitas. (Santos *et al*, 2022, p. 279)

Campos (2012, p. 171) afirma que “[...] as representações impostas aos afrodescendentes se apresentavam diametralmente opostas à imagem preconizada para a enfermeira”. O rigor excludente na seleção das candidatas à escola de enfermagem acabou se tornando mais brando, pois observando a composição da população brasileira, começou a haver uma diminuição no número de candidatas aos quadros. Então inicialmente foram aceitas moças

de situação socioeconômica mais modesta e, após denúncias da imprensa da época, foram aceitas as primeiras candidatas negras (Campos, 2012; Santos *et al*, 2022). Destaca-se, no entanto, que há registros de protestos por parte das alunas brancas quando da entrada das alunas negras e do entendimento que, uma vez aceitas, essas estudantes deveriam provar arduamente sua capacidade para justificar a aceitação de sua presença nesse espaço (Campos, 2012).

Diante do exposto, verifica-se que a construção da enfermagem como profissão esteve ligada à figura feminina, e sobretudo a uma figura feminina padrão e ideal, vinculada a características como bondade, delicadeza, discrição, obediência, disciplina, retidão moral e tendência religiosa:

Na enfermagem, encontramos inúmeros exemplos de estereótipos que retratam o que se espera de uma enfermeira, isto é, que seja bondosa, dedicada, carinhosa, abnegada, obediente, servil etc., o que nos reporta às características da própria história da profissão e seu cunho religioso. Esses atributos nada mais são, ou eram, do que aqueles almejados pelos pais, maridos, patrões ou qualquer outra pessoa que convive ou convivesse com a mulher. O papel social de subordinação reservado às mulheres na esfera privada/doméstica se estende à esfera pública/profissional. (Padilha; Vaggetti; Brodersen, 2006, p. 294)

As falas das participantes dessa pesquisa demonstram que seu trabalho como enfermeiras é repleto de expectativas, tanto com relação ao tipo tratamento que devem dispensar aos pacientes e familiares, quanto com relação ao seu comportamento:

Algumas vezes sim, já tive retorno de pacientes em relação ao comportamento de alguma colaboradora, que a pessoa por exemplo não esperava que ela agisse daquela forma, “como uma pessoa assim se diz mãe de família?”, foram as palavras da paciente. Por conta de ela ter dado uma resposta assim de forma grosseira pra ela. E aí a paciente questionou “como uma pessoa dessa se diz mãe? Abriu a boca pra dizer que tinha filho e trata os outros mal”. (Entrevistada 2)

Hoje em dia eu tento... Hoje em dia não. Eu separo o profissional do emocional. Muito, muito. No começo... Meu primeiro óbito eu me frustrei... Não me frustrei, mas eu chorei muito no plantão. E aí o enfermeiro que estava no dia, o supervisor, ele meio que disse que não era pra mim ser daquele jeito. Aí eu fiquei “gente, mas será que eu que tô errada?”. Eu conversei até com a * e ela disse “não, você é ser humano, como qualquer outra pessoa, tem suas fragilidades, você não é obrigada a ser blindada o tempo todo, se você tiver que chorar você vai chorar, né. Se tiver que dar a sua opinião você vai dar sua opinião e é isso”. (Entrevistada 5)

Então como enfermeira e mulher, eu tenho que ser muito gentil, eu tenho que estar sempre tomando cuidado com o meu comportamento, com a minha gentileza com as pessoas, formar vínculo com as pessoas, ganhar a confiança das pessoas. [...] Tu tem o tempo todo que ficar provando que tu sabe, que tu é um profissional de confiança e não basta simplesmente tu ter teu título de formação, tu tem que se provar mesmo como alguém que sabe. (Entrevistada 6)

Eu acho que, pelo fato de a enfermagem ser majoritariamente feminina, as pessoas associam muito, de maneira geral, mesmo no senso comum, independente de ser colega de profissão ou não, as pessoas associam muito a nossa profissão a cuidado, a caridade, entende? Eu sinto que a maioria das vezes, boa parte das vezes, as pessoas

esperam que o enfermeiro ou a enfermeira seja uma pessoa caridosa, que ele seja anjo. Sabe aquela história de ah anjos da saúde, anjos da enfermagem, enfermagem por amor, entendeu? Então as vezes eu sinto que eles esperam que tu dê pra eles uma coisa que as vezes tu nem está recebendo. [...] Então já teve plantão em que eu fui extremamente maltratada e xingada mesmo por acompanhantes, que eu passei o plantão soluçando de chorar, entendeu? Porque pra eles tu está ali porque tu tem uma vocação, não porque tu é um profissional. O médico, por exemplo, por mais que ele faça medicina por amor, vamos dizer assim, o médico é... O paciente está aqui ó, fazendo e acontecendo no posto, xingando todo mundo, quebrando as coisas, falando alto, o médico chega, o tom muda. Porque a enfermagem ela tá ali acho que porque ela não tem coisa melhor pra fazer porque sabe, caridade. “Sabe, eu tô aqui porque eu gosto de gente”. Não é porque eu estudei, me formei, sou profissional, porque eu sei o que eu tô fazendo, porque eu tô sendo remunerada por isso daqui. Porque tu oferece teu serviço e a instituição te remunera por teu serviço, eu não tô ali fazendo favor. Não tô ali só porque eu gosto, porque eu preciso também. Eu preciso trabalhar, eu preciso ter dinheiro. E aí eu sinto que as pessoas esperam que a gente faça tudo por amor, entendeu? (Entrevistada 7)

A partir de estudos com estudantes e chefes de enfermagem, Molinier (2008) trata das expectativas sobre as profissionais da área. A autora afirma que o trabalho da enfermagem é um tipo de atividade realizado sobre e com o corpo, e por isso julga-se que para que o seu corpo seja uma ferramenta eficaz, ele deve ser anulado: “o cansaço, a vulnerabilidade, a irritação, o sofrimento devem desaparecer para que a presença da enfermeira seja calmante” (Molinier, 2008, p. 9). A pesquisadora declara ainda que “a disciplinarização do corpo e a solicitação da passividade são as etapas constitutivas da postura psíquica requerida pelo trabalho de enfermagem” (Molinier, 2008, p. 9), o que demonstra que se requer dessas trabalhadoras características relativas à docilidade, serenidade e passividade.

Além das expectativas relacionadas ao comportamento das enfermeiras, notou-se a partir do relato das entrevistadas uma grande expectativa quando à atuação dessas dentro dos hospitais. As enfermeiras relataram que é esperado que a enfermagem se encarregue de todas as atividades, abarque todas as funções sem erros, que a enfermagem “dê conta de tudo” dentro do hospital:

Como enfermeira, enfermeiro resolve tudo dentro do setor. Tudo é o enfermeiro. O nome doce na boca de todo mundo, é enfermeiro. “Cadê o enfermeiro? Cadê o enfermeiro?”. Então além de a gente se beira leito, de prestar assistência ali pro paciente, a gente fica muito com parte burocrática. Então além de dar conta de vários pacientes, a gente precisa resolver a vida burocrática daquele paciente. Então as vezes o desgaste maior é essa parte. (Entrevistada 1)

Se for olhar, o enfermeiro faz bastante hora extra. Às vezes simplesmente porque nosso trabalho é visto muito como caridade, e até a gente tem um pouquinho disso, então a gente sempre se dedica a mais. Se for ver a vivência do enfermeiro, a gente tira a conclusão de que a gente faz um pouquinho de cada uma das profissões, e a gente faz o nosso e um pouquinho de cada um dos outros. (Entrevistada 6)

Eu acho que pelo fato de ser mulher, ter que dar conta de tudo. [...] Tem aquela coisa que mulher consegue fazer duas coisas ao mesmo tempo, ou mais de uma né. Eu acho que essa é a maior cobrança, dar conta de tudo. [...] Eles chamam a gente até pra mudar

o canal da televisão. Entendeu? E se tu não for, no outro dia tua chefe tá dizendo que teu dever é ir. E tu não estudou isso. Tu estudou pra cuidar. Tá entendendo? Já teve casos que eles chamaram a gente pra desligar a luz. Tu tá entendendo? Aí tu imagina também, outro fator muito forte, aquela campainha o dia todinho no nosso pé, teve uma hora que eu parei eu disse pras meninas “gente, eu fico imaginando como é que um motorista e um cobrador de ônibus vivem. Porque pra estar de dois em dois minutos gente apertando aquilo dali. [...] tem uma televisão, e fica gritando no posto enquanto tu não vai botar teu botton lá, pra parar. Aí tu imagina... (Entrevistada 4)

Eu vejo muito, não só, não digo nem da família dos pacientes que a gente atende, mas assim de, talvez eu não se isso tem a ver com ser homem ou ser mulher, ou se tem a ver com a visão que os outros tem da profissão de enfermeiro. Assim de querer que a gente tenha esse domínio e consiga abarcar tudo que não tá ao nosso controle né. [...] Como se fosse “ah a enfermagem tá ali pra ser a mãezona do paciente”. [...] Mas eu não sei até que ponto isso aí é só por ser enfermeira, por ser mulher, ou por ser da enfermagem, e essa ser uma visão que todos têm. Ah, a dieta atrasou. Chama a enfermeira. Ah, o chão tá sujo. Chama a enfermeira. Ah o ar condicionado... Chama a enfermeira. Eu não sei assim se é... O que que leva a esse pensamento sobre a profissão. Mas isso é muito comum. Muito comum. Antes de tudo e qualquer coisa, chama a enfermeira. Como se fosse assim... Não sei se é essa visão maternal né. Ah é a enfermeira, que vai... Ou é porque não, tudo é da enfermagem mesmo, eles que dão conta. Não sei até que ponto é associado à profissão ou a ser enfermeira mulher. (Entrevistada 8)

É interessante notar a associação da dominância da presença feminina na enfermagem às expectativas existentes no hospital quanto resolução por essas profissionais de todas as atividades dentro do trabalho de forma perfeita, excelente.

Em um estudo realizado com profissionais da enfermagem em um hospital público do Rio de Janeiro (Spindola; Santos; 2005) notou-se que essa categorial profissional está envolvida nas mais diversas ações da dinâmica hospitalar. As trabalhadoras da enfermagem se veem sobrecarregadas com as distintas atividades e com o acúmulo de funções, indicando uma falta de delimitação das ações de reponsabilidade da enfermagem nos hospitais. No referido estudo, percebeu-se que quando há falta dos recursos necessários para a realização das ações de saúde, a responsabilidade frequentemente recai sobre a enfermagem: “a enfermagem é ‘cobrada’ pelos médicos, pelos pacientes, por familiares e pela administração” (Spindola; Santos; 2005, p. 159), mesmo que seu poder decisório seja pequeno e que ela dependa de outros setores e das regras de funcionamento das instituições para agir.

No presente estudo pôde ser percebido ainda que o tratamento que é dispensado às enfermeiras sofre influência das construções históricas e sociais desenvolvidas sobre a profissão. Por vezes, as enfermeiras são depreciadas pelos outros profissionais ou pacientes, desafiadas em seus conhecimentos e/ou acerca da propriedade que possuem para realizar suas funções, o que o que demonstraria uma contradição com o que foi abordado acerca das expectativas de a área da enfermagem “dar conta de tudo”.

Mas em relação ao comportamento, é bem pontual também a gente ver, digamos assim, maus tratos ou comportamentos diferentes do paciente homem para a funcionária mulher. Ter um tom de voz mais alto, de querer falar mais alterado, por saber que quem tá ali é uma enfermeira. E quando chega um funcionário homem ele abaixa a voz, já presenciei. Antes, era bem mais. Posso te dizer que há uns cinco anos, isso era bem mais, estipulando um tempo assim. Mas hoje, é raro da gente ver. E quando acontece, as próprias mulheres conseguem se posicionar. Conseguem dizer que precisam de respeito, e estão ali no seu trabalho, e não é pelo fato de ser mulher que ela vai ser tratada de forma diferente. Então as próprias funcionárias já conseguem se posicionar. Não vou mentir que as vezes é até uma orientação minha. Eu digo “não abaixe sua cabeça, porque é um homem que está gritando com você, não abaixe sua cabeça. Termine seu plantão e vá na delegacia da mulher.” Já orientei várias vezes. Algumas vão, outras não, por medo de perder o trabalho, enfim, diversas coisas. (Entrevistada 2)

E aí por exemplo, às vezes eu vou num setor fazer uma solicitação, eu sinto isso claramente, isso não é verbalizado, mas eu sinto isso claramente, que se eu vou em um setor e faço uma solicitação, existem milhões de exigências pra atender esse meu pedido. [...] Aí *, que é médico, foi lá e eles entregaram na mão dele sem pedir documentação nenhuma. [...] aí eu até falei assim “quando tu é médico, o tratamento é bem diferente”. E aí eu fico repetindo médico porque geralmente é sempre isso, mas eu me coloco também no lugar de mulher, porque às vezes se fosse enfermeiro homem, conseguiria também, sabe? Já teve vezes de eu pedir coisas pro meu amigo enfermeiro homem fazer alguma solicitação porque ele é mais coleguinha, ele é mais aceito, “ai o fulano...”, é muito mais aceito que eu como enfermeira. E é porque assim eu, depois de muito tempo, assim consegui realmente o respeito [...]. Mas assim, foi depois de muito eu me provar, foi depois de muito suor ali na internação. E agora eu tô começando tudo de novo né, porque eu mudei de setor faz seis meses, então se torna tudo novo assim. (Entrevistada 6)

O tratamento dado às enfermeiras pode estar associado a uma distinção entre o saber e o fazer, uma vez que a profissional de enfermagem é percebida pelos outros trabalhadores como aquela que faz, executa o cuidado, a cuidadora, a profissão que tem alicerce no cuidado prático sem embasamento teórico científico, o trabalho de uma profissão majoritariamente feminina (Spindola; Santos, 2005).

Um relato frequente das entrevistadas nesta pesquisa foi referente às dificuldades na relação com outros profissionais, sobretudo os médicos, dentro do contexto hospitalar:

Nós enfermeiros temos senso crítico pra debater com qualquer outro profissional acerca de um paciente. E as vezes quando a gente vai discutir, eu mesmo já discuti com médico, porque ele queria exercer uma conduta, que eu falava pra ele que não era adequada pra aquele paciente. E ele acabou passando pra minha supervisão, que eu fui ignorante e não sei o que, sendo que não aconteceu isso. Em hospital particular infelizmente os médicos são endeusados demais. Eles botam os médicos como o centro, e não é bem assim. Porque somos uma equipe, então é um dependendo do outro. E eles botam como... A palavra deles, na maioria das vezes sendo a máxima. [...] Eles não conseguem as vezes ter uma análise clínica daquilo, de determinadas situações que o paciente necessita. E quando a gente vai discutir, fazer esse embate com eles, muitas vezes eles não gostam porque eles acham que o que eles falarem está dito e acabou. (Entrevistada 1)

Então, existem situações que eles [médicos] acham que “não, eu vou argumentar até...” Chegou lá na direção, aí a direção disse “não pode”. Aí ele ainda tentou argumentar, mas a direção disse “não pode”. E aí ele... Mas enquanto ele não ouviu...

