

DESAFIOS DO TRABALHO DE ENFERMEIRAS NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA

CHALLENGES OF THE WORK OF NURSES IN THE BRAZIL-BOLIVIA BORDER

Julio Ricardo França¹

João Areosa²

Vanessa Catherina Neumann Figueiredo³

¹Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

²Escola Superior de Ciências Empresariais (ESCE), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS)- Portugal

³Universidade Ferderal do Mato Grosso do Sul

Resumo: Este artigo é decorrente da pesquisa intitulada 'Vivências de prazer e sofrimento de enfermeiras na fronteira Brasil-Bolívia'. Guiado pela Teoria Psicodinâmica do Trabalho, este estudo coloca em pauta a subjetividade de enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família, ante os ditames da gestão municipal. O principal objetivo foi avaliar o impacto da organização do trabalho na saúde física e mental destas trabalhadoras. Vinte profissionais responsáveis em prestar cuidados e gerir as unidades de saúde responderam à uma entrevista semiestruturada. Os resultados indicam a existência de sobrecarga, manifestada por sintomas de *stress* e lesões por esforços repetitivos. As situações de assédio moral relatadas revelam a imposição de regras municipais através da violência psicológica, servindo a auto aceleração para refúgio do sofrer e para atender à intensificação do trabalho. O acolhimento de bolivianos não se mostrou demasiado impactante na carga de trabalho, mas influencia a saúde mental das

enfermeiras quando a organização do trabalho implica sofrimento ético.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico; Saúde na Fronteira; Doenças Profissionais; Violência Laboral.

Abstract: This paper is a result of the research entitled "Nurses's experiences of pleasure and suffering on the Brazil-Bolivia border". Guided by the Psychodynamic of Work theory, this study highlights the subjectivity of nurses who work in the Family Health Strategy, compared to that ordered by municipal management. The main objective was to assess the impact of work organization on the physical and mental health of these workers. Twenty professionals responsible for providing care and managing health units responded to a semi-structured interview. The results indicate the existence of overload, manifested by symptoms of stress and injuries by repetitive efforts. The reported situations of moral harassment reveal the imposition of municipal rules through psychological violence, and the use of self-acceleration served as a refuge for suffer and to meet the intensification of work. The welcoming of Bolivians did not prove to be too impactful on the workload, but it does influence the mental health of nurses when the work organization implies ethical suffering.

Keywords: Psychological Suffering; Border Health; Occupational Diseases; Labor Violence.

Resumen: Este trabajo es resultado de la investigación titulada "Experiencias de placer y sufrimiento de enfermeras en la frontera Brasil-Bolivia". Basado en la Psicodinámica del Trabajo, el estudio analiza la subjetividad de enfermeras en la Estrategia de Salud Familiar ante lo ordenado por la gestión municipal. El objetivo principal fue evaluar el impacto de la organización del trabajo en la salud física y mental de estas trabajadoras. Veinte profesionales responsables de la atención y gestión de las unidades de salud respondieron a una entrevista semiestructurada. Los resultados indican la existencia de sobrecarga, manifestada por síntomas de estrés y lesiones por esfuerzos repetitivos. Las situaciones denunciadas de acoso moral revelan la imposición de normas municipales a través de la violencia psicológica, sirviendo la autoaceleración como un refugio para el

sufrimiento y para enfrentar la intensificación del trabajo. La acogida de los bolivianos no demostró ser demasiado impactante en la carga de trabajo, pero sí influye en la salud mental de las enfermeras cuando la organización del trabajo implica sufrimiento ético.

Palabras clave: Sufrimiento Psicológico; Salud Fronteriza; Enfermedades Profesionales; Violencia Laboral.

1 Introdução

O presente estudo analisa as vivências de enfermeiras que trabalham na fronteira entre o Brasil e a Bolívia, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como meta prestar assistência à toda população, este modelo de atenção integral visa ofertar cuidados sanitários e controlar doenças através do acompanhamento contínuo das famílias na área de abrangência comunitária (JORGE e GUIMARÃES, 2014).

Na Atenção Básica os enfermeiros são responsáveis por cuidar dos usuários e atender famílias, atuando nas unidades, domicílio, escolas e associações, função que agrega tarefas como realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos da profissão, diretrizes clínicas e terapêuticas. Além disso, são também responsáveis por coordenar a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo-lhes atribuídas as funções de planejar ações, avaliar o serviço dos técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, e junto à equipe multidisciplinar aprimorar o trabalho ofertado (COSTA e CARBONE, 2004).

2 Enquadramento profissional das enfermeiras da ESF

É no momento da recepção que se dá o reconhecimento das necessidades dos usuários e o encaminhamento para as devidas resoluções, consultas e exames. Como preconizado no SUS, a etapa do acolhimento deve ser marcada pela capacidade da equipe de se afetar e ser solidária com as demandas, construindo relações igualitárias no atendimento à comunidade (BRASIL, 2010). Para Guerrero, Mello, Andrade e Erdmann (2013), o acolhimento humanizado acontece quando: a escuta qualificada aproxima profissionais e pacientes, fortalecendo a adesão aos tratamentos; é incorporada a postura proativa, expressando a vontade do serviço em resolver as demandas, orientar e prover cuidados;

a organização do trabalho da unidade e a política de atenção à saúde cumprem com o direito legal à saúde.

