

Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de Enfermagem na prática hospitalar

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Marcia Tereza Luz Lisboa

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar as principais estratégias coletivas de defesa elaboradas pelas trabalhadoras de Enfermagem ao cuidarem de pacientes em unidades de internação clínica e cirúrgica. A análise dessas estratégias possibilitou evidenciar o desgaste e o sofrimento psíquico vivenciados por essas trabalhadoras em decorrência da rígida organização do trabalho, das más condições laborais e do processo de trabalho múltiplo, complexo e pouco articulado, característico do contexto hospitalar, conduzindo-as, então, à elaboração de estratégias defensivas na tentativa de preservarem-se de adoecimentos físicos e mentais. Os estudos de Christophe Dejours, pioneiro na investigação dos fenômenos relacionados à psicodinâmica do trabalho, orientaram esta abordagem, ocupando ainda lugar de destaque na discussão acerca do tema. Além disso, estudos como de Ana Pitta e de Marcia Tereza Luz Lisboa, entre outros, nortearam as reflexões referentes ao trabalho hospitalar em geral e o da equipe de Enfermagem em particular.

Palavras-chave: Trabalho. Organização. Saúde Ocupacional. Enfermagem Ocupacional. Trabalho Feminino.

Introdução

O hospital tem como tarefa primária assumir os cuidados com as pessoas doentes que não podem ser tratadas em suas residências. Na responsabilidade pelo desempenho dessa tarefa de cuidar reside o trabalho da Enfermagem. Esse trabalho é múltiplo e complexo, abrangendo uma série de serviços e de atividades que colocam as trabalhadoras de enfermagem diante de inúmeros desafios, os quais, segundo Lisboa (1998), envolvem lutas diárias; partilhas de decisões com relação aos cuidados oferecidos aos clientes em termos de estabelecimento de prioridades; divisão de tarefas e de escalas; ne-

cessidade constante de atualização e de treinamento a fim de acompanhar os avanços tecnológicos, entre outros aspectos reveladores da complexidade desse tipo de trabalho. Por outro lado, há de se considerar o caráter pouco articulado entre as várias equipes que compõem o trabalho hospitalar, destacado por Machado e Correa (2000), conseqüência não só da diferenciação e da hierarquia entre os grupos profissionais envolvidos no processamento dos cuidados em saúde, como também, do próprio discurso médico-hospitalar dominante sobre partes do corpo, que torna o trabalho no con-

texto hospitalar fonte de sofrimentos e desgastes físicos e psíquicos.

Devido a tais características, o trabalho hospitalar, principalmente o prestado em unidade de internação tanto clínica quanto cirúrgica, traz em seu bojo uma organização que imobiliza a criatividade das trabalhadoras de enfermagem, limitando sua participação e controle no processo produtivo. Tal organização de trabalho, concebida de forma rígida, confusa e autoritária, resulta em intenso sofrimento psíquico, que, em última instância, conduz ao adoecimento físico e mental. Por conseguinte, e a fim de evitar o sofrimento psíquico e o adoecimento, a equipe de enfermagem elabora estratégias coletivas de defesa na tentativa de preservar suas economias psicossomáticas¹ (DEJOURS, 1994).

Essas observações nos estimularam a analisar as estratégias coletivas de defesa elaboradas pela trabalhadoras de Enfermagem no sentido de se manterem adaptadas às condições do meio. Assim, nossa proposta é elaborar uma reflexão teórica acerca dos fatores que, decorrentes da organização e processo de trabalho hospitalar, geram sofrimento psíquico na equipe de Enfermagem, podendo determinar a perda do estado de saúde, e, por isso mesmo, conduzindo a equipe à construção de estratégias defensivas para preservar sua economia psicossomática. O termo trabalhadoras, usado no feminino, foi o escolhido devido ao grande percentual de mulheres na equipe de enfermagem.