Nesse dia inclusive, pra mim não, mas ele falou pro supervisor “isso não é um assunto da enfermagem”. (risos) Ainda bem que não foi pra mim. (risos) Porque senão eu ia argumentar até a morte com ele, mas eu não ia deixar ele tentar desvalorizar a minha profissão porque ele acha que a prática dele estava correta. (Entrevistada 3)

Mas aí eu já olhei vários outros amigos, vários, vários que não souberam se defender, não souberam responder, não souberam se posicionar por conta do nervosismo. Porque realmente não existe a hierarquia, mas querendo ou não na nossa cultura a gente acha que eles [médicos] são superiores a nós. Todos os outros profissionais culturalmente acham que eles são superiores à enfermagem. Que a enfermagem tá ali pra servir de assistente de todos os profissionais. E não é isso. Mas enfim, todos entendem dessa forma. (Entrevistada 6)

Mas questão mesmo de lidar com os colegas eu acho que é a parte mais difícil. Tanto outros enfermeiros, quanto médicos, quanto fisioterapeutas. Porque a enfermagem ainda é a profissão em que todo mundo atribui tudo. Então às vezes o telefone está tocando e o fisio não quer atender porque ele não é enfermeiro. Sendo que o telefone é do posto, não é meu. Então as vezes, ah o paciente está pedindo uma manta, uma coberta, do lado do leito tem um telefone com o ramal da hotelaria, é só você ligar e pedir. Aí vem lá atras no corredor: “enfermeira, o paciente quer uma coberta”. [...] O convívio com as categorias profissionais é o que mais me estressa, porque se tu deixar, tudo é pra ti, todas as atribuições são tuas, todas. Todas as atribuições possíveis dentro do plantão, se eles puderem dar pra enfermagem, eles vão dar pra enfermagem. Não importa se é uma coisa que é multi, eles vão jogar pra enfermagem. Pode ter toda certeza do mundo. (Entrevistada 7)

Um aspecto particular à enfermagem está relacionado à natureza do trabalho de cuidado executado por essas profissionais. Fernandes *et al* (2002) afirmam que o cuidado é visto como uma categoria feminina, e assim, o cuidado em enfermagem é visto enquanto extensão do trabalho doméstico (invisível, subjetivo e socialmente desvalorizado), enquanto a cura, realizada por meio dos diagnósticos e tratamentos (visível, objetivo e socialmente valorizado), ainda é percebida como objetivo e resultado do trabalho masculino, hierarquicamente superior.

Observou-se que, apesar de ser esperado que as profissionais da enfermagem atinjam níveis de excelência na execução de suas atividades dentro do hospital, sendo elas as responsáveis por dar conta de administrar todas as atividades com perfeição, não é lhes dada a devida valorização dentro desses espaços, esperando-se que sejam mantidas como hierarquicamente inferiores a outros profissionais, mesmo nas equipes multidisciplinares. Entende-se que essa realidade é fruto da divisão sexual do trabalho e das construções históricas do desenvolvimento da profissão, que se deu com expectativas de que as enfermeiras tivessem certos comportamentos relacionados ao perfil de mulheres bondosas, abnegadas, caridosas, revelando a ligação com o que se almeja de uma boa mulher cuidadora. Então ainda hoje é mantida em muitos espaços a percepção das enfermeiras como profissionais de apoio que não precisam, ou não devem, ter protagonismo dentro do espaço de trabalho que ocupam.

6 VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO DAS ENFERMEIRAS

Esta pesquisa se propôs a analisar as repercussões da ideologia da excelência nas vivências de enfermeiras que atuam em instituições privadas, realizando, a partir das construções teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, uma análise da dinâmica prazer-sofrimento experienciada por essas trabalhadoras em suas organizações de trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho (PdT) é uma abordagem teórica proveniente dos estudos do médico francês Christophe Dejours. Inicialmente, desenvolvendo estudos em Psicopatologia do Trabalho, Dejours se interessou por entender como acontecia o processo de adoecimento mental dos trabalhadores em virtude de suas atividades laborais. Avançando em suas pesquisas e observações, ele passou cada vez mais a se questionar por que motivo, mesmo em condições desfavoráveis à saúde, trabalhadores não apresentavam transtornos psíquicos como esperado e continuavam a trabalhar normalmente (Machado, 2022, Mendes, 2007).

Dejours então retira o foco de suas pesquisas das doenças mentais provenientes do trabalho para pesquisar o sofrimento e as defesas que os trabalhadores utilizam para não adoecer. Como afirma Machado (2022, p. 26) “[...] era a normalidade que surgia como enigma central da investigação e da análise”. E, ao passar a tratar a normalidade como objeto, Dejours traz uma nova nomenclatura para suas pesquisas, a “Psicodinâmica do Trabalho”.

Com o surgimento da psicodinâmica do trabalho, Dejours passou a pesquisar o sofrimento e o prazer no trabalho sob a ótica da normalidade, na tentativa de vislumbrar as estratégias de defesa usadas pelos trabalhadores para preservar o equilíbrio psíquico. (Figueiredo; Alevato, 2013, p. 10)

Machado (2022, p. 26) define que a Psicodinâmica em essência “[...] repousa sobre uma análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados para a confrontação do sujeito social com a realidade do trabalho”. A Psicodinâmica interessa-se então por compreender quais os movimentos realizados pelos sujeitos para manter seu equilíbrio psíquico, mesmo diante de situações de trabalho desafiadoras.

Diante disso, a Psicodinâmica “[...] passa a considerar o trabalho não só como promotor exclusivo de sofrimento, mas também como potencial fonte de prazer e felicidade inerente à promoção de saúde” (Casadore, 2020, p. 344). Para essa abordagem, ao mesmo tempo em que o trabalho pode ser fonte de sofrimento e uma ameaça para sua saúde, pode também ser fonte de identificação e importante para a constituição dos sujeitos.

A Psicodinâmica tem fundamento em construções teóricas da ergonomia, da sociologia do trabalho, da psicologia social e da psicanálise. Desta forma, a abordagem tem

uma concepção de sujeito do inconsciente, detentor de conflitos intrapsíquicos, mas que é constituído em um contexto social, a partir das relações com o outro (Casadore, 2020). O laço social, as relações interpessoais, vão assumir grande importância nas construções em PdT.

Para as discussões que seguirão nesta pesquisa, é preciso inicialmente trazer dois conceitos, advindos da ergonomia, que são pressupostos fundamentais para a teoria Psicodinâmica, o de trabalho real e trabalho prescrito.

Costa (2013, p. 467) define que o trabalho prescrito é “[...] o conjunto de determinações impostas aos trabalhadores pelos gestores para execução de suas atividades de trabalho”. O autor explicita que diante de uma atividade a ser feita, os gestores ou administradores vão traçar um planejamento de como ela deve ser executada, quais os caminhos, instrumentos e regras devem ser seguidos para atingir determinado objetivo, ele vai realizar uma prescrição do trabalho. O conjunto dessas prescrições a ser seguido será chamado de tarefa.

Trabalho prescrito é o que é determinado para ser executado, corresponde aos procedimentos como utilizar as máquinas e ferramentas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios necessários e as regras a respeitar. [...] O trabalho prescrito compreende a quantidade e a qualidade da produção, como exigido, e os meios para realizá-la, relativos a um posto de trabalho, a um trabalhador ou a um grupo de trabalhadores. É constituído pela organização (as condutas, os métodos de trabalho, as instruções), bem como o conjunto de objetivos a ser atingido, as especificações do resultado a obter (normas de qualidade, quantidade e manutenção, etc.), os meios fornecidos para a expansão da tarefa (condições da matéria prima, máquinas e equipamentos, formação e experiências exigidas do trabalhador, composição da equipe de trabalho, etc.) e as condições necessárias para a execução do trabalho (ambiente físico e humano, tempo, ritmo e cadência da produção, etc.). (Oliveira, 2020, p. 438)

No entanto, o trabalho prescrito é imaginado, planejado, seguindo uma ideia abstrata, que não vai corresponder à realidade encontrada pelo trabalhador e trabalhadora no momento da execução da tarefa, e é a partir disso que se tem o trabalho real.

O trabalho real é “[...] a maneira desenvolvida pelo trabalhador para lidar com as situações reais de trabalho” (Costa, 2013, p. 467). Quando o trabalhador conhece as regras e instrumentos no trabalho, assim como as pessoas que fazem parte deste processo, é que ele se depara com o real do trabalho. O real do trabalho pode ser caracterizado como “[...] situações imprevistas que ultrapassam o domínio técnico e o conhecimento científico” (Ferreira, 2013, p. 345).

O trabalho real é como a tarefa é entendida pelo trabalhador, como o ambiente de trabalho, as condições descritas na constituição da tarefa, da matéria prima, das máquinas e equipamentos, e das equipes de trabalho estão constituídas de fato para que a tarefa seja executada. É o resultado de uma síntese entre a tarefa (objetivos, resultados esperados, meios oferecidos, exigências requeridas) e o homem que a

executa (sua história, sua experiência, formação, cultura, estado interno de saúde física e mental). (Oliveira, 2020, p. 438)

Dejours (2007) defende que é impossível realizar o trabalho cumprindo à risca as prescrições da tarefa, por conta da complexidade e variabilidade que envolvem a atividade de trabalho. Ao cumprir estritamente o proposto pela tarefa, o trabalho produtivo não é efetuado. O pesquisador afirma que:

O que ainda aparece para o clínico como a característica maior do «trabalhar», é que, mesmo que o trabalho seja bem concebido, a organização do trabalho seja rigorosa, as instruções e os procedimentos sejam claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem respeitadas escrupulosamente. De fato, as situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes... De fato, existe sempre uma discrepância entre o prescrito e a realidade concreta da situação. [...] O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Assim, para o clínico, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (Dejours, 2004, p. 28).

Para a Psicodinâmica, o trabalho é propriamente a diferença entre o prescrito pela organização e as situações reais, é este espaço entre o que foi imaginado para o trabalho e o que é o trabalho de fato:

Nesta lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real encontram-se as contradições, os conflitos, as incoerências e as inconsistências do trabalho, chamados de constrangimentos, pois impõe dificuldades aos trabalhadores. A maneira como o trabalhador se relaciona com estes constrangimentos está ligada a sua formação pessoal e profissional, suas experiências, seu *savoir-faire*, *know-how*, expertise. E esta maneira que o trabalhador cria e desenvolve para lidar com as situações reais de trabalho é chamada de estratégias de mediação individuais e/ou coletivas. (Costa, 2013, p. 468)

É importante para a discussão proposta nesta pesquisa que seja abordado ainda outro conceito essencial trazido pela Psicodinâmica, que é o de organização do trabalho. Anjos (2013, p. 272) afirma que a organização do trabalho “[...] é a divisão das tarefas e dos homens nas instituições”. Ressalta que ela faz essa divisão por meio da prescrição do trabalho, e por consequência da diferença entre o trabalho real e prescrito. Dejours (2015) afirma que o sofrimento mental resulta da organização do trabalho, e faz uma diferenciação entre este conceito e o de condição de trabalho:

Por *condição de trabalho* é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), o ambiente

biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho. Por *organização do trabalho* designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc. (Dejours, 2015, p. 29, grifo do autor)

É importante compreender a relevância da organização do trabalho na construção da Psicodinâmica pois este organismo está totalmente ligado com o destino do sofrimento experienciado pelo sujeito no trabalho. Anjos (2013) afirma que a organização do trabalho pode favorecer a modalidade criativa advinda do sofrimento ou oferecer obstáculos que impeçam a ressignificação desse sofrimento, tais como acelerar a esteira de produção, sobrecarregar o trabalhador, tornar a relação com a hierarquia mais rígida, subtrair a autonomia do trabalhador, entre outros.

Diante do que já foi exposto, pode-se declarar que o trabalho é o que acontece quando o trabalhador (ou trabalhadora) se depara com as prescrições impostas pelas organizações de trabalho, que são distintas do real do trabalho. É aí então que precisa mobilizar-se para alcançar os objetivos propostos, utilizando sua inteligência, o seu saber-fazer, para preencher esse espaço. O trabalhador e trabalhadora utilizam sua engenhosidade, sua inteligência prática para fazer os ajustes necessários nas prescrições para que o trabalho possa ser realizado (Dejours, 2011).

6.1 A dinâmica prazer-sofrimento vivenciada pelas enfermeiras

Para Psicodinâmica do Trabalho, a dinâmica prazer-sofrimento é intrínseca ao trabalho, assim como também são as estratégias utilizadas para manter a saúde e evitar o adoecimento. Mendes (1995) defende que o trabalho não é lugar só do sofrimento ou só de prazer, mas sim está relacionado à dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, é diretamente influenciado por essa dinâmica, pelas relações subjetivas, pelas condutas e ações dos trabalhadores e trabalhadoras que são permitidas pela organização do trabalho.

A análise dos relatos trazidos pelas participantes nesta pesquisa permitiu observar a simultaneidade das vivências de prazer e sofrimento em seus contextos de trabalho, como evidenciado na fala da entrevistada 6:

É um trabalho muito assim de tu estar tomando a atenção pra gerenciar tudo, tudo. Então, é prazeroso, eu digo que é prazeroso, que eu gosto muito, mas é cansativo. É exaustivo. (Entrevistada 6)

Machado e Facas (2020) explanam que para Dejours o sofrimento pode ser um ponto de partida no caminho para o sofrimento criativo no trabalho. É importante ressaltar que em sua teorização Dejours traz uma compreensão especial da normalidade e da saúde. Para o estudioso, a saúde não se trata de um conceito estanque, de algum ponto concreto que pode ser alcançado, ou ainda de um bem-estar subjetivo e impossível de definir. Mas sim de um caminho a ser percorrido, algo dinâmico, que está em constante movimento (Dejours, 1986). Para o estudioso, em um contexto de constantes ameaças, o sofrimento criativo está relacionado à luta dos sujeitos pela normalidade.

Machado e Facas (2020) defendem que a transformação do sofrimento em prazer no trabalho depende de fatores como o reconhecimento na relação com o outro, a cooperação no trabalho, o estabelecimento de relações de confiança, assim como a existência da liberdade para que o sujeito possa colocar em prática sua criatividade, inventividade e engenhosidade. Sendo assim, o sofrimento criativo no trabalho não é uma decisão apenas do trabalhador ou trabalhadora, mas sobretudo depende de formas de gestão nas quais seja possível que ele(a), ao se deparar com as situações de sofrimento, possa lutar pela normalidade.