Embora a Política Nacional de Humanização (PNH) indique a criação de uma cultura institucional pautada em relações éticas e solidárias entre usuários, profissionais e administradores, a submissão a técnicas gerenciais guiadas pela lógica neoliberal tem pressionado os trabalhadores a se submeterem a uma espécie de reino da performance de excelência permanente (GAULEJAC, 2007). O presente estudo observou um distanciamento dos pressupostos da humanização do trabalho que apontam para a adequação do processo organizativo, dado que a gestão não tem direcionado suas ações para a melhoria das condições e dos serviços de apoio ao trabalho, nem escutado as dificuldades da equipe em ser reconhecida ou em aplicar metodicamente as normatizações.

Como alertam Dal Ben, Carvalho, Souza e Felli (2004), o fazer da enfermagem na atenção básica é revestido por sofrimento devido à precariedade da estrutura, falta de recursos, fragmentação e mecanização das tarefas, rotina exaustiva, ambiente tenso e desgastante. A baixa remuneração e a escassa autonomia, a falta de reconhecimento da chefia e da instituição, e a pouca atenção dos gestores às necessidades subjetivas dos trabalhadores remetem à sensação de impotência e solidão (GOMES, MASSON, BRITO e ATHAYDE, 2011; KESSLER e KRUG, 2012; SANTOS et al., 2013; SOUZA et al., 2011).

A escassa incorporação da política da humanização manifesta-se de maneira proeminente nas UBSF localizadas na fronteira do Brasil com a Bolívia. Ademais das mazelas comumente conferidas, os enfermeiros ali alocados lidam cotidianamente com desafios ético-políticos, pois recebem e garantem aos bolivianos o direito à saúde (Conselho Federal de Enfermagem, 2017; GUERRA e VENTURA, 2017), que “como bem público global, tem a justiça social, a equidade e a solidariedade como seus valores éticos orientadores” (FORTES, 2015, p. 159).

Diariamente a população fronteiriça se move e atravessa os limites territoriais para trabalhar, estudar e conseguir cuidados médicos (NOGUEIRA e FAGUNDES, 2015). Como na Bolívia o Sistema Nacional de Saúde não é gratuito para todos os níveis de complexidade e cobre apenas grupos considerados vulneráveis (gestantes, crianças até cinco anos e idosos acima de 60 anos), é grande a procura por serviços públicos no Brasil (PEREIRA et al., 2012). Embora o SUS seja de caráter estatal, as

próprias dinâmicas territoriais impuseram a necessidade de ampliá-lo para além das fronteiras, visto ser um desafio garantir o direito à saúde em todo o mundo (Organización Panamericana de la Salud e Organización Mundial de la Salud, 2014). Conforme as diretrizes, o acesso à saúde deve contemplar os migrantes: "(...) refugiados, personas desplazadas, migrantes por motivos económicos (migración voluntaria o forzada), trabajadores temporales, estudiantes, migrantes indocumentados y las personas que se mudan con otros propósitos, incluida la reunificación de la familia, con diferentes determinantes de la salud, necesidades, recursos, capacidades y niveles de vulnerabilidad" (Organización Panamericana de la Salud e Organización Mundial de la Salud, 2016, p. 1).

Com a promulgação da Lei da Migração nº 13.445 houve a regulamentação do uso do SUS por parte da população fronteiriça não só em casos emergenciais, sendo possível o retorno a residência no país vizinho após consulta ou tratamento médico/sanitário. Em respeito aos direitos humanos, passa a ser assegurado o acesso à saúde pública e à seguridade social também por parte de estrangeiros no território nacional (BRASIL, 2017), embora tal liberdade legal continue a ser limitada e regida por demarcações político-administrativas (BENEDETTI e SALIZZI, 2014). Como o serviço prestado à população transfronteiriça não é contabilizado no repasse de verbas (FERREIRA, MARIANI e BRATICEVIC, 2015), o insuficiente repasse para a área de saúde tem justificado decisões gerenciais contrárias ao acolhimento de estrangeiros, trazendo dilemas éticos, dúvidas e constrangimentos à prática dos profissionais. Por vezes, isso se traduz como fonte de sofrimento para as enfermeiras observadas.

Assim como o mundo real não funciona de forma ideal (DEJOURS, 2013), a brecha existente entre as normatizações humanitárias e as vivências na organização do serviço de saúde tem levado à distorção do sentido do trabalho da enfermagem. A elevada exigência por alto desempenho, o exercício de múltiplas tarefas e a angústia de precisarem se submeter a um trabalho aviltante são aspectos capazes de levar à frustração, fadiga, insatisfação, sensação de inutilidade e desqualificação (COSTA, 2013; DEJOURS, 2015). Todavia, em busca de entender como e por quais caminhos os enfermeiros mantêm ou degradam sua saúde mental na ESF, este estudo analisa a relação intersubjetiva do coletivo com a organização do trabalho, considerando também alguns fatores

psicossociais geradores de sofrimento patogênico, patologias sociais e adoecimento.