0 sofrimento: entre a saúde e a doença

A saúde deve ser analisada como algo subjetivo e dinâmico. O sentimento de julgar-se sadio ou doente passa pela percepção de cada

indivíduo do que é sentir-se bem ou mal em sua relação com o meio. Esse enfoque é defendido por Canguilhem (2000), para quem os mecanismos utilizados pelas pessoas para lidar com as infidelidades do meio desempenham importante papel no processo de caracterização da saúde ou da doença. Segundo ele, tais infidelidades são todas as situações de vida que requerem processos de acomodação harmoniosa dos indivíduos a si mesmos e ao contexto no qual estão inseridos (CAPONI, 1997). A saúde, nessa visão, traduz-se na luta de adaptação às condições do meio, a qual não deve ser entendida como submissão, mas utilização de dispositivos e potencialidades para o alcance das satisfações básicas do indivíduo, numa interação permanente que busca modificar o desagradável ou inútil à procura das condições ideais de vida (ALEVATO, 1999).

A subjetividade e o caráter dinâmico do conceito de saúde são reforçados por Boff (1999), ao analisar o cuidado como uma dimensão da natureza humana:

Saúde e cura designam o processo de adaptação e de integração das mais diversas situações, nas quais se dá a saúde, a doença, o sofrimento, a recuperação, (...) Saúde, portanto, não é um estado nem um ato existencial, mas uma atitude face as várias situações que podem ser doentias ou sãs (BOFF, 1999, p.144).

A necessidade de saúde não é idêntica entre as pessoas, por isso ela é subjetiva e dinâmica, e mantém relação direta com as aspirações de cada um, distanciando-se, assim, da conhecida definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual a saúde é um estado de equilíbrio, de bem-estar total, corporal, espiritual e social, que nivela todas as pessoas a partir de uma ótica limitada, e que

desconsidera as diferenças culturais, políticas, econômicas, sociais, individualizadoras dos seres humanos.

No contexto do trabalho hospitalar, existem várias situações que podem ser associadas a infidelidades do meio e que têm grande potencialidade para alterar a economia psicossomática das trabalhadoras. Tais situações caracterizam condições que podem gerar doenças, caso as pessoas que as vivenciem não consigam se adaptar. Dessas necessidades adaptativas, emerge o sofrimento, constituindo-se em campo intermediário, que separa a saúde da doença.

Segundo Dejours et al. (1994), o sofrimento é inevitável e permeia todas as dimensões do cenário da vida, com raízes na história de cada indivíduo. No âmbito da relação saúde-trabalho, o sofrimento constitui objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho, e surge do choque entre a história individual dos trabalhadores, que são portadores de projetos e desejos, e a organização do trabalho, que não permite a realização dessas aspirações. A organização do trabalho corresponde à divisão do trabalho, ao sistema hierárquico, às relações de poder. É dela que deriva o conteúdo da tarefa que o trabalhador deverá executar (DEJOURS, 1994).

O sofrimento que altera a economia psicossomática do indivíduo e interfere na saúde do trabalhador origina-se de uma organização de trabalho fragmentada, pouco racional e autoritária, conforme verifica-se no trabalho hospitalar, já citado anteriormente. Isso resulta na não expressão do ser humano, tolhendo processos criativos e a capacidade de julgamento e de decisão, conduzindo, em última instância, à alienação, ao medo, à angústia, à ansiedade e ao tédio, podendo ainda causar até o adoecimento físico e mental (Dejours, 1992).

O surgimento das estratégias defensivas

O sofrimento suscita defesas que conduzem à elaboração de estratégias defensivas, e essas, por sua vez, levam a modificações, transformações e, em geral, à eufemização da percepção que as pessoas têm da realidade que as faz sofrer. Elas objetivam mascarar, conter e ocultar um sofrimento. Dessa forma, as defesas configuram uma forma de adaptação às pressões do meio.

As estratégias de defesa são elaboradas individual e coletivamente. O sofrimento, o prazer, as aspirações e os desejos são vivências subjetivas. Elas remetem ao sujeito singular, portador de uma história e de uma experiência única, sentida de forma própria. Assim, cada indivíduo, ao vivenciar determinado sofrimento, constrói seus mecanismos de defesa, que, no plano individual, apresentam tentativas de adaptação da melhor maneira possível às condições do meio. Em situações coletivas, como nas relações de trabalho, cada sujeito, vivendo individualmente um sofrimento próprio, é capaz de unir esforços com seus pares juntos, para elaborarem estratégias coletivas de defesa.

A diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim, de condições externas. (DEJOURS et al., 1994, p.128-129).

Segundo Dejours et al. (1994), dependendo das condições sociais e psicológicas nas quais emerge o sofrimento, inaugura-se uma

lógica defensiva ou criativa. Pode-se distinguir, então, dois tipos de sofrimento: o criativo e o patogênico.

O sofrimento criativo é aquele que potencializa a capacidade de julgamento, de escolhas e de decisões, contribuindo para o aumento da resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática.

O sofrimento patogênico surge quando se esgotam as margens de liberdade, “na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho.” (DEJOURS et al., 1994, p.137). Assim, explorados todos os recursos defensivos, resta um sofrimento residual, não compensado, que interfere no equilíbrio psíquico do sujeito, conduzindo à descompensação (mental ou psicossomática) e, daí, à doença. Alevato (1999, p.125) reforça essa análise quando afirma que: “Quanto mais energia uma pessoa despende em conflitos defensivos, quanto mais esses conflitos são permanentes e recorrentes, quanto mais esta situação se faz confirmada, maior é sua predisposição a adoecer.”

Portanto, ao entrarem em contato com situações de vida que causam sofrimento, ansiedade, as pessoas elaboram estratégias defensivas como formas de luta para não sucumbirem aos processos patológicos psicossomáticos. Essas estratégias configuram uma forma de adaptação às pressões de uma organização do trabalho que atinge o funcionamento psíquico dos trabalhadores.

Quando as estratégias defensivas não conseguem neutralizar o sofrimento residual, surge, então, o desgaste, que, segundo Laurell e Noriega (1989, p.115), “se caracteriza nas transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das cargas de trabalho, nos processos biopsíquico humano.” Entendem-se

por cargas de trabalho os elementos constitutivos do processo de trabalho “que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste.” (LAUREL E NORIEGA, 1989, p.110). Então, o desgaste pode ser definido como a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica do trabalhador frente às cargas oriundas do processo de trabalho, o que leva a doenças físicas e/ou mentais.

O trabalho da enfermagem e suas estratégias defensivas

As condições e a organização do trabalho geram tensões que agem de forma integrada e que trazem tanto transformações negativas quanto perda de um estado de satisfação pessoal, originando, conseqüentemente, desgastes físicos e emocionais no trabalhador.

Lisboa (1998), analisando as representações do prazer e do sofrimento da enfermeira assistencial, infere que a (des)organização do trabalho caracteriza a principal fonte de sofrimento para essa trabalhadora, pois, nessa organização, verifica-se uma rotina de trabalho dinâmica, intensa e estressante, na qual muitas coisas acontecem ao mesmo tempo, com inúmeras obrigações com relação à clientela, ao pessoal de enfermagem, além das questões de ordem administrativas, que também são de sua responsabilidade.

Quanto às questões relacionadas às condições de trabalho nos hospitais, Lisboa (op. cit.) faz uma importante observação:

As (péssimas) condições de trabalho, sempre foram motivo de queixa. (...) A falta de material, o material ruim (cadeira de rodas que não anda, a seringa que quebra, o lençol que rasga), a sujeira (comadres sujas, banheiro com sangue, moscas e baratas). Elevadores que demoram, centro cirúrgico que atrasa ou que apressa demais, falta de água quente, falta de roupa, inúmeras faltas! (LISBOA, 1998, p.45)

A partir dessa observação é possível verificar as condições adversas de trabalho em que as trabalhadoras de enfermagem desenvolvem suas atividades, tendo que se adaptar às infidelidades do meio continuamente, num processo desgastante de organização e reorganização interna. Desse processo, advém a alteração da economia psicossomática, podendo também e, num somatório de fatores, determinar e/ou potencializar o adoecimento físico e psíquico dessas trabalhadoras.