Como abordado nas seções anteriores desta pesquisa, a história da construção da enfermagem como profissão está muito ligada ao trabalho feminino, e ao cuidado. Observou-se que o cuidar representa um sentido fundamental do trabalho para essas profissionais. Nesta pesquisa, percebeu-se que efetuar o cuidado com os pacientes está profundamente ligado às vivências de prazer no trabalho das enfermeiras:

Mas eu gosto assim do contato com os pacientes. Como eu falei, tem alguns pacientes que a gente acaba criando um vínculo muito forte né, que eles veem você como um apoio né. Não só ali pra resolver as coisas, mas de tá mandando mensagem todo dia, tá dando bom dia, perguntando como a gente está, né. Eu gosto muito disso. Eu acho perfeito. Acho que se não tivesse questão burocrática envolvida, seria maravilhoso. (Entrevistada 5)

Eu adoro, eu adoro cuidar. Antes da enfermagem eu adorava, já tinha essa afinidade muito grande. E aí depois disso, depois que eu me formei, e entender que a enfermagem é a ciência do cuidado né, e a gente descobrir o cuidado como ciência, entender sobre necessidades humanas básicas, entender que é ciência sim e que tem todo... Aquele meu cuidado vai resultar na melhora total daquele paciente, não só na cura daquela doença, nossa isso fez muita diferença, foi assim, é muito prazeroso. É muito prazeroso mesmo conseguir como enfermeira olhar aquele paciente como um todo, levar em consideração as questões psicológicas... A questão psicológica, a questão espiritual. (Entrevistada 6)

A análise dos discursos das entrevistadas revelou que perceber os resultados do trabalho de cuidado com os pacientes, acompanhando os processos melhoria na saúde deles, assim como a cura desses assistidos é uma grande fonte de prazer no trabalho das profissionais:

Meu coração fica extremamente feliz quando eu vejo que um paciente grave, que está ali, que a gente acha que vai... que não vai dar certo, vai a óbito, e ele sai do hospital. É extremamente gratificante. [...] Mas quando eles reconhecem o nosso trabalho, e as vezes não precisa nem reconhecer. Quando eu vejo que um paciente grave está saindo, está indo pra casa bem, eu fico muito feliz. Porque eu vejo que o meu esforço valeu a pena. Toda a minha dedicação... não só minha, toda a equipe de enfermagem, a gente fica extremamente feliz quando vê alguém que estava mal e vai de alta, vai bem pra casa. Então pra mim isso é extremamente gratificante mesmo. Ver alguém que entrou mal e tá saindo bem. (Entrevistada 1)

Pra mim a situação mais prazerosa é a recuperação do paciente. Saber que ele chegou com um mal que estava ali permanente nele, que quando ele sai ali da nossa, ali do nosso convívio, ele saiu bem, ele saiu recuperado. [...] Pra mim a maior satisfação é isso, ver que o paciente se recuperou e saiu bem. Que a nossa assistência foi essencial para a recuperação dele. (Entrevistada 3)

Situações prazerosas? Ai quando o paciente vai de alta. Eu fico chorosa, eu fico apegada com eles. Eles vão embora eu fico sentindo falta. Mas eu gosto sabe? Quando ele chega de um jeito e aí ele melhora com a gente e vai embora bem pra casa. Pra mim é a melhor parte assim. E quando o paciente passa a te reconhecer, sabe? Quando tu não está no plantão ele sente tua falta, ele pergunta por ti, quando ele se apegou. (Entrevistada 7)

Ah, olha eu vi muito milagre acontecendo. Paciente chegar e médico dizer “olha, não passa de amanhã”, e a pessoa tá bem em casa, sabe? Tipo, eu falo “meu Deus, isso é incrível”. Assim, são coisas que a gente que está lá dentro que vê realmente. Ontem eu falei pro paciente “olha, eu vi muitos milagres acontecendo”. E a minha trajetória nem é tão longa assim. E você vê realmente que você impacta a família, você mudou o dia daquela pessoa, você fez a diferença. (Entrevistada 9)

Notou-se que as vivências de prazer para as profissionais da enfermagem estão ligadas intensamente ao cuidado com os pacientes. Martins, Robazzi e Bobroff (2010, p. 1108) afirmam que “a possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de sentir-se útil, de trabalho coletivo, entre outros fatores, pode ser fonte de conforto e satisfação, que contribui para o sentimento de prazer e favorece o equilíbrio psíquico dos trabalhadores”.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a relação dos trabalhadores e trabalhadoras com seus pares é uma condição especial que pode possibilitar a transformação do sofrimento em prazer no trabalho. Esta disciplina teórica considera que a cooperação vai além de sua definição comum relacionada a cooperar, ajudar, pois aqui trata-se de uma vontade das pessoas de coletivamente trabalharem para superar as contradições que surgem na organização do trabalho. A cooperação necessita que os sujeitos queiram livremente agrupar-se para formar um coletivo, portanto não é um produto mecânico da organização (Ghizoni, 2013). Dejours (2011, p. 156) afirma que:

Ela [a cooperação] se baseia, irredutivelmente, naquilo que não é imposto. Não aparece por decreto nem é prescrita entre os colegas de um mesmo nível hierárquico (mesmo que não participem de um mesmo ofício, como pedreiros, funileiros,

carpinteiros) e de propostas partindo da base para o topo. A cooperação é assim tributária da vontade dos agentes.

O espaço público de discussão representa um espaço de fala, de expressar coletivamente o sofrimento e buscar saídas para essa situação. Ele será possibilitado pela existência de um coletivo de trabalho, que vai além do agrupamento dos trabalhadores e trabalhadoras, pois é formado por laços de cooperação, confiança e reconhecimento (Mendes, 1995).

Ghizoni (2013) comenta que a cooperação está na base coletiva do trabalho, e que esta é fundamental para construir uma obra comum. A autora afirma que é fundamental que a fala singular dê espaço à fala plural para que os trabalhadores e trabalhadoras saiam de um lugar de servidão e possam denunciar formas de violência e/ou injustiças vivenciadas no cotidiano. Que é através da palavra dita, discutida e rediscutida no coletivo que poderão deliberar sobre suas vidas.

As entrevistas realizadas nesta pesquisa trouxeram indícios da importância da relação construída pelas enfermeiras com seus pares para que possam lidar com os desafios que são impostos em seu cotidiano de trabalho. Essas trabalhadoras afirmaram que o apoio das outras enfermeiras, os laços que são formados no cotidiano de trabalho, são fatores centrais para a sua atuação:

Então todas as duas equipes, me dou super bem com todas as duas. Se tiver que levar o plantão, a gente leva numa boa. E assim, só por elas estarem ali também. Então é uma apoiando a outra. Isso é muito bom, muito muito bom. Então eu vejo mais parceria delas, por isso que eu digo, sou muito grata a elas, porque se não fosse... Era horrível. Era horrível. (Entrevistada 5)

Só que acaba que com a rotina tu acaba criando laços com as outras enfermeiras que estão mais próximas de ti. Então do meu lado tinha uma amiga minha, que é minha amiga até hoje, mesmo depois de a gente não trabalhar mais juntas. Então as vezes estava muito agoniado, muito aperreado, então eu ia lá e “C, faz isso aqui pra mim, por favor. Chama o laboratório, solicita leito de UTI no sistema”, ela tava aperreada com as coisas dela, mas ela tinha dupla, então ela deixava um pouquinho as coisas dela pra ir me ajudar nas minhas por que senão acabava o plantão e tu não dá conta, entendeu? (Entrevistada 7)

Assim, eu acho que talvez o fardo seria mais pesado, e não é, mas do que poderia ser, por conta da equipe. Assim, eu acho que sou muito agradecida com as técnicas que compõe a minha equipe, com a minha colega de plantão enfermeira, porque assim, a gente se ajuda muito. [...] E eu acho que isso é talvez um dos motivos de a gente ainda não ter abandonado o barco né, que a gente se apoia muito. [...] Eu acho que esse apoio assim... Isso o que faz ainda eu ir e não ser 100% insatisfeita de estar ali, porque eu sei que “não, a minha equipe de técnicos eu vou ter apoio, a minha colega que vai dividir o plantão também...”. Eu acho que isso assim ali é o que ainda me deixa um pouco mais tranquila quando eu chego lá, entendeu? Pelo menos nesse sentido, de ter o apoio da minha própria equipe. (Entrevistada 8)

A Psicodinâmica considera que a cooperação no trabalho está diretamente ligada à construção de um coletivo de trabalho, que por sua vez necessita da existência de um espaço público de discussão, onde as opiniões dos trabalhadores e trabalhadoras possam ser discutidas livremente (Lima, 2013b).

O espaço público de discussão é um conceito estrutural para a Psicodinâmica, e se refere a um lugar de discussão entre os trabalhadores, no qual eles se sentem confortáveis para problematizar e elaborar as questões relacionadas ao seu contexto de trabalho. Como afirmam Merlo, Bottega e Magnos (2013, p. 148):

Neste espaço genuíno é possível então que a palavra circule livremente sem que haja represálias. É um espaço que resgata os vínculos afetivos, a solidariedade e a cooperação entre os trabalhadores e que permite a construção de um coletivo de trabalho que poderá avançar rumo à mobilização coletiva e à construção da saúde mental no trabalho.

As entrevistadas nesta pesquisa demonstraram em sua vivência como enfermeiras a importância de ter um espaço para falar em que possam discutir livremente os desafios do cotidiano de trabalho:

Como eu te falei, o time, que eu acho que nós somos 8 ou 9 supervisoras, a gente meio que criou um grupo de terapia, que todo mundo fala o que está sentindo, pede opinião dos outros, cada um desabafa os seus, e a gente se encontra ali no lanchinho da tarde “ah vem aqui rapidinho na sala deixa eu conversar contigo” e a gente faz, consegue se ouvir. E a gente consegue passar isso pra nossa gestão também. Então hoje é bem aberto, é bem tranquilo, e ela é bem receptiva com a gente. Isso torna o ambiente de trabalho melhor, saber que tem uma pessoa que vai te escutar. (Entrevistada 2)

[...] eu tenho sim essa liberdade de me posicionar. Principalmente quando se trata em relação a minha equipe de enfermagem. Hoje lá no *, no centro cirúrgico, eu sou uma das mais antigas, tem várias pessoas que são bem mais novas que eu. Então quando tem um certo assunto sendo discutido, eu consigo me posicionar, eu consigo perceber que as demais que vieram depois de mim me respeitam. Mas não só as outras que vieram depois de mim, porque por exemplo, a minha chefe, que é bem mais antiga que eu, também consegue ouvir a minha opinião e escutar né, ouvir o que eu tenho a falar, e respeita. (Entrevistada 3)

As entrevistadas abordaram também as dificuldades no estabelecimento de relações mais próximas com seus pares, que vão consequentemente representar empecilhos para a formação de espaços de discussão. A configuração do trabalho nas organizações hospitalares não favorece o estabelecimento dos laços entre as trabalhadoras, uma vez que há existência de grande rotatividade nas equipes, ritmo de trabalho acelerado e sobrecarga nas atividades cotidianas:

Todo mês tem alguém tirando férias, aí faz toda uma troca, quem está na UTI troca pra poder remanejar. E aqui como a escala é 12x36 corrida, não tem as folgas, então não tem folguista. Mas assim, as pessoas faltam né, ainda mais com essa escala que

não possibilita folga. Então quando alguém falta, troca tudo de novo. Então tem muito essa questão dessa rotatividade. [...] A gente tem que ter um jogo de cintura gigantesco. (Entrevistada 9)

Outra coisa que eu sinto muita falta, antes a gente saia muito todo mundo junto, hoje em dia a gente não tem tempo. Por quê? Porque hoje eu tô de noite, amanhã fulana tá de noite, no dia que eu tô de folga, ela tá trabalhando. Como que a gente vai ter esse tempo? Tentar esse vínculo? Não tem como. As vezes as minhas amigas de de manhã “ah, hoje eu tô de folga de manhã”, mas eu quero dormir, tá entendendo? Eu não consigo estar. (Entrevistada 4)

Merlo, Bottega e Magnos (2013, p. 149) afirmam que muitas vezes é somente quando o trabalhador e trabalhadora falam e são escutados, por si mesmo e pelos outros, que se dão conta de alguns aspectos do trabalho, pois “antes de serem anunciadas, muitas coisas podem não existir para o trabalhador e os demais, mas a partir da construção da fala e da escuta, esses aspectos passam a ser considerados”.

Os autores chamam atenção ainda para o fato de que, se os trabalhadores e trabalhadoras não possuírem um espaço de discussão para falarem sobre o seu trabalho, se não tiverem o reconhecimento como sujeitos que podem trazer intervenções para a realidade das organizações, podem ser levados a um embotamento pessoal, a acreditar que seu sofrimento é da ordem do pessoal, a um silenciamento e a não conseguir compartilhar com os pares os sentimentos comuns suscitados no trabalho (Merlo; Bottega; Magnos, 2013).

Dessa forma, apesar da importância que é dada pelas enfermeiras para a convivência com os pares e para a liberdade de comunicar-se com eles dentro do contexto dos hospitais, se esses espaços forem inviabilizados pelos hospitais, pela dinâmica adotada pelas organizações de trabalho, esse pode ser um fator relevante que irá impor barreiras ao alcance do prazer e realização para essas profissionais.

Para a Psicodinâmica, as pessoas esperam que em troca do seu engajamento e contribuição ao trabalho elas tenham reconhecimento no meio social do trabalho. Será pela via do reconhecimento que uma parte do sofrimento poderá ser transformada em prazer no trabalho, e como afirma Machado (2022, p. 49) “[...] o caminho para o prazer, passando pelo reconhecimento, depende do julgamento do outro”.

O reconhecimento é nomeado como julgamento de beleza (ou estético), quando ele é realizado pelos pares, e representa uma apreciação quanto à qualidade do trabalho, à habilidade ou talento pessoal do sujeito. Ou é nomeado como julgamento de utilidade, quando é realizado pela hierarquia, sendo relativo ao reconhecimento da utilidade técnica, social ou econômica da contribuição trazida pelo trabalhador ou trabalhadora (Machado, 2022).

O *juízo de utilidade* econômica, social e técnica, proferido pelo outro, na linha vertical (chefias, subordinados e clientes), é aquele que confere ao fazer do trabalhador sua afirmação na esfera do trabalho. O *juízo de beleza*, proferido particularmente pela linha horizontal (pares e comunidade de pertença), representa, por um lado, o *juízo da conformidade* do trabalho às artes do ofício, o que possibilita ao trabalhador o sentimento de pertencimento a um grupo profissional por ser um juízo daquilo que faz dele um indivíduo como os outros, e, por outro lado, o *juízo da originalidade* de seu trabalho nomeadamente importante e mais significativo por ser a forma de juízo que aprecia a distinção e a originalidade da obra, possibilitando o reconhecimento de sua identidade singular. (Lima, 2013, p. 351-352)

Dejours (2012) assinala ainda que os julgamentos têm a peculiaridade de estar focados no trabalho realizado, ou seja, o juízo é sobre a execução, não sobre quem executa a atividade. Ainda assim, os julgamentos vão trazer implicação sobre o sujeito, pois o reconhecimento do trabalho vai representar ganhos no registro da identidade de quem o realiza, a retribuição simbólica será em relação às expectativas subjetivas quanto à realização de si mesmo.