3 Contributos da psicodinâmica do trabalho

O enquadramento teórico do presente estudo é baseado na psicodinâmica do trabalho, cujo principal mentor é Christophe Dejours (2006; 2007; 2011; 2013; 2015). Esta disciplina aborda a dicotomia entre prazer e sofrimento relacionada ao trabalho, embora a maioria dos seus estudos esteja focada em ambientes laborais adversos e hostis (FERREIRA e MENDES, 2003; AUGUSTO, FREITAS e MENDES, 2014; AREOSA, 2019). Os fundamentos da psicodinâmica do trabalho são elaborados por constructos da psicanálise, da psicologia, da ergonomia, da sociologia e da teoria social. A sua abordagem tem um caráter clínico e busca revelar como se dão as dinâmicas intrapsíquicas e intersubjetivas dos trabalhadores no seu engajamento à organização do trabalho e nos processos subjetivos mobilizados no encontro com o real (AMARAL, MENDES, CHATELARD e CARVALHO, 2017).

Segundo Dejours (2007), a gestão impede a expressão livre do sujeito, instituindo a sujeição do desejo a uma prescrição idealizada, para a qual todos os hábitos e comportamentos devem ser direcionados. A definição prévia da organização do trabalho conforme a separação das pessoas, de acordo com a hierarquia, as relações de poder, a autonomia e a divisão do trabalho, mediante a atribuição de tarefas, responsabilidades e procedimentos, incide profundamente no funcionamento psíquico, mobilizando aspectos subjetivos, afetivos, emocionais, interpessoais; enquanto as condições laborais, compostas por fatores físicos, químicos, biológicos e ergonômicos atingem, essencialmente, o corpo dos trabalhadores (DEJOURS, 2015).

A psicodinâmica do trabalho lança mão da escuta clínica para compreender as formas de subjetivação que emergem frente aos valores neoliberais intrínsecos às práticas gerenciais. A emergência da ansiedade perante o medo do fracasso, da insegurança de não estar à altura das expectativas e exigências, do temor de falhar ou errar, remete à angústia de não ser bem sucedido, nem reconhecido (BENDASSOLLI, 2012). Paralelamente, o julgamento positivo dos outros torna possível transformar o sofrimento em algo que eleva o Ego, se tornando num ganho para a construção da identidade e da realização de si mesmo, conferido a partir do olhar do outro (DEJOURS, 2011). Tais aspectos

determinam as formas de subjetivação que ocorrerão no contexto do trabalho, que vão se desenhando mediante a ação dos trabalhadores em atribuir sentido à sua realidade de trabalho, expresso pelos modos de pensar, sentir e agir de maneira individual ou coletiva (MENDES, 2007).

Se por um lado a gestão não tem a capacidade de antever todas as atividades, procedimentos e ações a serem efetuados, é também essa instabilidade do real que vai demandar e abrir brecha para a invenção de macetes e a prática de diversas habilidades, permitindo em certa medida a aproximação do próprio desejo ao já estabelecido pela organização (DEJOURS, 2011). Quando há permissão para o uso da inteligência prática de forma inovadora, sendo o indivíduo reconhecido em sua contribuição na resolução de falhas e problemas, o sofrimento ganha um destino mais favorável, por promover o desenvolvimento, apesar do sofrer (DEJOURS, 2013).

Para reverter o destino nefasto do sofrimento precisa haver um clima facilitador para a mobilização subjetiva por meio de relações solidárias e comunicação autêntica, fatores fundamentais para o fortalecimento da identidade, a realização na profissão e a constituição do coletivo (DEJOURS, 2011). Em contrapartida, a rigidez no estabelecimento das tarefas, a ausência de liberdade e de reconhecimento conduz ao uso de estratégias individuais ou coletivas de defesa, à instauração de patologias sociais e ao adoecimento. As limitações do agir ditadas pela organização do trabalho são capazes de interromper a mobilização da subjetividade, impossibilitando ao sujeito dar sentido ao seu labor. No impedimento de fazer valer seus projetos e desejos, o coletivo acaba usando estratégias inconscientes que anestesiam, denegam e rejeitam o sofrer (MORAES, 2013).

As estratégias coletivas de defesa usadas no enfrentamento e/ou adaptação às dificuldades e adversidades laborais possibilitam a continuidade do fazer, mesmo em situação de ansiedade ou angústia. Condizente às exigências impostas pela lógica neoliberal, as instituições públicas e o SUS têm sido marcados pelo gerencialismo, tipo de gestão que têm impactado na coesão dos coletivos, tornando mais difícil o rebatimento das contradições, conflitos, incoerências, inconsistências e até constrangimentos. O processo de trabalho ainda não pautado na proposta da PNH implica no sentido atribuído ao fazer, na prática do acolhimento e na produção de subjetividade. As contradições das técnicas de gestão podem gerar sofrimento ético. Esta situação ocorre quando o

trabalhador é obrigado a praticar determinadas ações que sua moral condena. Há um sentimento de traição de si mesmo ou traição do Ego. Nas palavras de Dejours: “O novo capítulo do sofrimento ético torna mais compreensível uma segunda faceta da forma como «a nossa escala social de valores entra em linha de conta», a saber, o julgamento que o sujeito faz de si próprio, não só sobre a qualidade da sua contribuição no que concerne a produção, mas sobre o valor ético da sua prestação. Porque, pela sua atividade de produção, o trabalhador compromete, de facto, o destino de outro (...)” (DEJOURS, 2013, p. 23).

Assim, se por um lado, os regulamentos, normas ou procedimentos visam obter um grau de excelência - inexistência de defeitos ou imperfeições -, por outro lado, a impossibilidade de uma reconciliação plena entre o prescrito e o real, por exemplo recorrendo ao uso de técnicas ligadas à qualidade total, podem gerar um mundo fantasioso que só pode gerar frustração, desilusão, decepção e sofrimento (GAULEJAC, 2007).