Afora as questões referentes à organização e às condições de trabalho hospitalar, também pode-se refletir sobre a natureza do trabalho de Enfermagem em unidades hospitalares, o qual envolve o contato permanente com a dor, a doença, a invalidez e a morte. Esse tipo de trabalho suscita sentimentos muito marcantes e ambíguos como piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento, contra ou a favor de clientes e/ou familiares. De acordo com Pitta (1994), o contato constante com pessoas doentes e gravemente enfermas impõe com frequência um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras, requerendo do profissional um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas associadas ao seu desempenho.

Assim, a característica do trabalho hospitalar envolve lidar com vidas em situação de fragilidade, de imprevisibilidade e a execução de procedimentos agressivos e invasivos, entre outras situações que resultam em intenso desgaste físico, cognitivo e psíquico dos profissionais que atuam neste cenário, em particular os da equipe de Enfermagem. Pitta (1994), ao analisar o processo de trabalho da enfermagem afirma que:

O trabalho de enfermagem é, a um só tempo, intenso, repetitivo e social e financeiramente pior valorizado. Além disto, estes profissionais são os que convivem mais tempo com os enfermos, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e morte dos internados (PITTA, 1994, p.54).

Vivendo ininterruptamente situações desgastantes e determinantes de sofrimento psíquico ligados à organização, ao processo de trabalho e às condições de trabalho, trabalhadoras de enfermagem elaboram estratégias coletivas de defesa visando à sua adaptação ao seu contexto laboral. Com o duplo intuito de ilustração e reflexão, apresentar-se-ão exemplos de estratégias defensivas mobilizadas no universo da prática assistencial hospitalar, conforme os graus diversos de desgaste e de sofrimento desencadeados pelos múltiplos investimentos da relação trabalhadora e instituição. Os exemplos citados são frutos das vivências profissionais das autoras em três hospitais universitários da cidade do Rio de Janeiro, e a sistematização teórica centra-se nos estudos de Pitta (1992) e de Lisboa (1998). Seguem-se, então, as respostas às demandas institucionais.

1- Fragmentação da relação trabalhador-paciente

Observam-se estratégias no sentido de parcelar as tarefas e reduzir o tempo de contato mais íntimo com o sofrimento do doente. Na Enfermagem, esta fragmentação é facilmente verificada através da forma pela qual o trabalho é dividido pela equipe, que, de modo geral, se organiza segundo tarefas específicas. Assim, um presta cuidados de higiene, outro administra as medicações, e um terceiro afere os sinais vitais e auxilia nas dietas. Sobre a fragmentação do trabalho da enfermagem, Lisboa (1998) afirma que:

O trabalho das enfermeiras tem sido até hoje desenvolvido de forma rotinizada. Muitas vezes as atividades de assistência prestadas pela enfermeira junto ao cliente são fragmentadas, incluindo apenas alguns procedimentos: curativos, passagens de sondas, cuidado com o corpo morto; ficando para elas muitas atividades administrativas hospitalares e de cuidados. Fragmentação esta determinada inclusive pela lei do Exercício Profissional que estabelece que as enfermeiras devem prestar assistência aos pacientes mais graves(LISBOA, 1998, p.02).

Podemos inferir que, quando a equipe de Enfermagem desenvolve seu trabalho de forma fragmentada, o contato interpessoal é mínimo, pois as atividades são parceladas e realizadas de modo seriado, segundo diferentes atribuições designadas às diversas categorias. Tal estratégia possibilita a supressão de qualquer forma de sublimação, podendo conduzir à repetitividade e à monotonia.

2- Despersonalização e negação da importância da pessoa enferma

O fato de se referir ao cliente internado pelo número do leito que ocupa na enfermaria ou pela patologia de que é portador, ignoran-

do consciente ou inconscientemente seu nome, reflete o processo de despersonalização sofrido pelo doente hospitalizado. Isso traduz uma tentativa de igualar e descaracterizar o cliente, revelando, talvez, que ele não é alguém com registro afetivo diferenciado, o que reforça o distanciamento interpessoal.