A análise das entrevistas produzidas nesta pesquisa trouxe a grande relevância do reconhecimento associado ao prazer no ofício das trabalhadoras da enfermagem:

É de receber um “obrigada” de alguém que a gente ajuda. De saber que teu trabalho impacta a vida de alguém, de saber que tu consegue tirar o sorriso de uma pessoa que tava ali no sofrimento, com dor. A gente pega gente com dor o dia todo. E saber que essas pessoas estão satisfeitas com o que você fez. Felizes pela tua ação com elas. Então assim, lógico que a gente fica feliz quando ganha um prêmio [...] lógico, é muito bom, a gente vê o nosso trabalho reconhecido. Mas nada melhor que ver que o paciente mesmo fica grato por aquilo que a gente fez. E eu tento passar isso pra equipe porque eu quero que eles tenham a mesma sensação que eu. Saber que a ação deles foi ótima pra vida de alguém. (Entrevistada 2)

A maioria dos meus pacientes vieram a óbito... mas eu acho que o mais prazeroso é ver o resultado do cuidado da enfermagem com eles, e ver o resultado do vínculo também. Por exemplo, quando eles saem de alta, a gratidão que fica, o vínculo estabelecido que fica. Cara, tu saber que tu fez a diferença na vida daquela pessoa é muito gratificante, é muito gratificante. Outros, que por mais que tenha ido a óbito, fica aquela gratidão da família. Tipo, já tive vários pacientes que chegaram a vir a óbito e na época a família... Tentei acolher a família, ou às vezes eu não estava no plantão e sei lá, um mês depois a família voltou com um presente pra mim, um presente de gratidão e tudo mais. Então eu acho que essa sensação de dever cumprido, que eu cumpro o meu dever com aquela pessoa e que eu fiz diferença na vida daquela pessoa, que aquela pessoa se sente acolhida por mim. (Entrevistada 6)

Do mesmo modo, observou-se que é frequente na fala das entrevistadas um sentimento ligado a falta de reconhecimento do trabalho que realizam:

Porque quanto mais a gente faz, mais falta. Nunca tá bom. Nunca é suficiente. E as vezes a gente é cobrado por coisas mínimas, coisas pequenas, que eu acho extremamente desnecessário. [...] Lá eu não me acho reconhecida. No hospital particular eu vivo falando isso, que além da gente ser podado, a gente não é reconhecido. E é uma cobrança sempre absurda. (Entrevistada 1)

Aquele contato ali com o paciente, tudo que passa, a dificuldade ali na hora de um paciente grave, por exemplo. Todo o cuidado todo o procedimento que se faz, tudo que eles vivem ali naquele momento, é uma coisa que a gente não mede. A gente vê, reconhece, e depois quem não estava presente consegue ler pelo que ele registrou. Então assim, essa parte daquele momento de rush mesmo, do contato é o que hoje não é medido e infelizmente só é visto por quem vive lá na hora. (Entrevistada 2)

Na verdade eu não tô nem ali pra mim ser reconhecida. Tô ali pra fazer o que eu aprendi dos meus cinco anos, prestar assistência né, de qualidade. Mas também eu não vou prestar de qualquer jeito. Não vou prestar com uma equipe deficitária do jeito que está. Uma assistência qualquer, né. (Entrevistada 5)

Hoje os técnicos olham pra gente “eu é que não quero isso pra mim. Vou procurar ser fisioterapeuta, que só fica sentado”. “Vou procurar trabalhar no administrativo, vou me formar em tal coisa”. Gente, é triste né. Porque era pra pessoa ter uma paixão por aquilo. “Eu não quero isso pra mim, Deus me livre, não vejo a hora de arrumar outro emprego”. Então é muito triste. (Entrevistada 4)

Percebe-se que a falta de reconhecimento apontada pelas participantes dessa pesquisa advém sobretudo das organizações de trabalho nas quais atuam. As enfermeiras apontaram características da atuação nos hospitais que desfavorecem a obtenção do reconhecimento que consideram devido, tais como a grande cobrança e pressão pelos resultados, a sobrecarga das equipes, e a natureza do trabalho assistencial, que é uma parcela da atividade que dificilmente pode ser metrificada e por esse motivo acaba ficando em segundo plano, invisíveis, mesmo as atividades de cuidado sendo tão relevantes para a enfermagem.

Dejours (2004) declara que por meio do reconhecimento é possível que o sofrimento no trabalho possa ser transformado em prazer e realização. No entanto, quando se trata de um trabalho que não visa a produção de bens materiais, tangíveis, como é o caso das atividades de serviços, entre elas a enfermagem, pode ser agravada a invisibilidade da contribuição do trabalhador e dificultado o reconhecimento.

Em pesquisa realizada por Traesel e Merlo (2009), com enfermeiras de um hospital privado, os autores puderam constatar que é muito complexo que as enfermeiras possam se sentir reconhecidas em um contexto de busca incessante pela perfeição, um contexto no qual a perfeição é vista como uma obrigação ou algo inerente à profissão.

Foi constatado ainda que o reconhecimento dos pacientes é considerado o mais importante e que, se pudessem, dedicariam muito mais tempo ao cuidado com eles, dispensando mais tempo para interação e diálogo, o que se torna muito difícil pois acabam precisando responder às outras demandas burocráticas que são sua responsabilidade. Ao tratar do reconhecimento da direção, as enfermeiras relataram que este acontece com pouca frequência, que geralmente o trabalho só é visto quando acontece algum erro, quando são criticadas (Traesel; Merlo, 2009).

Esses dados coadunam com o que pôde ser verificado na presente pesquisa, na qual percebeu-se por meio das falas das participantes que o reconhecimento por parte dos pacientes, bem como de seus familiares, tem grande importância para as profissionais da enfermagem. Constatou-se que, nos hospitais privados em que atuam, é incentivado que esse reconhecimento seja realizado por meio de canais oficiais dos hospitais, como o serviço de atendimento ao consumidor (SAC), para que assim possa ser contabilizado como validação ao trabalho efetuado pela instituição. E é dessa forma que o trabalho assistencial prestado pelos profissionais será reconhecido pela organização, como observa-se na fala da entrevistada 7:

Quando o paciente ele vai de alta, ele recebe o contato lá do hospital, não sei quem faz, e manda um questionário pra saber, uma pesquisa de satisfação. [...] E aí durante um DDS, a gente comentou isso né, o médico estava falando que era importante a gente estimular o paciente a responder esse questionário, e responder fazendo elogios. Porque obviamente, se tu foi em um hospital e tu não gostou do atendimento tu vai acionar o SAC pra reclamar. Mas dificilmente alguém gosta do atendimento e volta pra elogiar. Então as meninas estavam comentando, as técnicas, por exemplo, quando um técnico ou um enfermeiro, ele é citado em algum elogio, isso é colocado em um grupo, né, nos grupos do hospital, de trabalho. “Fulano de tal, parabéns, porque você fez isso e aquilo outro”. E aí a técnica fez um comentário, que eu lembro que na época isso ficou na minha cabeça. Que ela achava que era muito injusto com os outros técnicos eles colocarem os elogios que os colegas receberam, não porque eles ficam com inveja, mas porque eles sabem que eles também fizeram um bom atendimento, mas que aquele paciente não voltou pra agradecer. [...] Ó, eu tô lá há quase dois anos, não teve nenhum elogio pra mim no sac, mas eu sei que os pacientes gostaram do meu atendimento, entendeu? Mas se eu fosse medir por isso, eu ia achar péssima [...]. Então as vezes essa parte de reconhecimento por parte dos pacientes, dos acompanhantes, isso é pouquíssimo, pouquíssimo, pouquíssimo visto. Só se realmente vier assim físico, sabe? [...] Reconhecimento qualitativos só realmente se o paciente fizer muita questão de ir lá te elogiar pra alguém lá dentro da gerência, ou deixou um elogio no SAC, eu ele foi lá ele te deu presente, tu pegou e botou no grupo que tu recebeu, aí todo mundo vai saber que tu foi... Fora isso, não. (Entrevistada 7)

A fala da participante acerca dessa forma de reconhecimento utilizado pelos hospitais privados faz sinal de que o reconhecimento do trabalho de cuidado realizado pelas profissionais da área de enfermagem precisa ser medido e ter possibilidade de ser um indicador para seja validado pela organização, o que pode ser um fator de insatisfação e sofrimento para as profissionais.

Gaulejac (2007) aborda a exigência de quantificação presente nas organizações contemporâneas. O autor traz que, em organizações guiadas por modos de gestão gerencialistas, tudo precisa ser medido para que os resultados possam ser avaliados e assim validados:

Nessa lógica de pensamento, excluimos da análise tudo aquilo que é considerado como irracional, porque não objetivável, não mensurável, não calculável. Os registros afetivos, emocionais, imaginários e subjetivos são considerados como não confiáveis e não pertinentes. No limite, eles não existem porque não sabemos atingi-los, analisá-los ou traduzi-los em números. (Gaulejac, 2007, p. 71)

Na realidade dos hospitais privados, percebeu-se que o reconhecimento dado pelos pacientes ao trabalho assistencial prestado pelas enfermeiras será considerado válido pela instituição se for registrado e contabilizado por meio dos canais oficiais, pois dessa forma, ele pode ser também uma avaliação do serviço fornecido pelo hospital. Gaulejac (2007, p. 70) afirma que na ideologia gerencialista o paradigma objetivista dá um “verniz de cientificidade à ciência gerencial”, e é dominado por “uma concepção utilitarista da ação e visão economista do humano”. Não se pode deixar de observar que nos hospitais privados, o paciente é também um cliente, e o reconhecimento do trabalho prestado deve estar ligado também a um retorno financeiro.

Constata-se que as vivências de prazer no trabalho da enfermagem estão ligadas ao reconhecimento do trabalho que realizam, e sobretudo ao reconhecimento do trabalho de cuidado. Porém, são inúmeras as barreiras que se antepõe ao reconhecimento no trabalho dessas profissionais, como a cobrança por perfeição advinda das organizações de trabalho e das próprias trabalhadoras, a dinâmica do trabalho nos hospitais que afastam as enfermeiras do trabalho assistencial, a preocupação das organizações de trabalho com a metrificação e lucratividade. Traesel e Merlo (2009) chamam atenção para o fato de que o nível de exigência e sofrimento que vivem essas trabalhadoras pode ser gerador de consequências nocivas à saúde mental delas, pois não são atenuados pelo reconhecimento de sua contribuição à organização, maneira pela qual esse sofrimento patogênico poderia ser transformado em sofrimento criativo.

A Psicodinâmica considera que o sofrimento dos trabalhadores e trabalhadoras é causado pelo confronto entre os desejos do sujeito e as expectativas das organizações de trabalho. Não existe trabalho sem sofrimento, pois “[...] o sofrimento está no cerne do trabalho e surge quando do embate inevitável entre a subjetividade do trabalhador e as limitações impostas ao seu exercício pelo real do trabalho” (Machado, Facas, 2020, p. 405). Ao se deparar com as contradições e exigências advindas da organização, o sujeito pode encontrar saídas e maneiras de transformar o sofrimento em prazer, ou, não encontrando espaço e possibilidades para tal, desenvolver quadros patogênicos (Mendes, 2007).

Existem, pois, duas noções de sofrimento: o criativo e o patogênico, porém não são diferentes, tem destinos antagônicos. O destino do sofrimento criativo é de transformar-se em prazer e em experiência estruturante. Já o destino do sofrimento patogênico é a doença, que rompe quando as defesas deixam de desempenhar sua função protetora. (Machado, 2022, p. 28)

Os relatos das participantes desta pesquisa trouxeram muitas evidências de sofrimento em seu cotidiano de trabalho, causado sobretudo pela dinâmica das organizações de trabalho em que atuam.

Então acho que isso tem me incomodado muito. Incomodado a ponto de pensar mesmo em querer sair, querer sair. Tem dia que eu chego assim “ah meu Deus”. Quando eu penso assim... Tipo, amanhã é terça-feira, eu já saio, eu a *, a gente já sai “ah, amanhã é quarta-feira, o dia todo pra ficar aqui”. A gente já vai, não vai com aquela vontade, entendeu? Isso meio que me frustra. A palavra certa é essa. (Entrevistada 5)

Mas é desesperador. Já chegou ao ponto de eu chegar pra minha coordenadora e falar assim “na hora que eu venho pro plantão me dá uma taquicardia”. Colegas dizendo que choram quando chegam em casa. [...] Se tu deixa de fazer uma coisinha... Te ligam na hora do teu descanso, te ligam até te acordar, mandam mensagem, tá entendendo? Um horário que era pra tu descansar. Tu já tem 24 horas de folga, já saí do plantão queimando tua folga, tu não poder nem dormir? [...] as minhas colegas, a maioria estão pedindo demissão, ficando sobrecarregadas por conta disso. Mas o principal é isso, porque as pessoas estão mesmo desencadeando problemas mentais, tá entendendo? (Entrevistada 4)

Mas a gente vê muito enfermeiro frustrado, dizendo que “ah eles só querem saber do dinheiro” e tudo mais, porque realmente fica essa sensação em alguns enfermeiros que ficam na assistência. Fica muito essa sensação de que eles estão visando só o lucro, nada mais. [...] Que eu me considero uma privilegiada ali dentro, porque outras pessoas realmente estão totalmente esgotadas e são bem chateadas com a cobrança que tem em cima delas pra que elas produzam, produzam. Pra que a gente possa... “a gente não pode ter mais perda, não, a gente já perdeu demais”... Eu já vi alguns relatos de pessoas que foram suspensas por coisas bobas, que eu sei no fundo que foi uma coisa que causou um prejuízo né, financeiro, e essa pessoa foi suspensa e tal. E foi por conta do prejuízo financeiro, não foi em si pelo prejuízo ao paciente. (Entrevistada 6)

E isso assim, é muita sobrecarga. Num ambiente principalmente privado que realmente as coisas têm que andar mais rápido, a princípio né, não se compara com serviço público. Mas o estresse assim tá muito absurdo, muito. Assim de acordar e meu Deus do céu, eu preciso ir, eu preciso ir trabalhar. Mas de não querer de jeito nenhum, de estar lá descontente, de chegar assim... E quando coincide com época de tpm... Aí pronto. Aí sai de perto. Além de estar estressada por conta da tpm, me desmotiva e pronto. De me controlar pra estar lá, passar por um momento de estresse e não explodir com ninguém, não tratar ninguém mal, não chorar de raiva, enfim. Tem sido muito, muito complicado. Hospital privado a gente sabe né, a exigência é um pouco maior e tudo, mas eu acho que desse nível que tá agora assim, ainda não tinha passado não, desses anos todos que eu estou lá. Nunca tinha enfrentado tanto estresse, tanta sobrecarga como tá atualmente. (Entrevistada 8)

Lapis e Merlo (2007) discorrem sobre o sofrimento dos trabalhadores e trabalhadoras inseridos nas organizações contemporâneas, guiadas pela lógica da excelência. Os autores afirmam que as pessoas têm medo de não ser capazes de manter uma performance adequada e de não condizerem com as exigências relativas ao tempo, cadência, formação, informação, aprendizado, nível de conhecimento, experiência, adaptação à cultura e ideologia da empresa.