4 Método

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, baseada no referencial teórico-metodológico da psicodinâmica do trabalho, na qual foram convidadas a participar 23 profissionais de enfermagem de nível superior de 25 equipes da ESF de Corumbá – MS, município que faz fronteira com a Bolívia e oferece atendimento aos estrangeiros em todas as UBSF.

4.1. Participantes

Aceitaram participar do estudo 20 enfermeiras (todas mulheres), com média de idade de 38 anos, das quais 55% (n=11) eram casadas, 95% (n=19) tinham especialização e todas acumulavam a função assistencial à administrativa. A média de tempo de serviço na prefeitura foi de 8 anos e no mesmo cargo/função foi de 4,5 anos, 20% (n=4) acumulavam o cargo em duas equipes diferentes, 90% (n=18) faziam parte do quadro de efetivas concursadas no município e 60% (n=12) relataram ter algum problema de saúde relacionado ao trabalho no último ano.

4.2. Procedimentos éticos

A coleta das informações foi realizada após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de

Mato Grosso do Sul (UFMS), sob o CAAE nº 73169717.4.0000.00, aprovado em 29 de outubro de 2017, e se deu mediante assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, de Compromisso de Uso de Dados, de Consentimento de Uso do Som da Voz. A coleta de dados foi realizada no período de 25 de novembro à 21 de dezembro de 2017, teve duração máxima de 120 minutos e aconteceu em apenas um encontro. Na aplicação da entrevista semiestruturada utilizou-se um gravador de som da voz, sendo o material transcrito na íntegra.

4.3. Instrumentos

Utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo 46 perguntas, classificadas em quatro eixos: vivências relacionadas ao trabalho, atendimento aos usuários, condição e organização de trabalho, e relações sociais.

4.4. Análise dos dados

As entrevistas, analisadas por meio da técnica de Análise do Núcleo de Sentido, foram transcritas, lidas e exploradas em seu conteúdo, sendo identificados e agrupados os temas recorrentes e/ou significativos à pesquisa, para a composição de categorias empiricamente definidas, de modo a permitir a interpretação e análise (MENDES e ARAUJO, 2012).

5 Resultados e discussão

5.1. As falhas na prescrição organizacional frente ao trabalho vivo no SUS

O trabalho das enfermeiras da ESF era marcado pela intensificação do ritmo frente às cobranças para suprirem concomitantemente às necessidades assistenciais e administrativas na UBSF. Para conseguirem cumprir com a sobreposição das funções, as enfermeiras, enquanto gestoras, conduziam a distribuição das funções e responsabilidades a cada integrante da equipe, conforme as tarefas condizentes ao cargo de cada um. Contudo, a falta da previsão de um profissional de enfermagem exclusivo para gerir a unidade conformava uma divisão do trabalho inadequada que aumentava o custo físico, afetivo, e cognitivo. "Pelo fato de ser uma unidade desestruturada que atende duas equipes, então teria que ter uma reforma até pra aumento, colocar mais profissionais porque a gente também não tem uma equipe completa; do jeito que tá não dá" (Enfermeira 6, entrevista individual, 14 dez. 2017).

Ainda que atualmente a enfermagem seja uma das categorias mais indicadas para o gerenciamento das ESF, tendo reconhecida sua utilidade técnica, a dualidade em coordenar a unidade de saúde e assistir ao usuário representava um fator complexo e desafiador, acarretando em perda da qualidade nas atividades de cuidar e de gerenciar (PASSOS e CIOSAK, 2006). "Eu tento dividir o meu tempo porque hoje a gente tem muitas funções burocráticas, mas a gente também tem que dar atenção pra população" (Enfermeira 1, entrevista individual, 25 nov. 2017).

A ambivalente responsabilidade de cuidado dos usuários e controle da unidade/trabalhadores, somada à urgência em solucionar solicitações burocráticas, fazia com que deixassem para segundo plano as ações consideradas fundamentais, como visitas domiciliares, curativos, campanhas de imunização, consultas de puericultura, rodas de conversas com gestantes, assistência à saúde do homem, e comunidade em geral. Raras eram as oportunidades de se ausentarem da UBSF para intervirem diretamente na comunidade, conhecerem o território, estabelecerem afetos e estreitarem seus vínculos com a comunidade, de forma a facilitar a práxis da promoção da saúde (MONTENEGRO, 2010). As várias tarefas a serem efetuadas e a hipossuficiência de recursos humanos para a resolução de dilemas burocráticos e administrativos acarretavam em maior custo cognitivo, já que a falta de condições de trabalho e de normatizações exigia o investimento cotidiano de engenhosidade e de criatividade para efetuarem o serviço, mesmo não sendo reconhecidas pela gestão (DEJOURS, 2012a; 2012b).

Como a insuficiência de recursos objetivos tornava mais difícil o alcance dos resultados prescritos pela gestão (FREITAS, BECK, VIERO, FERNANDES e MACHADO, 2016), as profissionais faziam cotas para angariar fundos e cumprirem com suas atribuições. Em certos casos, as enfermeiras tinham de pagar para conseguir trabalhar. "Eu tirei 150 reais do meu bolso pra comprar material de trabalho que o almoxarifado não tinha disponível pra mim e eu tinha que fazer senão ia ser cobrada" (Enfermeira 6, entrevista individual, 14 dez. 2017).