As rotinas hospitalares que impõem uniformes para os clientes, horários para o banho, visitas, entre outros, também evidenciam a despersonalização e negação da individualidade. Tais estratégias determinam, mais uma vez, o distanciamento do profissional em relação ao paciente e refletem a fragmentação do cuidado.

Reforçando esta análise, Silva (1994), ao analisar o processo de trabalho em enfermarias de clínica médica, afirma que:

o discurso dominante refere-se a partes do corpo, a doença, como se tivessem existência autônoma. O paciente é também parcializado, classificado, separado em partes(SILVA, 1994, p.182).

3- Distanciamento e negação de sentimentos

Essa estratégia defensiva perpassa a necessidade do trabalhador que lida com pessoas de manter um distanciamento a fim de desenvolver suas atividades, sem correr o risco de ter a capacidade profissional prejudicada pelo envolvimento emocional estreito com a clientela. O profissional deve aprender a controlar seus sentimentos, refrear um envolvimento emocional excessivo, evitar identificações perturbadoras, manter sua independência profissional contra a manipulação e a solicitação de um comportamento não profissional. A redução das diferenças individuais auxilia o distanciamento minimizando a interação mútua (MENZIES,1983).

Na equipe de Enfermagem, observam-se algumas tentativas para alcançar esse distanciamento, e um comportamento eficiente através de frases do tipo “agüenta firme”, “controle-se”, “não chore, você vai viver isto pelo resto de sua vida”, caracteriza a expressão dessa estratégia coletiva de defesa.

Verifica-se outra forma de distanciamento e negação de sentimentos quando se presta assistência a clientes terminais. A equipe de Enfermagem, ao cuidar desse tipo de cliente, que demanda inúmeros procedimentos dolorosos e invasivos, inclusive sinalizando para a equipe a possibilidade de morte iminente, adota a prática freqüente de isolá-lo com biombos, sob a justificativa de preservar emocionalmente os outros clientes. Na verdade, essa prática evidencia, entre outras coisas, uma tentativa de distanciamento e de neutralidade dos sentimentos incomodativos que o cliente desperta na equipe de enfermagem. Dessa forma, conforme ressalta Pitta (1994), constata-se que:

Os sentimentos têm de ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas. Para isso a redução das diferenças individuais exerce um importante papel no desenvolvimento desta necessária couraça (PITTA, 1994, p.66).

4- Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas

Os horários rígidos e os poucos dias destinados à visita dos familiares aos clientes internados, impostos pelas normas e rotinas hospitalares, é um exemplo característico do uso das rotinas e padronizações de condutas. Caso o familiar solicite uma visita fora do horário ou do dia predeterminado pela institui-

ção, terá freqüentemente como resposta uma negativa, pois isso vai contra a rotina / norma. Com essa justificativa, o profissional coloca-se à distância da problemática. O ritual da obediência às normas, rotinas e tarefas cumpre a função de reduzir a necessidade de tomada de decisão / pensar continuamente. De acordo com Pitta (1994):

A eterna procura de rotinas e padronizações de condutas não tem justificativa apenas na economia objetiva de gestos e procedimentos. Embora exista sempre nas instituições concretas um dispêndio de tempo no esforço de padronizar os processos de cuidados aos enfermos, tal dispêndio de tempo e energia funciona como um ritual de postergação e controle de decisões a serem tomadas frente a numerosas demandas que cada doente é capaz de produzir (PITTA, 1994, p.66).

Outra situação que ilustra a aplicação desse tipo de estratégia defensiva na prática assistencial das enfermeiras é a forma como se executam as técnicas e os procedimentos de enfermagem, que devem ser seguidos à risca, através de passos rigidamente preconizados, que vão da abordagem ao cliente, seleção do material, à forma como acondicioná-los e transportá-los. Sobre este ponto, Lisboa (1998) reforça essa análise fazendo a seguinte colocação:

Nas escolas de enfermagem, as alunas são ensinadas a desenvolver suas atividades técnicas usando “uma bandeja com”. Ou seja, se for para um banho no leito “uma bandeja com” o material do banho: jarro de água, sabonete líquido, esponja, cotonetes, bolas de algodão etc...Se for uma punção venosa é “uma bandeja com” o “scalp” ou jelco, esparadrapo, algodão com álcool e a solução a ser administrada (LISBOA, 1998, p. 10).