Como tratado anteriormente nesse texto, o cuidado, a assistência aos pacientes, é um elemento central e primordial para a área da enfermagem. A dinâmica de trabalho dentro dos hospitais privados é repleta de regras, trâmites e procedimentos, uma vez que está ligada a uma lógica de metrificação, quantitativista. As enfermeiras entrevistadas nesta pesquisa trouxeram em suas falas o sofrimento causado pela burocracia e impossibilidade de realizar o cuidado em seu contexto de trabalho, seja com os pacientes, seja com suas equipes de trabalho:

Então eu amo, queria muito ter oportunidade de cuidar com menos burocracia. As vezes tu escutar, tá ali do lado, é até melhor que tu estar fazendo qualquer outra coisa. As vezes a paciente “minha filha, já furaram tanto, tanto, que eu não sei nem se eu aguento”. Eu digo “peraí, bora botar Deus bem aqui na frente, bora primeiro... vou sentir, fica conversando comigo”. As vezes conversando a gente acalma. “porque tu não veio antes?” Então isso é muito gratificante escutar aquilo. Eu gosto muito de cuidar. O que eu não gosto é de eles quererem pra gente dar conta do mundo sem nem dar um apoio. É isso que eu não gosto, entendeu? Ou reconhecer pelo menos. (Entrevistada 4)

Às vezes eu olho um técnico chegando chorando, passando uma dificuldade em casa e eu vou dizer “olha, engole teu choro e faz teu serviço”? Não gente. Porque aquilo ali pode levar a pessoa a cometer um erro sim. Eu tenho que trancar ele num lugar e dizer assim “tu quer conversar. Tu quer te abrir? Toma uma água, fica aí um tempinho. Eu vou fazer uma coisa pra ti”. Aí chega um enfermeiro e diz assim “teu lugar não é de técnico”. Sabe que eu já escutei? (Entrevistada 5)

O sofrimento causado pela sobrecarga também foi um ponto importante indicado pelas participantes desta pesquisa. A carga horária de trabalho, a organização das escalas, a defasagem de pessoal nas equipes, a existência de vínculos simultâneos, a pressão e o ritmo acelerado de trabalho foram citados como alguns dos fatores que trazem sobrecarga no cotidiano das enfermeiras:

Mas quando chega em casa a gente quer dormir. Porque vai passar a noite acordada e a gente tem uma hora de repouso só. E eles fiscalizam, eles lá estão em cima. Então tu não repousa, aí tu tem medo porque na hora... Já aconteceu comigo de eu deixar pra ir deitar 4 horas da manhã, fui fazer uma coisa e outra deu 4:20, deitou, o paciente entrou em óbito 4:30, não dormi. Nesse dia eu liguei desesperada pra * chorando. “*, eu vou sair daqui, não vou ficar mais aqui”. Então é uma coisa, a gente as vezes acha que é besteira, mas vai levando, a mente da gente é muito fraca e acaba uma hora a pessoa fraquejando. Aí quando comete um erro, a pessoa não quer saber se estava sobrecarregado, ou até que ponto levou pra desencadear aquilo. Eles querem saber por que tu não impediu, porque tu não foi uma barreira. (Entrevistada 4)

Então eu comecei a chegar em um momento que eu chorava de cansaço. De eu chegar lá em casa e chorar, chorar. Eu tava muito cansada. [...] Quando eu estava muito sobrecarregada, eu estava assim muito estressada e deprimida. Então era só trabalho e casa e choro, não interagia muito lá em casa, não via muito os meus amigos, porque eu tava sempre muito cansada ou muito deprimida pra sair. [...] Eu senti realmente que eu estava mesmo adoecendo fisicamente, entendeu? Tava tendo mais crise de ansiedade, estava tendo mais crise de enxaqueca, tudo tava mais, entendeu? Tudo meu tava mais exacerbado. Mais por conta de carga de trabalho mesmo. Não por uma situação específica. “Ah passei por isso aqui e isso me fez ficar...”, não. Foram acumulando as coisas, tipo ah hoje eu fiquei sozinha com 30 pacientes, amanhã só

com 15 mas eu saí 22 horas, aí depois de amanhã... Aí a semana foi se acumulando, aí a semana virou mês, virou meses, aí foi me afetando. Mas nada pontual, foi um acúmulo de coisas que isoladamente parece... Tá, hoje tu saíu 21 horas, beleza, porque estava muito demandante. Mas quando tu sai a semana inteira 21 horas, teu corpo não aguenta, entendeu? E esse acúmulo que foi me deixando ruim. (Entrevistada 7)

Acerca do trabalho realizado dentro dos hospitais privados as enfermeiras entrevistadas trouxeram insatisfação com a dificuldade em realizar o trabalho de cuidado com os pacientes no cotidiano, assim como com as características da organização como a ênfase na produtividade e lucratividade que acaba gerando sobrecarga sobre as trabalhadoras. Para Molinier (2004, p. 20) quando os trabalhadores do hospital sentem que são avaliados principalmente por sua “prontidão em ‘esvaziar camas’ ou as ‘rentabilizar’”, ao invés de ser avaliados pela qualidade de seu trabalho, eles estão suscetíveis a ter descompensações patológicas. A autora afirma que “não é a compaixão que é patogênica, mas a impossibilidade crônica de lhe dar uma saída criativa no cuidar” (Molinier, 2004, p. 20).

Para a Psicodinâmica, o sofrimento no trabalho pode ter um destino negativo, e nesse caso, ele terá como consequência o adoecimento. Figueiredo e Alevato (2013) esclarecem que o sofrimento se torna patogênico quando os trabalhadores e trabalhadoras já lançaram mão de todos os mecanismos possíveis na tentativa de exercer sua criatividade e dar sua contribuição à organização, mas não obtiveram os efeitos ansiados e as pressões continuaram levando ao desequilíbrio psíquico, à descompensação e ao consequente adoecimento.

As enfermeiras entrevistadas nesta pesquisa trouxeram situações que indicam alto grau de sofrimento e indícios de adoecimento originado na sua relação com o trabalho:

Eu ia chegando pra descer pra bater o ponto, meu coração estava super apertado, porque eu sabia que ia ser um dia que eu não ia conseguir ter sossego. Tinha dia que eu não conseguia beber água, não conseguia fazer xixi, não conseguia comer. Era trabalhando de 7 às 19, realmente sem parar, entendeu? (Entrevistada 7)

Acho que ultimamente, tudo que eu tenho sentido, acho que até... nunca senti tpm na minha vida. Nossa, eu tô extremamente sintomática. Sentindo tudo. Dor de cabeça, enxaqueca, vontade de comer doce, insônia, sabe? E aí quando tem essas coisas assim, acabo levando, acho que o hospital acaba vindo pra casa né. Então acho que isso mexe muito comigo, mexe muito. (Entrevistada 5)

[...] eu disse “tenho que dar conta de tudo, eles me colocaram aqui porque viram que eu consigo ter resultado e eu vou ter que dar conta de tudo.” No começo eu absorvia demais as coisas. [...] E com o tempo isso começou a me adoecer. Comecei a ter vários problemas de saúde, adoecendo demais. E aí eu fui na médica do trabalho e falei “eu preciso de ajuda com a minha saúde, eu tô adoecendo muito”. Eu fui ver só a parte física, eu disse “meu corpo tá adoecendo, eu tô adoecendo muito, eu preciso de um remédio pra minha imunidade”. Ela disse “não, você precisa começar a pensar diferente. Você precisa começar a delegar mais as coisas, tu precisa pedir ajuda, tu precisa dizer que tá precisando de ajuda, tu precisa dizer que tu não dá conta.” E eu tinha medo de falar isso. “Meu Deus como eu vou falar que não dou conta? Eles vão me tirar daqui e eu preciso do meu emprego.” E quando eu comecei a fazer isso eu

não me tornei uma pessoa relapsa, pra dizer que pra tudo eu não dou conta, mas pra dizer aquelas coisas impossíveis que eu dizia “meu Deus como eu vou fazer isso?”. (Entrevistada 2)

Acho que você fica vendo aquilo com tanta frequência, que se envolver, de chorar junto com a família e tudo... Não sei se é uma proteção minha, que eu mesma criei, entendeu? De ah, o paciente foi a óbito, presto os cuidados que tem que prestar em fim de vida, a família, e tudo, mas.... Aquilo não me abala. [...] Parece que eu crio uma barreira. Mas assim, independente dessa barreira e tudo, a questão do cuidado e de ter a preocupação de fazer as coisas bem-feitas porque devem ser feitas, porque independente de qualquer coisa é a vida de outra pessoa né. Então, o respeito está acima de qualquer pressão de trabalho [...] Tem dias que eu chego assim “não queria estar aqui, tô aqui porque... meu Deus do céu”, mas na hora que eu entro no apartamento eu pego pra mim, assim nesse sentido. Podia ser minha mãe bem aqui. Então mesmo não querendo fazer, eu estando de mau humor, estando aqui obrigada porque eu não queria estar aqui, tem que ser bem-feito. Independente de qualquer cobrança, qualquer estresse. (Entrevistada 8)

Nas seções anteriores deste texto foram abordados desafios no cotidiano das mulheres que atuam como enfermeiras. Percebeu-se que é comum na realidade de trabalho dessas profissionais que tenham mais de um vínculo de trabalho, que sua rotina nos hospitais seja marcada por cobranças, pressão, ritmo acelerado e defasagem nas equipes. Notou-se que acumulam as funções de cuidado nos ambientes de trabalho remunerado e não remunerado, e que existe uma cobrança e autocobrança de que executem esses papéis de forma excepcional. Além disso, existem grandes expectativas sobre o trabalho da enfermagem em termos de excelência nos resultados, postura e comportamento das enfermeiras. Entende-se que esses fatores são fonte de sofrimento no cotidiano das trabalhadoras.

Os dados obtidos coincidem com o que foi encontrado a partir de uma revisão sistemática da literatura em Psicodinâmica do trabalho feminino, que indicou como fatores geradores de sofrimento para as mulheres o fato de que são esperadas delas, além do trabalho prescrito, características maternais e dóceis, posturas, vestimentas e outras caracterizações estéticas, enquanto para os homens questões assim não são cobradas. Foi evidenciado também que a múltipla jornada feminina é um fator gerador de mal-estar, cansaço e sofrimento, e que o trabalho emocional cobrado das mulheres não é visto como um trabalho, e, portanto, invisibilizado (Antloga *et al*, 2020). As autoras asseveram que:

O sofrimento aparece fortemente atrelado à desvalorização e invisibilidade do trabalho feminino evidenciados nos salários mais baixos, nas longas jornadas, na precarização das condições de trabalho, no assédio moral e sexual e na vulnerabilidade. [...] Por fim, em consonância com a literatura indexada, também se detectou a opressão que a mulher sofre no ambiente de trabalho por ter que agir de acordo com o estereótipo de ser dócil, paciente e acolhedora. (Antloga *et al*, 2020, p. 6)

Estudos relacionados ao prazer e sofrimento em equipes de enfermagem apontam como fatores causadores de sofrimento para as trabalhadoras: a natureza das atividades realizadas (como a vivência de situações estressantes, a realização de procedimentos de alta complexidade com potencial risco tanto para o paciente quanto para o profissional e a convivência com a dor e com o sofrimento alheio), a alta rotatividade, os baixos salários, a presença de mais de um vínculo de trabalho, a falta de materiais e insumos, as jornadas exaustivas e ininterruptas de plantões, a sobrecarga de tarefas, a falta de reconhecimento no trabalho (Pimenta *et al*, 2020; Miorin *et al*, 2018). A percepção, por parte dos trabalhadores e trabalhadoras, da impossibilidade de transformações desses fatores causadores de sofrimento no trabalho pode levar ao adoecimento.

O contexto de trabalho vivenciado pelas enfermeiras pode ocasionar adoecimentos físicos e/ou psíquicos. Dentre os riscos a que estão expostos os(as) profissionais da enfermagem e que podem ser causadores de adoecimento estão os riscos ergonômicos, psicoemocionais, físicos, químicos e biológicos. Os riscos psicoemocionais estão relacionados a fatores como relações assimétricas nas equipes de trabalho, pressão, sobrecarga, falta de reconhecimento, múltiplas jornadas de trabalho, falta de condições de trabalho, violência psíquica (assédios), convívio com o sofrimento dos pacientes, entre outros (Barros; Rodrigues, 2016). Alguns desses aspectos (como pressão, sobrecarga, falta de reconhecimento e múltiplas jornadas de trabalho) foram identificados como frequentes nas vivências das participantes desta pesquisa.

A literatura sobre o tema indica que os(as) profissionais da enfermagem podem ser acometidos por doenças ou agravos da saúde como depressão, ansiedade, Síndrome de Burnout, hipertensão, acidentes vasculares encefálicos, infartos, distúrbios gastrointestinais, estresse crônico, insônia, fadiga, entre outros (Barros; Rodrigues, 2016).

Dentre as enfermidades citadas, chama-se atenção para a Síndrome de Burnout, que está relacionada sobretudo às atividades laborais que contém alto grau de envolvimento emocional, como é o caso do trabalho da enfermagem. A Síndrome de Burnout é descrita como o estresse laboral que se caracteriza pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador, envolvendo a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização profissional (Oliveira; Lima; Vilela, 2017).

Acredita-se que é importante destacar que, considerando a realidade da enfermagem, podem ser agravantes no desenvolvimento da Síndrome de Burnout algumas particularidades ligadas ao trabalho feminino, como as cobranças relacionadas à execução de um trabalho assistencial de excelência, em atividades com grande envolvimento subjetivo, e a frequente presença de múltiplas jornadas de trabalho.

6.2 As estratégias de mediação utilizadas pelas enfermeiras

Os estudos em Psicodinâmica trazem a concepção de que o sujeito tem uma posição ativa na sua relação com o trabalho. Diante do sofrimento advindo dos constrangimentos do trabalho, ele faz a utilização de estratégias de mediação, com o intuito de manter a normalidade e não adoecer (Figueiredo; Alevato, 2013). As estratégias de mediação podem ser estratégias defensivas ou estratégias de mobilização subjetiva.

As estratégias de defesa (ou estratégias defensivas) são colocadas em prática pelos trabalhadores como forma de minimizar a percepção do sofrimento causado pelo trabalho, esse tipo de mecanismo funciona por meio da recusa à assimilação daquilo que faz o trabalhador/trabalhadora sofrer (Dejours, 2015; Moraes, 2013; Mendes, 2007).

As estratégias de defesa são utilizadas para proteger a dimensão psíquica dos trabalhadores, sendo assim, estando em um campo estritamente mental, não tem ação sobre os elementos que causam o sofrimento e, portanto, não modificam a realidade de pressões impostas aos trabalhadores pelas organizações do trabalho (Mendes, 1995; Moraes, 2013).

As estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas. As estratégias defensivas organizadas de modo coletivo operam por meio de um acordo implícito entre os membros desse grupo, que se esforçam para que a estabilidade não seja desfeita. É importante observar que a não adesão de um dos membros gera sua exclusão. Por esse motivo, as estratégias coletivas de defesa demonstram ter mais eficácia, ao contar com a adesão e pressão do coletivo (Mendes, 2007).

Sobre as estratégias defensivas é relevante ainda mencionar que elas são importantes para manter o equilíbrio psíquico protegendo o trabalhador e trabalhadora da percepção do que o faz sofrer. No entanto, como as estratégias defensivas não tem objetivo de transformação da realidade de trabalho que causa o sofrimento, há possibilidade da persistência na utilização das defesas ser fonte de desgaste e adoecimento posterior:

A eficácia da estratégia defensiva evita que os trabalhadores tomem consciência de seu próprio sofrimento e possibilita relativa estabilidade, que funciona como freio à reapropriação, à emancipação e à mudança. Dessa forma, há o risco de que as estratégias de defesa construam um ciclo que, no longo prazo, conduza ao agravamento do sofrimento e ao adoecimento que pretendiam evitar: o sofrimento conduz à elaboração de estratégias defensivas, que apresentam o risco de alienação; essa favorece a situação que desencadeia o sofrimento, agravando-o, o que aumenta o risco de desencadear uma crise de identidade e um quadro de descompensação, que sinaliza o esgotamento da eficácia da estratégia de defesa. (Moraes, 2013, p. 155-156)

A mobilização subjetiva, por sua vez, vai envolver o engajamento de toda subjetividade, o envolvimento da inteligência e personalidade dos trabalhadores e trabalhadoras nas atividades de trabalho. Se baseia na relação contribuição/retribuição: o sujeito deseja que a organização do trabalho permita, lhe dê espaço e condições, para que ele contribua para o aperfeiçoamento de ambos. A mobilização subjetiva será importante para a identidade dos trabalhadores e trabalhadoras, pois o sujeito deseja, além de executar as tarefas e atingir os objetivos da organização de trabalho, deixar sua marca, ver sua contribuição (Duarte; Mendes, 2013).

Além disso, a mobilização subjetiva envolve a dinâmica do reconhecimento, que será possível através da cooperação e convivência do espaço público. Para que o sujeito possa transformar o sofrimento em prazer no trabalho, ele precisa que sua contribuição e sua atividade, a beleza e a utilidade de seu ofício, sejam avaliados e reconhecidos por seus pares e pela hierarquia (Duarte; Mendes, 2013).

Como abordado anteriormente neste texto, os relatos das participantes indicaram sofrimento gerados por diversos fatores, tais como as expectativas criadas sobre as mulheres trabalhadoras da enfermagem, a dinâmica de trabalho nos hospitais privados e na sociedade guiados por uma lógica da excelência, assim como a dificuldade na criação de laços e de um espaço de discussão com seus pares, a falta de reconhecimento, a dificuldade e/ou impossibilidade de exercer o cuidado diante das rígidas prescrições da organização de trabalho, a sobrecarga. As trabalhadoras trouxeram em seus relatos diferentes estratégias para lidar com o sofrimento que advém do trabalho.