Segundo as participantes, a morosidade e a inadequação da gestão pública em prover os recursos físicos necessários culminava na desunião da equipe, interferindo diretamente nas ações do sistema de saúde na política da atenção básica. No âmbito da ESF, para um desempenho tido de qualidade o coletivo deveria diagnosticar as necessidades populacionais, elaborar e programar planos estratégicos de ações, e sanar

os embaraços identificados, monitorando e avaliando continuamente os resultados (FERREIRA, 2012). Contudo, frente à divisão injusta de trabalho, à amplitude de demandas e ao desejo de serem reconhecidas, as enfermeiras intensificavam a cadência para atender a excessivas cobranças relativas ao volume e complexidade da ocupação, as quais requisitavam diversas habilidades e competências a serem acessadas para a realização da dupla função a contento (DEJOURS, 2015). O modo de trabalhar solitário e acelerado, com a exigência do uso da inteligência prática, ao longo do tempo se traduzia em exaustão, por terem frustradas a esperança de gratificação e a possibilidade de recondução do trabalho. Ainda, para suprirem a demanda burocrática exacerbada, alongavam a jornada até na hora de descanso e levavam tarefas para casa, prejudicando até mesmo as relações familiares.

Por conta do salário insuficiente recorriam a outros empregos, por vezes realizados no período noturno (JEONG e KURCGANT, 2010). "Se eu fosse bem remunerada não estava precisando fazer SAMU nem pronto socorro" (Enfermeira 13, entrevista individual, 17 dez. 2017). Segundo Hermida (2004), esta condição acentuava o desgaste, aumentando a fadiga e a insatisfação, o que interferia na vida pessoal e profissional (NUNES, TRONCHIN, MELLEIRO e KURCGANT, 2010). Num outro estudo, também se verificou que enfermeiros e outros profissionais de saúde recorrem a duplo e triplo emprego para aumentar sua renda (MENDES e AREOSA, 2016). Contudo, esse tipo de prática torna esses profissionais mais vulneráveis a determinados riscos, incluindo psicossociais, bem como a acidentes de trabalho.

5.2. O atendimento aos estrangeiros: entre a ética e a prescrição

A Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017, sublinha a necessidade das políticas públicas alcançarem também os naturais advindos de países vizinhos e com residência em municípios fronteiriços, protegendo e garantindo o direito de trabalhar, estudar e acessar o serviço público de saúde no Brasil, mediante requerimento (BRASIL, 2017; PEREIRA, SOUSA e ALVERNE, 2018). No entanto, o desconhecimento das normas legais e regimentais por parte da gestão municipal quanto ao direito humano à saúde e à dignidade atrapalhava e desorganizava o trabalho da enfermagem. Isso também prejudica a formação de vínculo entre profissional-usuário disposta na proposta da ESF, impactando fortemente no atendimento ao boliviano. Por sua vez, as participantes não se sentiam confortáveis por terem de se submeter a ordens superiores impeditivas do

acesso de estrangeiros ao serviço, sendo tais práticas de gestão suscetíveis de originar sofrimento ético. "A gente atendia [bolivianos], mas agora a secretaria não quer que a gente atenda mais boliviano por causa do sistema único de saúde, cartão SUS, que é exclusivamente pro brasileiro; mas a gente nunca deixa de atender" (Enfermeira 12, entrevista individual, 17 dez. 2017).

Para as entrevistadas, o atendimento a bolivianos não alterava o processo de trabalho habitual e acolhiam as necessidades dos estrangeiros com a mesma deferência feita aos brasileiros, baseando sua atuação no entendimento legal e ético dos direitos de todos à saúde, independentemente de qualquer situação e nacionalidade (BRASIL, 2017; Conselho Federal de Enfermagem, 2017). Embora na prática a recepção a todos fosse igual, o cuidado e o tratamento ao estrangeiro na saúde pública eram marcados por dúvidas, desconhecimento, insuficiência de normatizações e orientações falhas que partiam da gestão municipal (MARTINS, GOLDBERG e SILVEIRA, 2018). "É bem frustrante, né [não poder atender], quando vem gestante da Bolívia, você fica assim, não sente seguro não [de atender], por causa delas não morar na área. Vem, abre o cartão, aparece depois some, vem só quando tá na época de quase ganhar [gestante], isso acontece demais" (Enfermeira 10, entrevista individual, 15 dez. 2017).

Crítérios inadequados de admissão de pacientes eram repassados às enfermeiras, sob a forma de prescrições veladas ou expressas para não atenderem bolivianos, o que era reproduzido por algumas das participantes. "Eu acho que eles pensam que o SUS tem obrigação de atender eles [bolivianos]" (Enfermeira 2, entrevista individual, 25 nov. 2017). As profissionais eram procuradas principalmente para intermediarem o serviço de vacinação, inalação, consulta básica e exames. Contudo, se por um lado o povo fronteiriço deveria ter a mesma facilidade de acesso ao SUS que os brasileiros, a busca pelo próprio direito à saúde por parte dos bolivianos era vista como um afrontamento (FLAMIA, 2018; SILVA, POSSAS, BARBOSA, ARAUJO e SANTOS, 2016).