A fim de reduzir o grau de ansiedade, demanda-se a minimização do número e da

variedade de decisões que devem ser tomadas. Para isso, são fornecidas instruções precisas acerca da maneira pela qual cada atividade, procedimento ou técnica devem ser realizados, além da determinação da ordem da execução das tarefas, dos horários e como fazê-los. Um verdadeiro ritual, padronizado e fundamentado em diversos Manuais de normas e rotinas de Enfermagem ou livros de Fundamentos de Enfermagem. Essa forma de desenvolver as tarefas profissionais, respaldada em Manuais, minimiza a responsabilidade de uma escolha, de uma decisão, além de fortalecer uma forma impessoal de prestar assistência de enfermagem. A todos os clientes são aplicados os mesmos princípios, a mesma abordagem e o mesmo proceder, o que também serve para eliminar as diferenças individuais tanto de enfermeiras como de clientes.

5- Redução do Peso da Responsabilidade

O peso psicológico da ansiedade gerada por uma decisão final e totalmente feita por uma única pessoa é dissipado de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto. A obscura linha de definição de papéis e atribuições entre os diversos profissionais da saúde dilui e cria soluções facilitadoras para projeções e fugas nas decisões a serem tomadas.

Segundo Menzies (1983), o ato final de implementar algo, tomar uma decisão, é retardado por uma prática comum de conferir e reconferir as decisões e adiar a ação tanto quanto possível. As implementações que seguem às decisões são igualmente verificadas e reverificadas, geralmente em instâncias mediadoras. Sempre que possível, elas envolvem outras enfermeiras na tomada de decisão de ações.

Pitta (1994) reforça a existência de tal estratégia defensiva através da seguinte reflexão:

... todas as possibilidades de fuga da responsabilidade e decisão estão sendo mobilizados através de uma série de verificações e contraverificações que o próprio parcelamento e fragmentação das tarefas, de cuidados aos doentes numa instituição concreta, se encarrega. (PITTA, 1994, p. 67).

As estratégias coletivas de defesa aqui examinadas são uma tentativa de luta das trabalhadoras de enfermagem para enfrentarem a ansiedade, a culpa, a dúvida, a incerteza e os sofrimentos decorrentes da organização, do processo e das condições de trabalho hospitalar. São as estratégias comumente empregadas para enfrentamento das infidelidades do meio, no sentido de essas trabalhadoras preservarem sua saúde e evitarem que o sofrimento não se transforme em estado patológico, causador de adoecimento físico e/ou emocional.

Considerações finais

A título de conclusão, é importante salientar que as estratégias coletivas de defesa não são necessariamente uma garantia de harmonia interna para o trabalhador, em sua individualidade. Com frequência, esse trabalhador precisa fazer alguns ajustes internos, “realizar uma harmonização de seus outros recursos defensivos individuais, para garantir a coerência de sua economia psíquica singular.” (DEJOURS, 1994, p.129). No entanto, algumas vezes, esse sujeito não consegue conciliar os mecanismos individuais com os elaborados no seu coletivo de trabalho. Caso não ocorra o referido ajuste, verificam-se sérias dificuldades ou tensões internas que podem recrudescer a

ponto de ocasionarem perturbações e transtornos, tais como a inibição para o pensamento abstrato e para a conceptualização; inibição do conhecimento e das capacidades que possibilitam o indivíduo a lidar efetivamente com a realidade e a dominar a ansiedade patológica; além de ocasionarem, eventualmente, inibição para o autoconhecimento (MENZIES,1983).

A sociedade necessita de um adequado grau de equilíbrio entre as estratégias coletivas de defesa e os mecanismos individuais. Teoricamente, o equilíbrio entre defesas sociais e individuais pode ser obtido por uma reestruturação do mecanismo individual para equiparar-se ao social ou por uma combinação de ambas as coisas. Isso pode ser possível através de uma forte projeção contínua do sistema psíquico de defesa (MENZIES,1983).