As participantes da pesquisa indicaram adotar estratégias relacionadas a “viver o hoje”, tratar cada questão à medida que surge, ter autocontrole:

E é assim, a gente adquiriu lá uma frase que a gente diz uma pra outra, “vamos viver um dia de cada vez”. Por que não dá pra gente ficar pensando “meu Deus como vai ser no mês que vem?” Não, a gente tenta cumprir o dia e tentar fazer o melhor pra aquele dia, pra gente tentar, somando um pouquinho de cada vez, alcançar o que a gente tem que alcançar no final do mês. Mas é puxado, é estressante, é bem desafiador. (Entrevistada 2)

Ai, as vezes eu tento dizer assim “ah eu não vou resolver, vou deixar assim”. Mas eu não consigo, acabo me envolvendo. Mas eu acho que, desde semana retrasada, que eu tive um episódio de choro, que foi até lá mesmo, que eu me senti muito sobrecarregada, que assim, não dava mais pra mim, parece que... Sabe? Eu acho que eu ter me permitido de naquele momento de ter... Chorado, me aliviou e me deixou um pouco mais calma. E de ter visto que não é uma coisa que é só o meu ponto de vista, de outras pessoas também. Então, isso me deixa mais... Eu acho que é isso, ficar um pouco mais calma. E tentar passar a bola pra outra pessoa que saiba resolver. Acho que é isso. Tentar amenizar da melhor forma. (Entrevistada 5)

Mas aí depois dou um passinho pra trás, pra tentar reaver. Porque na enfermagem a gente tem muito disso, pelo menos eu atualmente, eu não tenho muita possibilidade... Teve uma amiga uma vez que disse assim “ah eu não sei como tu aguenta, eu já teria pedido demissão”. Mas eu não posso na minha realidade, eu não posso dizer assim “ah eu simplesmente vou pedir demissão” porque... É meu emprego. É a forma de sustento [da família], então... Então às vezes eu tenho que sentar e “calma!”, são dias e dias. Tem dias que eu amo e tem dias que eu fico “meu Deus do céu, quero sair daqui correndo”. (Entrevistada 6)

Olha, assim já passei por uns momentos de estresse muito complicados. [...] Mas assim, de chegar e... É por época mesmo. Agora eu tô num momento, umas semanas, que assim, eu chego estressada mas consigo me controlar. Autocontrole mesmo. (Entrevistada 8)

Algumas entrevistadas relataram que adotam estratégias relacionadas a priorizar-se, a estabelecer limites em relação às expectativas e demandas no contexto do trabalho nos hospitais:

Então aquilo dali, tem uma hora que te satura. Tu tem que pegar, parar e dizer “qual a prioridade, sou eu ou é o hospital?”. Eu quero fazer meu serviço direito, eu não quero sair dizendo que eu lesionei um paciente, que eu levei o paciente a óbito, nada. Porque isso vai acontecer, se eu tentar abraçar o mundo com as pernas. (Entrevistada 4)

Ó, eu sou muito direta, então quando eu acho que estão me atribuindo alguma coisa que não é minha, eu deixo os limites bem estabelecidos. Por quê? Enquanto enfermagem, talvez por se majoritariamente feminina, o enfermeiro precisa aprender a se impor, porque senão ele não tem respeito, nem dos colegas, nem dos próprios técnicos. Então se fulano está jogando pra mim uma atribuição que eu sei que não é minha, eu deixo claro. “Olha Fulano de tal, não é minha função. Você pode ligar pra tal ramal que fulano te orienta”. Pronto. (Entrevistada 7)

Eu digo pras outras enfermeiras, a gente passa plantão, que elas falam do livro pra preencher e tal, eu disse “gente eu preenchi isso no dia que disseram ‘a partir de hoje você tem que preencher com o nome das técnicas, o nome dos pacientes, qual técnica tal com quem’, no dia que orientaram eu fiz, depois disso, não fiz mais dia nenhum”. Ah é poque eu tô rebelde? Não, porque não dá tempo. Eu vejo assim que tem coisas mais importantes. [...] Então assim, é só uma burocracia a mais implementada né, que tem que ser feita, mas que é tanto estresse, é tanta coisa que eu “não, nesse momento pra mim não interessa”. (Entrevistada 8)

Apresentou-se como um relato frequente a busca por troca de emprego, saída dos hospitais ou mudança de área de atuação:

Mas assim, o que eu estou fazendo pra tentar? Tentando que tudo quanto é jeito tentar arrumar outro emprego, isso aí eu tô realmente bem focada nesse sentido. Seja estudando pra concurso que eu tô ultimamente estudando, procurando em outras instituições emprego por enquanto, enquanto concurso não dá certo. (Entrevistada 8)

É triste, assim... Eu estou satisfeita com essa decisão [sair do hospital]? Não, porque você estuda, você se capacita, você quer seguir a carreira dentro do que você está fazendo, né? E hoje eu tive que optar, porque o salário é ruim, a escala não ajuda, não é definido um plano de carreira, então eu não sei quais as expectativas que a empresa pode me oferecer, e aí eu fiz uma escolha. Não vale a pena, entendeu? Pela remuneração que a gente tem, pela escala que eu tenho, pela entrega que eu faço, eu enquanto profissional penso que eu preciso me valorizar também, não aceito ficar

nessas condições. Infelizmente, não são todas as pessoas que têm essa possibilidade.
(Entrevistada 9)

Houve ainda relatos associados a busca por de formas de repouso, descontração ou relaxamento fora do horário de trabalho no hospital:

E tem dia que realmente eu chego com uma carga emocional extremamente aflorada. Assim, tem dia que eu falo “meu Deus, eu só vou dormir se eu tomar uma caixa de vinho hoje”. Ou então tem dia que eu falo assim “meu Deus, eu quero ver qualquer coisa na televisão, menos coisa ruim”. Por exemplo, eu mudei muito perfil de filme, eu não gosto de ver tragédia, terror, eu tento não assistir porque eu falo “gente, já vejo muita coisa ruim durante o dia”. Então eu tento me blindar de outras coisas assim.
(Entrevistada 9)

A partir de seus estudos com trabalhadoras da enfermagem, Molinier (2004) aborda duas estratégias individuais típicas utilizadas pelas enfermeiras, o ativismo e a mudança. A pesquisadora afirma que o ativismo se trata de uma estratégia clássica do meio hospitalar, na qual “consiste em querer concluir sua tarefa integralmente, notadamente a não sacrificar a humanidade dos cuidados, sem contar suas horas de trabalho” (Molinier, 2004, p. 20). Essa estratégia, porém, traz a diminuição da vida pessoal e esgotamento profissional, e é mantida por um curto prazo. A mudança, por sua vez, vem geralmente após a pessoa concluir que não têm poder para modificar a situação de sofrimento no trabalho: “partir significa a recusa de se tornar cúmplice do sistema e a vontade, como dizem as chefes de enfermagem ‘de salvar sua pele’” (Molinier, 2004, p. 20).

A análise das entrevistas realizadas permitiu notar que as enfermeiras ocasionalmente utilizam em sua rotina, ou já utilizaram, estratégias ligadas ao ativismo como forma de manutenção do sentido do seu trabalho. Porém, constatando a permanência das dificuldades no exercício de sua profissão, passam a utilizar estratégias de defesa mais voltadas a troca de emprego, e/ou a “suportar” o ambiente de trabalho, enquanto essa mudança de colocação não se concretiza.

Notou-se que as enfermeiras percebem os constrangimentos gerados pelas organizações de trabalho em que atuam e os sofrimentos e consequências pessoais que advém deles, mas não tem espaço para ressignificar esse sofrimento, de forma que adotam estratégias voltadas a amenizar os sofrimentos advindos do trabalho, tais como ter autocontrole, priorizar-se, estabelecer limites ou ainda se distrair fora do trabalho.

É importante retomar um ponto abordado na seção anterior, que se refere às dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras no seu cotidiano, acerca das múltiplas jornadas de trabalho. Essas trabalhadoras, além de profissionais da enfermagem, são mulheres, mães, esposas e filhas, com jornadas de trabalho remunerado e não remunerado que se sobrepõe, o

que muitas vezes é fonte de sobrecarga, pressão, cobranças e cansaço. Acerca desse tema, Molinier (2004) afirma que o sofrimento gerado pela conciliação entre o trabalho de enfermagem e o trabalho reprodutivo é visto como um problema individual e não como uma dificuldade que poderia ser socializada e para qual poderia se buscar formas de superar coletivamente.

Um indicativo dessa realidade pode ser o dado de que as entrevistadas ouvidas nesta pesquisa não mencionaram grande estranheza pela responsabilidade no trabalho de cuidado fora do ambiente formal ser atribuído principalmente a elas. Notou-se que essa realidade é encarada com naturalidade e que não se percebe a sobrecarga gerada pelas múltiplas jornadas como uma questão social, ou que possa ter saídas a partir de soluções da organização de trabalho, mas que se trata sobretudo de uma questão individual que deve ser manejada pela trabalhadora. Acerca dessa questão, Molinier (2004, p. 21) afirma:

Portanto, não é a organização do trabalho que elas remetem em questão, mas a elas mesmas (ou àquelas que não conseguem). “Más profissionais” e “más mães” é “sua culpa”: elas erraram em querer fazer carreira. Esta personificação de suas dificuldades as conduz a ficarem sozinhas, no silêncio e na culpa, com inteira responsabilidade. (Molinier, 2004, p. 21)

Percebeu-se, a partir da análise dos discursos das enfermeiras participantes desta pesquisa, uma propensão maior à utilização de estratégias defensivas por parte das profissionais. Entende-se que a dinâmica do trabalho adotada pelos hospitais privados representa obstáculos para a mobilização subjetiva. Apesar de adotarem emblemas de liberdade e modernidade, as instituições privadas trazem grande ênfase na prescrição das tarefas, com adoção de rígidos protocolos, assim como equipes enxutas, ritmo de trabalho acelerado e sobrecarga, o que impede que as profissionais possam ter liberdade para agir, discutir e contribuir com a organização na busca por transformações efetivas em seus contextos de trabalho.

Recentemente, a relevância da atuação dos profissionais da área da saúde foi colocada em ênfase por sua atuação durante a pandemia do Covid-19, o que acendeu as discussões sobre a necessidade de valorização e reconhecimento desses profissionais. Dados revelaram que, entre abril de 2020 e abril de 2021, o Brasil teve 52. 277 casos de adoecimento por Covid-19 na enfermagem, com um número de 744 óbitos (COFEN, 2021).

A partir de grande mobilização dos profissionais da enfermagem, em agosto de 2022, foi sancionada a lei que estabeleceu o piso salarial para a categoria. No entanto, em seguida, foram lançadas discussões sobre o custeio da adequação salarial dos trabalhadores e o Supremo Tribunal Federal decidiu suspender os efeitos da nova lei. Até o momento, estão sendo

realizadas discussões entre entidades, com forte atuação dos profissionais da área, que seguem lutando pela conquista do piso salarial da categoria (COFEN, 2023).

A luta pela aprovação do piso salarial da enfermagem representa um movimento coletivo muito importante para a enfermagem e foi citado diversas vezes pelas participantes desta pesquisa como fonte de esperança em melhorias futuras para as problemáticas que percebem no exercício de sua profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a ideologia da excelência é um fenômeno social complexo que tem origens em transformações do sistema capitalista e da gestão do trabalho nas últimas décadas. Adotando ideias ligadas ao culto da performance, autoempreendedorismo e busca incessante por sucesso, a ideologia da excelência é uma lógica de pensamento disseminada atualmente nos mais diversos contextos sociais. Esta pesquisa buscou realizar uma análise das repercussões da ideologia da excelência nas vivências de enfermeiras que trabalham em hospitais privados, entendendo como essa ideologia influencia a vida dessas profissionais dentro e fora dos hospitais.

O estudo foi realizado com enfermeiras que atuam na cidade de São Luís, capital do Maranhão, e percebeu-se através dos relatos das participantes a presença marcante de redes hospitalares como administradoras dos hospitais privados da região. Notou-se que a administração dos hospitais privados segue uma lógica financeira mercadológica, advinda de contextos industriais/comerciais, que impacta a atividade dos profissionais que atuam nesses ambientes. Neste ponto, é importante chamar atenção para as problemáticas que envolvem adotar esse tipo de lógica estritamente financeira no contexto da área da saúde, pois os hospitais lidam com um tipo de trabalho que pode ser considerado imaterial por seu resultado estar ligado não a objetos concretos, mas a serviços que visam a saúde, a melhoria e cura dos assistidos.

Percebeu-se que o cotidiano das enfermeiras é repleto de sobrecarga, com uma rotina que combina responsabilidades dentro e fora dos hospitais. Notou-se que é comum que as enfermeiras tenham mais de um vínculo de trabalho para complementar sua remuneração, que o ritmo de trabalho dentro dos hospitais é intenso e acelerado, que há uma defasagem nas equipes (que as enfermeiras atribuem à administração financeira dos hospitais). Além disso, a necessidade de conciliar as funções do trabalho remunerado e não remunerado é fonte de cansaço para as trabalhadoras.

O trabalho de cuidado é um fator relevante na vida dessas trabalhadoras. Dentro dos hospitais, o trabalho de cuidado, a assistência que prestam para os pacientes e seus familiares está profundamente relacionada ao sentido do trabalho na enfermagem. Fora dos hospitais, as enfermeiras acumulam a função de cuidado com seus familiares e amigos. No entanto, constatou-se que o cuidado consigo mesmas é desprivilegiado: as trabalhadoras deixam em último plano a atenção para suas necessidades, e só o fazem em situações extremas como no caso de adoecimento.

As expectativas depositadas sobre as trabalhadoras da enfermagem e as constantes cobranças vivenciadas por essas profissionais são aspectos que devem ser destacados. As enfermeiras vivem em seu cotidiano um grande nível de cobrança para que alcancem as metas e resultados que representam os indicadores almejados pelos hospitais. Espera-se dessas profissionais que cumpram com perfeição as atividades demandadas, e que deem uma assistência de excelência para os pacientes e seus familiares, atendendo a seus pedidos e sendo fonte de conforto e apoio. Há a percepção de que a enfermagem deve atender a todas as solicitações dentro dos hospitais, mesmo aquelas que não fazem parte diretamente do escopo de suas funções. O convívio com outros profissionais é marcado pela percepção de desvalorização da função das enfermeiras no contexto hospitalar.

Compreende-se que essa realidade vivida pelas profissionais traz reflexos da construção histórica da profissão e da divisão sexual do trabalho. Sendo uma profissão formada inicialmente por mulheres, há cobranças de que adotem uma postura de bondade, disciplina, doação, caridade, associadas à figura feminina e materna. Tendo uma dominância da presença feminina até hoje, as atividades de cuidado realizadas pelas enfermeiras são percebidas como saberes “naturais” do feminino, sendo desvalorizadas em relação aos conhecimentos técnicos científicos do fazer masculino.