A inadequada imposição da comprovação de endereço no Brasil para a população pendular dificultava o acesso ao SUS, levando a situações constrangedoras e desrespeitosas com relação aos estrangeiros, por conta do desconhecimento das profissionais acerca das normativas legais e éticas. "Recebemos muitos estrangeiros. Aqueles que têm o documento brasileiro, a gente atende, desde que more na área de abrangência. A

questão de vacina é muito procurada, só é realizada pra quem tem documento brasileiro, cartão do SUS, CPF, RG ou aquele documento fornecido pela Polícia Federal; se não tem a documentação brasileira a gente não atende" (Enfermeira 9, entrevista individual, 09 dez. 2017).

De acordo com Prata (2013), como forma de driblar os percalços os bolivianos apresentavam documentos e endereços de brasileiros e, por vezes, tentavam subornar funcionários para poderem usufruir de ações e serviços, especialmente vacinas, e medicamentos: "Eles ofereceram dinheiro pra gente fazer uma vacina em oito, dez pessoas, bolivianos que vieram de fora, aí a gente explicou que a gente não podia fazer, que aquilo era ilegal" (Enfermeira 9, entrevista individual, 09 dez. 2017).

A gratuidade do serviço ofertado na ESF, baseada no princípio da universalidade, assegura ao usuário, independente de sua condição socioeconômica, a isenção de qualquer pagamento. Este direito constitucional, asseverado também pela legislação do SUS, trata o direito fundamental à saúde como dever do Estado. Contudo, frente à situação de precariedade, o acesso ao serviço público e o aumento nos custos financeiros para o município eram entraves relevantes nas tentativas de integração dos povos (GADELHA e COSTA, 2007; VEDOVATO, 2013). Debates neste sentido versam que os brasileiros também recebem atendimento gratuito e universal, porém como recolhem impostos, pagam indiretamente e obrigatoriamente pelo SUS, entendimento que também permeava o trabalho das enfermeiras (PRATA, 2013). "Eu me sinto bem [de atender a população boliviana], desde que eu tenha condições de dar a ele, sem deixar de atender a minha população" (Enfermeira 9, entrevista individual, 09 dez. 2017).

Strada (2018) alerta que o SUS de Foz de Iguçu contabilizou entre 2010 e 2016 a emissão de 800 mil cartões, com 500 mil destinados a estrangeiros, os quais correspondiam a menos de 1% dos atendimentos registrados, colocando em pauta a inexistência de dados por falhas nos apontamentos. Também em Corumbá nenhum registro ou classificação dos serviços acessados foi encontrado, sugerindo a transgressão de normas por parte das enfermeiras para a realização do atendimento a bolivianos, mesmo com ordens contrárias a esses procedimentos.

Entende-se que os problemas de financiamento do SUS expõem a dificuldade em consolidar a equidade no atendimento nas regiões de fronteira, além de acirrarem os dilemas e a discriminação no atendimento

aos estrangeiros (FLAMIA, 2018; PRATA, 2013). Tal situação contribui para a naturalização do flagelo alheio, conforme os relatos: "Como a nossa saúde é uma saúde pública, gratuita, eles querem esses benefícios, então eles..., eu acho que aumenta mais os nossos gastos" (Enfermeira 4, entrevista individual, 14 dez. 2017); "É muita gente usando SUS desnecessariamente fazendo com que outros que realmente precisam não sejam atendidos" (Enfermeira 13, entrevista individual, 17 dez. 2017).

A falta de recursos compromete os serviços mínimos e impacta tanto brasileiros como bolivianos (FERREIRA, 2012). Conforme Dal Prá (2009), as cidades fronteiriças não possuem recursos técnicos e financeiros suficientes para o atendimento indiscriminado e integral das necessidades sociais dos fronteiriços, mostrando-se imprescindível a necessidade do estabelecimento de fluxos e processos de trabalho condizentes com a realidade enfrentada por municípios em relação ao atendimento de usuários estrangeiros (STRADA, 2018).

5.3. A sobrecarga e a violência como expressões do sofrimento patogênico

A busca reiteradamente frustrada de serem reconhecidas na superação das dificuldades, bem como a fadiga pela aceleração e por não conseguirem modificar o volume e a amplitude das tarefas, acarretava na instalação de patologias sociais, e no adoecimento, gerando danos físicos e mentais. Assim como descrito por Caçador, Brito, Moreira, Rezende e Vilela (2015), Dalmolin, Lunardi, Lunardi, Barlem e Silveira (2014) e Nascimento (2015), constatou-se a submissão a longas jornadas de trabalho e a um ritmo exaustivo, em um contexto no qual faltavam recursos humanos, materiais e espaço físico apropriados. As participantes relataram haver pressão pelo cumprimento de metas em curtos prazos e exposição ao assédio moral, aspectos que causavam ansiedade, distúrbios do sono e exaustão, potencializando o *stress* no trabalho. "A minha psicóloga na época falou que eu estava com esgotamento, estressada e depressiva né" (Enfermeira 6, entrevista individual, 14 dez. 2017).

Entendido aqui como uma manifestação psicossomática do sofrimento psíquico decorrente do excesso de trabalho (FIGUEIREDO, 2000), sintomas de *stress* foram reportados pelas entrevistadas, entre eles a ocorrência de labirintite, dor no peito, fadiga, alterações no padrão do sono, úlceras nervosas, gastrites, cefaleia, hipertensão arterial descontrolada, agressividade, mau humor, baixa imunidade, queda de

cabelo e ansiedade. Ademais, dores nas costas, nos braços, musculares e cansaço extremo também foram citados (JACOBY, FALCKE, LAHM e NUNES, 2009), indicando um espaço caracterizado pela patologia social da sobrecarga. “[Já tive] deslocamento de vértebras, escoliose, lordose, cifose, hiperlordose (...) tenho tromboflebite e refluxo de safena” (Enfermeira 1, entrevista individual, 25 nov. 2017).