Como foi possível verificar, as estratégias de defesa podem reforçar sentimentos de culpa, medo, desespero, não sendo necessariamente uma via salutar de adaptação às condições adversas de trabalho, o que reforça a necessidade de maiores estudos e intervenções nesse campo. Até porque não se observa na forma de organização do trabalho um espaço que permita ampla reflexão e discussão de forma aprofundada sobre essas questões.

Understanding the group defense strategies of nursing professionals in hospital practice

Abstract

This study's objective is to analyse the main group defense strategies elaborated by Nursing professionals while taking care of patients in clinical and surgical centers. The analysis of these strategies allowed the evidence of the psychic worn out and suffering experienced by these nurses due to the rigid work organization and the multiple, complex and not well articulated work process. This is a typical process of hospital context and took the workers to elaborate defense strategies in order to preserve themselves against physical and mental illness. Christophe Dejours pioneered and whose studies stand out in the discussion about this topic. However, studies by Ana Pitta e Marcia Tereza Luz Lisboa and others guided the reflections concerning hospital work in general and the nursing professionals work in particular.

Keywords: Work. Organization. Occupational Health. Occupational Nurse. Female Work.

Compreendiendo las estrategias colectivas de defensa de las trabajadoras de enfermería en la práctica hospitalar

Resumen

Este estudio tiene como finalidad analizar las principales estrategias colectivas de defensa elaboradas por los enfermeros que cuidan de pacientes em sectores de internaciones clínica y quirúrgicas. El análisis de esas estratégias há posibilitado evidenciar el desgaste y el sufrimiento psíquico vivido por esos trabajadores debido a la rígida organización del trabajo, a las precarias condiciones de trabajo y al proceso de trabajo múltiplo, complejo y poco articulado, característico del contexto hospitalario, llevando a los trabajadores a la elaboración de estratégias defensivas en la tentativa de que preserven enfermedades físicas y mentales. Los estudios de Christophe Dejours, el primeiro en la investigación de los fenómenos relacionados a la psicodinámica del trabajo, condujeron este abordaje ocupando aún lugares de importancia en la discusión acerca del asunto. Además, estudios como los de Ana Pitta y de Marcia Tereza Luz Lisboa, entre otros, orientaron las reflexions relacionadas al trabajo hospitalario en general y al trabajo del equipo de enfermeros en particular.

Palavras claves: Organización del Trabajo. Salud Ocupacional. Enfermería Ocupacional. Trabajo Femenino.

Referências

- ALEVATO, H. **Trabalho e neurose: enfrentando a tortura de um ambiente em crise**. Rio de Janeiro: Quartet, 1999.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Revista História, Ciência, Saúde**. n.2, p. 287-307, jul./out. 1997.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cotez –, 1992.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. ; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- LAURELL, A. C. ; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LISBOA, M. T. L. **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998(Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- MACHADO, J. M. H. ; CORREA, M. V. Reflexões sobre a observação do processo de trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde. In : **SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO**, 2000 Rio de Janeiro. Resumo,. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. p.92
- MENZIES, J. E. P. **A case study in functioning of social systems as a defence against anxiety**. Londres: Humans Relations, 3, 1983. Mimeografado.
- PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SILVA, C. O. **Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida**, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Notas

¹ Por economia psicossomática, entendem-se as potencialidades funcionais e psíquicas de cada indivíduo, que podem ser consumidas em termos do substrato orgânico da mente e das energias do trabalhador resultando em desgaste físico e psíquico. (DEJOURS,1992).

Sobre os autores

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Mestre em Enfermagem pela EEAN/ UFRJ. Doutoranda da EEAN/ UFRJ.

Marcia Tereza Luz Lisboa

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental EEAN/ UFRJ. Doutora em Enfermagem pela EEAN/ UFRJ.

Data de Recebimento: 14/12/2001

Data de Aprovação: 22/08/2002