Esses fatores influenciam a dinâmica prazer-sofrimento experienciada por essas profissionais. Por meio dos relatos das entrevistadas constatou-se que são fontes de prazer no trabalho das enfermeiras o cuidado que dispõem aos pacientes, ver que seu trabalho faz parte da atenuação do sofrimento, da melhoria e da cura dos enfermos. Foi percebido que o apoio entre as profissionais, quando existe a possibilidade de falar umas com as outras sobre as questões enfrentadas no contexto de trabalho, é um fator que traz alívio e prazer. Porém, percebeu-se que algumas características da organização do trabalho nesses espaços representam dificuldades para a aproximação e formação de laços entre as trabalhadoras, tais como a rotatividade nas equipes e escalas, o ritmo acelerado de trabalho e a defasagem das equipes e consequente sobrecarga.

Verificou-se que o reconhecimento tem papel importante para o alcance do prazer no trabalho pelas enfermeiras. O reconhecimento por parte dos pacientes e seus familiares é percebido com mais frequência que o reconhecimento por parte das chefias do hospital, e é uma grande fonte de prazer para as profissionais. Os hospitais avaliam o desempenho dos profissionais através dos resultados dos indicadores ou por meio da contagem de elogios que os “clientes” deixam nos canais oficiais, o que muitas vezes aumenta a invisibilidade do

trabalho de cuidado da enfermagem, que não pode ser de todo apreendido objetivamente por meio dessas metrificações.

Diante do que já foi explanado, percebeu-se que são fontes de sofrimento para as profissionais da enfermagem a pressão no cotidiano, a necessidade de conciliação das atividades de trabalho remunerada e não-remuneradas, as expectativas e cobranças por excelência e a falta de reconhecimento. Além disso, constatou-se ainda que são fatores geradores de sofrimento as dificuldades em realizar o cuidado com os pacientes (frente às burocracias e prescrições do trabalho) e a sobrecarga que vivem essas profissionais. Foram percebidos indícios de elevado grau de sofrimento em alguns relatos, que podem ser fonte de adoecimento.

Para lidar com o sofrimento que advém do trabalho, verificou-se que as enfermeiras se utilizam privilegiadamente de estratégias defensivas individuais. Supõe-se que a utilização de estratégias de mobilização subjetiva é prejudicada por características da organização de trabalho já citadas, como grande ênfase nas prescrições, cobrança e pressão pelo alcance dos indicadores hospitalares, falta de reconhecimento, assim como a administração das equipes de forma que não seja favorecida a troca entre os pares.

A compreensão dos dados encontrados nesta pesquisa aponta para a necessidade de mudanças nas organizações de trabalho. Apesar da tendência à adoção de modelos de gestão gerencialistas, com adoção da lógica da excelência, é importante que os hospitais levem em consideração as particularidades do trabalho na área da saúde e atentem para a necessidade de manter quadros completos, ritmos de trabalho estáveis e expectativas realistas sobre o trabalho dos(as) profissionais.

É importante que sejam construídos ambientes favoráveis ao reconhecimento, às contribuições e às trocas entre os trabalhadores e trabalhadoras. Nesta pesquisa, foi notável a disposição das entrevistadas em participar para falar sobre as situações cotidianas, sobre as questões problemáticas que percebem em seu contexto de trabalho e sobre o que lhes aflige pessoalmente. As profissionais da enfermagem, que possuem um papel tão relevante dentro das organizações hospitalares, apresentam o desejo de trazer suas contribuições pessoais para o crescimento e melhoria dos serviços prestados. Não abrir espaços de escuta e contribuição indica sérios riscos de adoecimento para as profissionais, assim como pode trazer consequências negativas para o serviço prestado pelos hospitais.

Acredita-se ainda que é importante chamar atenção para as questões que envolvem a presença majoritariamente feminina na enfermagem. Entende-se que atentar para esse aspecto pode ser uma forma de compreender, para poder desnaturalizar e combater as desigualdades

percebidas na área que provém da construção histórica da profissão e da divisão sexual do trabalho.

Reitera-se que os relatos das participantes deste estudo sinalizaram a possibilidade de que a dinâmica de trabalho nos hospitais privados da região esteja provocando intenso sofrimento e influenciando o adoecimento das trabalhadoras. Não foram encontrados estudos que investiguem o tema do adoecimento nesse contexto, o que se julga muito importante, uma vez que essas ocorrências permanecerem conhecidas e sob controle apenas das próprias instituições impossibilita que a sociedade, as entidades de classe, o poder público, possam realizar cobranças na direção de trazer suporte e melhorias para as trabalhadoras da enfermagem.

Como assinalado na introdução, esta pesquisa não utilizou como critérios para escolha das participantes características como idade, estado civil e parentalidade, dessa forma, contou-se com a participação de profissionais com características bem distintas. Entende-se que a realização no futuro de estudos que adotem critérios mais específicos pode trazer uma maior acuracidade nos resultados para grupos específicos de trabalhadoras.

É preciso ressaltar também que a pesquisa foi realizada com profissionais que atuam em uma cidade apenas, de forma que podem ser encontrados resultados distintos, ou complementares, caso seja aplicada em regiões diferentes do país.

Esta pesquisa também não trouxe exigências para amostra com relação ao setor de trabalho (como emergência, clínica médica, oncologia, uti...), ao regime de escala seguido pelas trabalhadoras. Existem estudos na literatura que versa sobre o prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem (Mass *et al*, 2022; Pimenta *et al*, 2020; Miorin *et al*, 2018) que demonstram indícios de consequências específicas para a dinâmica prazer-sofrimento desses setores de atuação dos enfermeiros e enfermeiras dentro dos hospitais, o que também pode ser objeto de pesquisas futuras.

Percebeu-se uma escassez de pesquisas que considerem a realidade de trabalho dos profissionais da enfermagem nos hospitais privados e em redes hospitalares, ambientes de trabalho que carregam fortemente marcas do gerencialismo e da ideologia da excelência. Do mesmo modo, não foram encontrados estudos que tratem do trabalho da enfermagem no contexto dos hospitais privados e que considere as particularidades do trabalho feminino. Assim, ressalta-se a contribuição da presente pesquisa para as análises em Psicologia do trabalho e em Psicodinâmica do trabalho feminino.

REFERÊNCIAS

- AMANTE, Lúcia Nazareth; PADILHA, Maria Itayra; PERES, Maria Angélica de Almeida; GELBCKE, Francine Lima; MAIA, Ana Rosete; ANDERS, Jane Cristina; BENEDET, Silvana Alves. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da Idade Contemporânea (século XIX). In: **Enfermagem: história de uma profissão** Maria Itayra Padilha; Miriam Süsskind Borensteins; Iraci dos Santos (Orgs.) – São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2015. Cap. 4. p. 152-179
- ANJOS, Felipe Burle dos. Organização do trabalho. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 267-274.
- ALVES, Giovanni. Toyotismo e subjetividade: as formas de desefetivação do trabalho vivo no capitalismo global. **ORG & DEMO**, Marília, v. 7, n. 1, p. 89-107, 2006.
- ANDRADE, Daniel Pereira. As fissuras do horizonte: utopia, a despeito da nebulosa neoliberal. In: PADILHA, Valquíria (Org.). **Antimanual de gestão: Desconstruindo os discursos do management**. São Paulo: Ideias & Letras, 2015. Cap. 11. p. 355-386.
- ANTLOGA, Carla Sabrina; MONTEIRO, Renata Monteiro; MAIA, Marina Maia; PORTO, Manuella; MACIEL, Marcella Maciel. Trabalho Feminino: Uma Revisão Sistemática da Literatura em Psicodinâmica do Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 36, n. 36, 2020.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005. 261 p.
- BARRETTO, Raquel Silva; MONTEIRO, Laís de Souza. Maternidade, trabalho e temporalidade: diálogos relevantes na Covid-19. SOUTO-MARCHAND, Andreia Silva de (Orgs.) **Mulheres Cientistas e os desafios pandêmicos da maternidade**, volume 1: Artigos produzidos durante a Pandemia de Covid19 em 2020 [recurso eletrônico] / Andreia Silva de Souto-Marchand; Elisandra Galvão; Morgana Fernandes (Orgs.) – Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020. p. 26-35.
- BARROS, Suzane Carvalho da Vitória; MOURÃO, Luciana. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. **Psicologia & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 30, p. 1-10, 2018.
- BARROS, Amanda Reis de; RODRIGUES, Luciana Miranda. O exercício profissional de enfermagem e as principais causas de adoecimento laboral: uma revisão integrativa. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 6, n. 18, p. 12–25, 2016.
- BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves; RIBAS, Doroteia Loes; PEREIRA, Valdete Prevê; PADILHA, Maria Itayra; BORESTEIN, Miriam Süsskin; FERREIRA, Aline Coelho. As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. In: **Enfermagem: história de uma profissão** Maria Itayra Padilha; Miriam Süsskind Borensteins; Iraci dos Santos (Orgs.) – São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2015. Cap. 1. p. 39-78

BENTO, Cida; SANTOS, Giselle dos Anjos. Mulheres negras e o mercado de trabalho no Brasil. In: ANTLOGA, Carla Sabrina; MAIA, Marina; SANTOS, Noemia de Moraes. **Trabalho Feminino: desafios e perspectivas no Brasil**. Curitiba: Appris, 2021. Cap. 4. p. 67-81

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44, 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 2/2021**. Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf>. Acesso em 28 nov 2021.

BRITO, Jussara Cruz de; NEVES, Mary Yale; OLIVEIRA, Simone Santos; ROTENBERG, Lucia. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 316-329, 2012.

CALGARO, José Claudio Caldas. Gerencialismo. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 179-184.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-193. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 6, p. 167-177, mar. 2012.

CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova; MIRANDA, Cristina Maria Loyola. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 339-348, jul./set. 1999.

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, jan. 2016.

CARRASQUEIRA, Flora; MOARES, Rafaela Mayer de; SOBOLL, Lis Andrea. Desejo de Carreira, Flexibilidade e Engajamento: o Perfil do Trabalhador de Sucesso na Cultura do Management. In: SOBOLL, Lis Andrea; FERRAZ, Deise Luiza da Silva (Org.). **Gestão de Pessoas: Armadilhas da organização do trabalho**. São Paulo: Atlas S.a., 2014. Cap. 10. p. 216-232.

CASADORE, Marcos Mariani. Psicodinâmica do trabalho. In: SCHMIDT, Maria Lúcia Gava. **Dicionário temático de saúde/doença mental no trabalho: principais conceitos e terminologias**. São Paulo: FiloCzar, 2020. p. 344-346.

CHANLAT, Jean-François. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Orgs.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 2008. 118 p.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Observatório da Enfermagem. Profissionais infectados com Covid-19 informado pelo serviço de saúde. Brasília (DF): COFEN; 2021. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Aplicação do Piso da Enfermagem encontra resistências no setor público e privado**. 2023. Disponível em: <http://https://www.cofen.gov.br/aplicacao-do-piso-da-enfermagem-encontra-resistencia-no-setor-publico-e-privado/>. Acesso em: 03 out. 2023.

COSTA, Sérgio Henrique Barroca. Trabalho prescrito e trabalho real. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 467-472.

DANTAS, Gisele. Gênero e Psicodinâmica do Trabalho: subjetividade, mulheres e trabalho. In: ANTLOGA, Carla Sabrina; MAIA, Marina; SANTOS, Noemia de Moraes (org.). **Trabalho Feminino: desafios e perspectivas no Brasil**. Curitiba: Appris, 2021. p. 141-172.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. L.], v. 14, n. 54, p. 7-11, abr. 1985.

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

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fgv, 2007.

DEJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2011. 512p.

DEJOURS, Christophe. **Trabalho Vivo: Trabalho e Emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012. 222p.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2015. 512p.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a pesquisa e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 1. p. 15-41. Tradução de Sandra Regina

DUARTE, Fernanda Sousa; MENDES, Ana Magnolia. Mobilização subjetiva. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 351-356.

ELIAS, Elayne Arantes; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; VIEIRA, Letícia Becker. Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 3, n. 18, p. 415-420, set. 2014.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984. 215 p.

FACAS, Emilio Peres. Sociedade da Performance e a falácia da liberdade no discurso neoliberal. In: **Psicopolítica e psicopatologia do trabalho** Fernanda Sousa-Duarte; Ana Magnólia Mendes; Emílio Peres Facas (Orgs.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.

Brasileira de Hospitais (FBH). Cenário dos Hospitais no Brasil. Brasília (DF): FHB; 2022. Disponível em: <https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2022/07/FBH-CENARIOS-2022.pdf>

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017. 464 p.

FERREIRA, João Batista. O real do trabalho. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 343-350.

FERREIRA, Gímerson Erick; SANTOS, Edemilson Pichek dos; DUARTE, Érica Rosalba Mallmann; COSTA, Antonio Carlos Silva. Perspectivas de enfermeiros da rede hospitalar privada acerca da gestão de pessoas: análise da psicodinâmica do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, p. 1-15, out./dez. 2017.

GAULEJAC, Vincent de. Tradução: Ivo Storniolo. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2007. 338 p.

FERNANDES, Josicelia Dumet; FERNANDES, Silvia Lucia; ALBERGARIA, Aurenice Karine; CONCEIÇÃO, Flavia Matos da. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2002.

FIGUEIREDO, Vanessa Catherina Neumann. Escuta clínica da servidão: em pauta o sofrimento de mulheres desempregadas. In: **Psicopolítica e psicopatologia do trabalho** Fernanda Sousa-Duarte; Ana Magnólia Mendes; Emílio Peres Facas (Orgs.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020

FIGUEIREDO, Jussara Moore de; ALEVATO, Hilda Maria Rodrigues. **A visão de prazer e sofrimento da psicodinâmica do trabalho ante a precarização e a intensificação do trabalho**: Breve Reflexão. 2013. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_180_026_23218.pdf. Acesso em: 20 junho 2022.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, vol. 35, n. 122, p. 229-248, jan. 2010.

GHIZONI, Lilian Deisy. Cooperação. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 99-102.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, Fernanda. **Maior rede privada de hospitais do país, Rede D'Or chega à B3 valendo R\$ 113 bi**. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/maior-rede-privada-de-hospitais-do-pais-rede-dor-chega-a-b3-valendo/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

GURGEL, Claudio. O papel da ideologia nas teorias organizacionais. In: PADILHA, Valquíria (Org.). **Antimanual de gestão: Desconstruindo os discursos do management**. São Paulo: Ideias & Letras, 2015. Cap. 1. p. 23-58.

HAN, Byung-Chul. Tradução: Enio Paulo Giachini. **A sociedade do cansaço**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015. 53 p.

HIRATA, Helena. Relações sociais de sexo e do trabalho: contribuição à discussão sobre o conceito de trabalho. **Aberto**, Brasília, v. 15, n. 65, p. 39-49. 1995.

HIRATA, H. Trabalho doméstico: uma servidão “voluntária”? In: GODINHO, T.; SILVEIRA, M.L. (orgs.). **Políticas Públicas e Igualdade de Gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004, p.43-54.

HIRATA, Helena. Globalização, trabalho e gênero. **Revista de políticas públicas**, [S.l.], vol. 9, n. 1, p. 111-128, jul./dez. 2005.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (Org.). **Cuidado Trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: Cadernos Sempre Viva, 2010. p. 42-56.

HIRATA, Helena. Gênero, patriarcado, trabalho e classe. **Revista Trabalho necessário**, [S.l.], n. 29, p. 14-27, 2018.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. Novas Configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, [S.l.], vol. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

HOSPITAIS privados registram crescimento de EBITDA. 2021. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/ebitda-hospitais-privados/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

ITUASSU, Cristiana Trindade; TONELLI, Maria José. Sucesso, mídia de negócios e a cultura do management no Brasil. **Cadernos Ebape.Br**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 86-111, jan./mar. 2014.