Para Traesel e Merlo (2011), o uso das estratégias de defesa permite ao trabalhador naturalizar e suavizar sua dor, minimizando a percepção do sofrimento devido à impossibilidade de modificar aspectos organizacionais, como a quantidade de trabalho e as normatizações administrativas. Ao mesmo tempo em que a autoaceleração permitia a aparente adaptação *sofrente* a situações imprevisíveis que demandavam resolutividade, agilidade e destreza, também implicava na adoção de uma conduta distante e descuidada com relação ao sofrimento alheio, afastando afetivamente as profissionais dos usuários, sabendo que este é um dos sintomas associados ao *burnout*.

Através da hiperatividade profissional deixavam o aparelho psíquico constantemente ocupado, de forma a também cumprirem com o desempenho esperado, norteado pela rapidez e individualismo através da auto-exploração (DEJOURS, 2004; HAN, 2015). “Trabalhar na saúde já é exaustivo, dependendo das condições que você atende de 50, 60 pacientes por dia, então ela é exaustiva, ela é cansativa e ela é corrida, porque não é só o atendimento assistencial, você tem a parte administrativa, então a jornada de enfermagem ela é exaustiva sim!” (Enfermeira 11, entrevista individual, 16 nov. 2017).

Outra estratégia reportada pelas enfermeiras e usada pelas equipes era a conformidade visando se adaptarem ante à impossibilidade de transformação do trabalho, o que também era conveniente para o cumprimento das normas e regras prescritas pela gestão (MORAES, 2013). “Ultimamente a minha equipe tem lidado da forma que a secretaria impõe, se eles dão condições a gente trabalha, se eles não dão condições a gente também já não está correndo tanto atrás” (Enfermeira 4, entrevista individual, 14 dez. 2017).

Embora o emprego de estratégias defensivas aparentemente facilitasse a escolha e o fazer, deixavam inconscientes os fatores organizacionais e as condições materiais causadoras de sofrimento, sendo tais condutas exploradas para o aumento da produção (DEJOURS, 2015).

O modelo de gestão aplicado no município consentia a elaboração de macetes e manobras que fossem ao encontro do necessário ao serviço e não disponibilizado para as ESF, mas não admitia que novas normatizações ou ações fossem discutidas e apropriadas pelo coletivo, como o atendimento aos bolivianos, tornando mais difícil a adequação a um tipo de organização despersonalizante e pouco propenso à solidariedade (MERLO, TRAESEL e BAIERLE, 2011).

De acordo com Soboll e Gosdal (2009), o ambiente precário, individualista e desrespeitoso facilita a instalação da violência, tal qual a prática do assédio moral. Esta se configura como um conjunto de atos hostis que ocorrem de forma prolongada através de ações, comportamentos, palavras, gestos e atitudes, desqualificando e constrangendo as pessoas na sua dignidade (HELOANI e BARRETO, 2018). “Eu fui chamada pela representante da Secretaria de Saúde da época, essa pessoa gritou, bateu na mesa com um bloco de notas fiscais pra eu assinar que eu não tinha certeza daquele valor e eu me recusei a assinar, jogou pra cima de mim e me obrigou a assinar. No dia seguinte eu fui chamada na coordenação de novo pra cortar o meu salário por punição porque eu questionei. Foi um ano e meio de terapia” (Enfermeira 6, entrevista individual, 14 dez. 2017).

De acordo com os relatos, essa prática opressora era frequentemente usada pela gestão, como forma de impor a alta exigência e o forte controle no trabalho, constituindo-se em extrema violência psicológica e levando ao sofrimento psíquico e ao desenvolvimento de transtornos mentais (SOBOLL, 2015). “Fiquei assim, com extrema depressão por causa de perseguição da Secretária de Saúde da outra gerência que teve né, nós tivemos até que ir pra ouvidoria, porque assim não! Umas coisas que deixam a gente bem fragilizada, mas nunca me afastei” (Enfermeira 2, entrevista individual, 25 nov. 2017).

O assédio moral, caracterizado pela prática de ações coercitivas voltadas para manter interesses pessoais, desqualificava a democracia, a crítica e a reflexão no trabalho, podendo ser observada na banalização do mal conferido às enfermeiras. “Depressão, muita ansiedade né, por conta de muita perseguição, principalmente quando é temporada política” (Enfermeira 12, entrevista individual, 16 dez. 2017). Conforme apontado por Heloani e Barreto (2018), a rotina de humilhações estava associada à questões políticas, ocasionando a fragilização psíquica e a subserviência

ao poder, por meio da propagação de práticas abusivas e vexatórias sustentadas pela prática gerencial adotada.

6 Conclusão

Em conformidade com os riscos ocupacionais apontados, elementos organizacionais foram avaliados e compreendidos a partir da vivência das enfermeiras, sendo relatados elementos danosos à saúde mental em termos de conteúdo e contexto de trabalho. Bem diferente do pregado pela concepção da humanização, as condições objetivas eram inadequadas, não existiam instrumentos e materiais suficientes, cursos e capacitações não eram disponibilizados para toda a equipe. O trabalho era concretizado graças à intensificação no serviço, posto que os prazos para a execução de demandas burocráticas não eram flexíveis, decorrendo em uma jornada longa, que muitas vezes excedia o expediente e emendava com outro emprego.