JOST, Rossana; FERNANDES, Bruna; SOBOLL, Lis Andrea. A subjetividade do trabalhador nos diferentes modelos de gestão. In: SOBOLL, Lis Andrea; FERRAZ, Deise Luiza da Silva (Org.). **Gestão de Pessoas: Armadilhas da organização do trabalho**. São Paulo: Atlas S.a., 2014. Cap. 3. p. 39-66.

KHOERICH, Ana Maria Espíndola; COSTA, Elaine; COELHO, Eugênia da Silva Machado; COSTA, Roberta; BORESTEIN, Miriam Süsskin; CARVALHO, Juliana Bonetti de Carvalho. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da Idade Moderna: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In: **Enfermagem: história de uma profissão** Maria Iatra Padilha; Miriam Süsskind Borensteins; Iraci dos Santos (Orgs.) – São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2015. Cap. 3. p. 114-144

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 403-410, ago. 2006.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado**: história da opressão das mulheres pelos homens. São Paulo: Cultrix, 2019. 375 p.

LIMA, Suzana Canez da Cruz. Reconhecimento do trabalho. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 351-356.

LIMA, Suzana Canez da Cruz. Coletivo de trabalho. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013b. p. 93-98.

LINHART, Daniele. Modernização e precarização da vida no trabalho. In ANTUNES, R. (org), **Riqueza e Miséria do Trabalho**, vol III. São Paulo: Ed. Boitempo, 2014.p.45-54.

LINS, Sylvie Delacours. O custo da excelência. **Educação em Debate**, Fortaleza, v. 2, n. 38, p. 178-185, jan. 1999.

MACHADO; Maria Helena. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017.

MACHADO, Lúcio de Souza. Psicodinâmica do trabalho: uma teoria em construção. In: MACHADO, Lúcio de Souza; MACEDO, Kátia Barbosa (org.). **As relações de trabalho em tempos de crise**: o olhar da psicodinâmica do trabalho. Curitiba: CRV, 2022. Cap. 1. p. 21-62.

MACHADO, Ana Claudia Almeida; FACAS, Emílio Peres. Sofrimento criativo no trabalho. In: SCHMIDT, Maria Lúcia Gava. **Dicionário temático de saúde/doença mental no trabalho**: principais conceitos e terminologias. São Paulo: FiloCzar, 2020. p. 405-407.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica dejouriana. **Rev Esc Enferm Usp**, [s. l], v. 4, n. 44, p. 1107-1111, jan. 2010.

MASS, Suéllen Fortes de Lima Santos; CENTENARO, Alexa Pupiar Flores Coelho; SANTOS, Arlúni Fátima dos; ANDRADE, Andressa de; FRANCO, Gianfábio Pimentel; COSENTINO, Susane Flôres. Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 20210007, p. 1-9, jan. 2022.

MATTOS, Cristiane Brum Marques de; SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes dal Castel. "Excelência e produtividade": novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 322-331, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p322>.

MENDES, Ana Magnólia. **Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho**: as contribuições de C. Dejours. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v15n1-3/09.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2022.

MENDES, Ana Magnólia (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, métodos e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 272 p.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 1105-1119, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018180365>.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; MAGNUS, Cláudia de Negreiros. Espaço público de discussão. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 147-152.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LAPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], vol. 19, n. 1, p. 61-68, jan./abr. 2007.

MIORIN, Jeanini Dalcol; CAMPONOGARA, Silviamar; PINNO, Camila; BECK, Carmem Lúcia Colomé; COSTA, Valdecir; FREITAS, Etiane de Oliveira. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. **Texto Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 2, n. 27, p. 1-9, jan. 2018

MOLINIER, Pascale. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo: um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. **Revista Produção**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 014-026, 2004.

MOLINIER, Pascale. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, [S.l.], vol. 33, n. 118, p. 06-16, 2008.

MORAES, Rosângela Dutra de. Estratégias defensivas. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 153-158.

MORAES, Carolina Rezende; SANTANA, Raquel Leite da Silva. Trabalhos remunerados de cuidado: interfaces entre divisão sexual e racial do trabalho sob o paradigma neoliberal brasileiro. In: ANTLOGA, Carla Sabrina; MAIA, Marina; SANTOS, Noemia de Moraes (org.). **Trabalho Feminino**: desafios e perspectivas no brasil. Curitiba: Appris, 2021. p. 173-195.

NASCIMENTO, Sara Diniz. Neoliberalismo e trabalhadoras: precarização do trabalho feminino. In: ANTLOGA, Carla Sabrina; MAIA, Marina; SANTOS, Noemia de Moraes. **Trabalho Feminino**: desafios e perspectivas no brasil. Curitiba: Appris, 2021. Cap. 4. p. 67-81

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea04.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2022.

NEVES, Magda de Almeida. Anotações sobre trabalho e gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Belo Horizonte, v. 43, n. 149, p. 404-421, 2013. Quadrimestral.

NOGUEIRA, Kleiton Wagner Alves da Silva. Gerencialismo e Saúde Pública: análise do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde (pmaq-ab). In: 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 20., 2021, Belém. **Anais [...]**. Belem: Sbs, 2021. p. 1-20

NOGUEIRA, Claudia Mazzei; PESTANA, Bárbara Militelo; RODRIGUES, Guilherme dos Santos Dias. As relações sociais de gênero e a divisão sociosexual do trabalho. In: ANTLOGA, Carla Sabrina; MAIA, Marina; SANTOS, Noemia de Moraes (org.). **Trabalho Feminino: desafios e perspectivas no brasil**. Curitiba: Appris, 2021. p. 31-43.

OCUPAÇÃO de leitos faz Rede D'Or ter lucro líquido no 2º trimestre. 2021. Disponível em: <https://monitormercantil.com.br/ocupacao-de-leitos-faz-rede-dor-ter-lucro-liquido-no-2o-trimestre/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. Trabalho prescrito e trabalho real. In: SCHMIDT, Maria Lúcia Gava. **Dicionário temático de saúde/doença mental no trabalho: principais conceitos e terminologias**. São Paulo: FiloCzar, 2020. p. 438-440.

OLIVEIRA, Raquel Fátima de; LIMA, Gilberto Gonçalves de; VILELA, Glaucia de Sousa. Incidência da Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro- Oeste Mineiro**, [S.L.], v. 7, n. 8, p. 327-345, jul. 2017.

PADILHA, Valquíria (Org.). Capitalismo, modelos de gestão e assédio moral no trabalho. In: PADILHA, Valquíria (Org.). **Antimanual de gestão: Desconstruindo os discursos do management**. São Paulo: Ideias & Letras, 2015. Cap. 4. p. 127-157.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 58, p. 723-726, dez. 2005.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; VAGHETTI, Helena Heidtmann; BRODERSEN, Gladys. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr. 2006.

PEREIRA, Raissa Nayara Mota. **Modo de gestão da excelência: possíveis impactos sobre o prazer e sofrimento no trabalho**. 77f. Monografia (Graduação) – Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

PERES, Maria Angélica de Almeida. Centenário da Missão Parsons no Brasil (1921-2021). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1-2, set. 2021.

PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes; BEZERRA, Thaíse Alves; MARTINS, Kaisy Pereira; COSTA, Tatiana Ferreira da; VIANA, Lia Raquel de Carvalho; COSTA, Marta Miriam Lopes; COSTA, Kátia Neyla de Freitas Macedo. Prazer e sofrimento entre enfermeiros do contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 2, n. 73, p. 1-8, jan. 2020.

POCHMANN, Marcio. **O emprego na globalização**: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo, 2001.

RIZÉRIO, Lara. **Mater Dei**: compra da maior rede privada de hospitais da região norte é passo importante para companhia, dizem analistas²⁰²¹. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/mercados/mater-dei-compra-da-maior-rede-privada-de-hospitais-da-regiao-norte-e-passo-importante-para-companhia-dizem-analistas/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade. Petrópolis: Vozes, 1986. 384 p.

SANTO, Tiago Braga do Espirito; OGUISSO, Taka; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita do final do século XIX: uma análise de gênero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 1-7, ser./out. 2011.

SANTOS, Valéria Joaquim de Oliveira; COSTA, Jessica Gonçalves da; BRANDÃO, Fagner Alves Moreira; MORAES FILHO, Iel Marciano de. Mudanças de paradigmas realizados por mulheres negras na enfermagem. **Revista**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 276-282, out. 2022.
SILVA, Thálita Cavalcanti Menezes da; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; VIEIRA, Luciana Leila Fontes. Família, trabalho, identidades de gênero. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 151-159, 2010. Trimestral.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In R. Mendes (Org.), **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 64-98.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. L.], p. 156-160, abr. 2005.

SOBOLL, Lis Andrea Pereira; HORST, Ana Carolina. Ideologia da Excelência. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 225-230.

TONINI, Nelsi Salete; FLEMING, Silvia Falleiros. História de Enfermagem: evolução e pesquisa. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v. 6, n. 3, p. 131-134, set./dez. 2002.

TORRES, Amélia Romana Almeida; CHAGAS, Maristela Inês Osawa; MOREIRA, Andrea Carvalho Araújo; BARRETTO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; RODRIGUES, Eryka Maria. O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. In: **S a n a r e**, Sobral, v.10, n.1, p.42-48, jan./jun. 2011.

TRAESEL, Elisete Soares; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **PSICO**, Porto Alegre, vol. 40, n. 1, p. 202-109, jan./mar. 2009.

TRAESEL, Elisete Soares; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 126, p. 40-55, 2011.

VAGHETTI, Helena Hedtmann; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters; ZYTKUEWISZ, Gabriela Venier; PADILHA, Maria Itayra; BORESTEIN, Miriam Süsskin; TEODOSIO, Sheila Saint-Clair da Silva. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da Idade Média: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In: **Enfermagem: história de uma profissão** Maria Iatra Padilha; Miriam Süsskind Borensteins; Iraci dos Santos (Orgs.) – São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2015. Cap. 2. p. 86-107

VEGRO, Thamiris Cavazzani; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; CAMELO, Silvia Helena Henriques; GARCIA, Alessandra Bassalobre. Cultura organizacional de um hospital privado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 2-6, jun. 2016.

WIGGERS, Eliana; DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli. DISCORRENDO SOBRE OS PERÍODOS PRÉ E PÓS FLORENCE NIGHTINGALE: a enfermagem e sua historicidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 58-61, dez. 2020.

ZANELLO, Valeska; ANTLOGA, Carla; PFEIFFER-FLORES, Eileen; RICHWIN, Iara Flor. Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.30, n.2, p.1-12, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

Qual sua idade? _____

Como você se autodeclara?

☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena

Estado civil:

☐ Solteira ☐ Divorciada ☐ Casada ☐ União estável ☐ Viúva

Tem filhos? Se sim, quantos?

☐ Não

☐ Sim _____

Qual é o seu nível de formação?

☐ Superior Completo

☐ Pós-graduação lato sensu

☐ Mestrado

☐ Doutorado

Sua renda mensal aproximada é de:

☐ De 1 a 3 salários mínimos

☐ De 3 a 5 salários mínimos

☐ De 5 a 7 salários mínimos

☐ Acima de 7 salários mínimos

Há quanto tempo trabalha no hospital privado em que está atualmente? _____

Você tem mais de um vínculo de trabalho? De que tipo?

☐ Não

☐ Sim, possuo mais de um vínculo formal, na área de enfermagem _____

☐ Sim, possuo mais de um vínculo formal, em outra área _____

☐ Sim, possuo outro vínculo de trabalho informal

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturado

1. Conte sobre a sua trajetória profissional.
2. Conte me sobre a sua vida, de seu cotidiano como mulher (mãe/esposa/etc) e trabalhadora de enfermagem. (*Como é sua rotina de trabalho no hospital? E fora do hospital, como é sua rotina?*)
3. O trabalho que você realiza no hospital envolve metas? Você pode falar mais sobre isso?
4. Em alguma situação, você já sentiu que foi estipulado a você ou a sua equipe uma meta muito difícil de ser cumprida?
5. Em alguma situação, você já sentiu que havia expectativas distintas para homens e mulheres no seu trabalho? Como você lida/lidou com isso? (*Em alguma situação percebeu que era esperado de você coisas que não eram esperadas de seus colegas homens?*)
6. De acordo com a sua experiência, quais as maiores cobranças que você percebe por você ser uma mulher que trabalha na enfermagem?
7. Como mulher e enfermeira, em que situações você se sente mais pressionada na sua rotina? Como você enfrenta esses momentos? (*Rotina dentro e fora do trabalho*)
8. Ao longo da sua trajetória, você já sentiu em algum momento uma cobrança (externa ou interna) de que você precisaria ser uma mulher/mãe/esposa e trabalhadora excelente? Como foi pra você?
9. A enfermagem é uma profissão muito ligada ao trabalho de cuidado. Como é pra você atuar com esse âmbito da profissão? E na sua vida fora do hospital, você também se sente responsável pelo cuidado de outras pessoas (*ex: família, amigos*)? Você tem esse cuidado consigo mesma?
10. Quais as situações mais prazerosas que você viveu/vive no seu trabalho?
11. Em sua opinião, quais são os maiores desafios na sua rotina de trabalho? (E como você lida com eles)
12. Como é sua relação com os seus colegas? E com o seu gestor?
13. Você já viveu alguma situação de competição no trabalho? Como foi?
14. Você se sente reconhecida pelo seu trabalho? Há algum aspecto do seu trabalho que você acha que deveria ser mais valorizado?
15. De acordo com sua percepção, alguma situação que você passou no seu trabalho já repercutiu em sua vida fora do trabalho, na sua saúde ou em sua relação com família e amigos?
16. Você gostaria de falar algo mais?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CCH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PESQUISA: Trabalho feminino e ideologia da excelência: vivências de enfermeiras em hospitais privados de São Luís - MA

PESQUISADORA: Raíssa Nayara Mota Pereira Costa

ORIENTADORA: Profa. Dra. Carla Vaz dos Santos Ribeiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Trabalho feminino e ideologia da excelência: vivências de enfermeiras em hospitais privados de São Luís - MA”. Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar as repercussões da ideologia da excelência nas vivências de enfermeiras que trabalham em hospitais privados da cidade de São Luís-MA. O convite à sua participação se deve à sua condição de enfermeira atuante em hospital privado na cidade de São Luís- MA.

Caso concorde, você participará de uma entrevista na qual serão utilizados um questionário de perfil sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturado com questões abertas. A entrevista será gravada para que, posteriormente, possa ser transcrita e analisada pela pesquisadora. Enfatiza-se o caráter confidencial de sua participação, assegurando que o seu anonimato será preservado. As informações coletadas serão utilizadas em produções científicas, como dissertação, artigos científicos e ensaios teóricos, resguardando sempre a identidade dos participantes.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa estão em conformidade com as normas éticas referentes à pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes Éticas de Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 466/12 e nº 510/16. Assim, não implicarão riscos ou danos à sua imagem, integridade física, psicológica ou dignidade humana. No entanto, há a possibilidade de cansaço ao responder as perguntas ou contato com sentimentos angustiantes ao relembrar vivências. Caso alguma dessas situações aconteça, faça uma pausa ou encerre a atividade. Ao longo da pesquisa você terá direito a auxílio da pesquisadora a qualquer momento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Cabe ressaltar, que

sua participação neste estudo é absolutamente voluntária, a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo para você.

Considerando os itens acima expostos, eu, de maneira livre e esclarecida, expresso o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Em _____, ____/____/____

Contato da pesquisadora: Raíssa Nayara Mota Pereira Costa

E-mail: raissa.nayara@discente.ufma.br

Telefone para contato: (61) 992044668