A sobreposição de atividades contraditórias demandadas (cuidar/atender os pacientes e vigiar/controlar a equipe), a prescrição falha no atendimento à população fronteiriça, a submissão a um fluxo de serviço marcado pela lentidão, o excesso de exigências e de avaliações quantitativas influenciavam nas relações com colegas e usuários e na efetivação de um atendimento de qualidade, ocasionando desgaste psíquico e exaustão pela própria frustração e fadiga ao tentarem colocar em prática o saber-fazer técnico norteado pela ética profissional.

A avaliação da gestão municipal, predominantemente quantitativa, concorria para o predomínio do sofrimento patogênico, dado o alto custo físico, cognitivo, e afetivo para adequação da subjetividade aos ditames organizacionais (ANTUNES, 2007; MERLO et al., 2011). A aceleração permitia com que diversidade de tarefas fosse contemplada, ajustando as enfermeiras a um trabalho sem sentido e sem chance de ser mudado. Embora tal estratégia fosse explorada pela gestão e a hiperatividade profissional em certa medida distanciasse profissionais de usuários, proporcionando com isso a falsa impressão de ser mais fácil negar o atendimento aos estrangeiros, o sofrimento ético imperava e conduzia ao acolhimento empático (DEJOURS, 2004).

Ao se impactarem emocionalmente pelo flagelo alheio as enfermeiras transgrediam as prescrições e absorviam as necessidades dos bolivianos, mesmo sem haver financiamento adequado. Dada a falta de

liberdade junto à gestão e a inexistência de clareza instrucional, nem sempre as soluções encontradas para os impasses organizacionais eram reportadas, o que colaborava para a falta de reconhecimento pela inteligência prática empreendida. Ao mesmo tempo em que a convocação da transgressão significava a luta contra o sofrimento e o resgate da saúde mental (DEJOURS, 2012a; 2012b), o recorrente uso da inventividade mantinha escondidas as falhas da gestão, mas isso era um fator acrescido de desgaste.

A pujança das relações violentas relatadas silenciava e forçava a submissão a procedimentos repreensíveis, fosse por vergonha ou temor de perderem seus empregos (MENDES, 2018; MENDES e DUARTE, 2013). Entende-se, pois, que a resignificação do trabalho no equipamento de saúde estudado passa necessariamente pela construção de um espaço de cooperação e de confiança que potencialize o enfrentamento a práticas gerenciais adoecedoras. A validação democrática e o reconhecimento social das inovações e macetes para a efetivação do serviço, de acordo com os procedimentos considerados éticos e cientificamente mais acertados pelo coletivo (DEJOURS, 2012b), torna plausível a consagração da singularidade, a sublimação de uma parte da pulsão e o alcance da saúde mental, com efeitos previsíveis sobre o serviço de saúde disponibilizado à população de fronteira.

Nota: O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC - Brasil e teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 0001.

Referências

AMARAL, G. A.; MENDES, A. M. B.; CHATELARD, D. S. e CARVALHO, I. S. O lugar do conceito de sublimação na psicodinâmica do trabalho. **Revista Polis e Psique**. V. 7, n. 3, p. 200-223, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.22456/2238-152X.66740>

AREOSA, J. O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. **Laboreal [online]**. Porto, v. 15, n. 2, p. 1-24, 2019. Disponível em <<http://journals.openedition.org/laboreal/15486>>

ANTUNES, R. Dimensão da precarização estrutural do trabalho. In G. Druck e T. Franco (Orgs.), **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo; 2007. p. 13-22.

AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G. e MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de

pesquisa. **Psicologia em Revista [online]**. V. 20, n. 1, 34-55, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p34>

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 37-46, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000100005>

BENEDETTI, A. e SALIZZI, E. Fronteras en la construcción del territorio argentino. **Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía**. v. 23, n. 2, p. 121-138, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.15446/rcdq.v23n2.38366>

BRASIL (2017). Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mai. 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

CAÇADOR, B. S.; BRITO, M. J. M.; MOREIRA, D. A.; REZENDE, L. C. e VILELA, G. S. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 620-626, 2015. Disponível em <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>

Conselho Federal de Enfermagem. (2017). *Dispõe sobre a aprovação da reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Resolução n. 564 de 06 de novembro de 2017. Brasília.

COSTA, E. M. A. e CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, S. H. B. Trabalho prescrito e trabalho real. In F. de O. Vieira, A. M. Mendes e A. R. C. Merlo (Orgs.), **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá; 2013. p. 467-472.

DAL BEN, L. W.; CARVALHO, M. B.; SOUZA, T. M. e Felli, V. E. A. A percepção da relação sofrimento/prazer no trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem em internação domiciliária. **Cogitare Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 73-81, 2004. Disponível em <http://doi.org/10.5380/ce.v9i2.1718>

DAL PRÁ, K. R. (2009). **O direito à saúde a população trabalhadora: um estudo na linha das fronteiras do Brasil com os países do MERCOSUL** (Tese de Doutorado). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

DALMOLIN, G.; LUNARDI, V.; LUNARDI, G.; BARLEM, E. e SILVEIRA, R. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: Existem relações entre esses

fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3102.2393>

DEJOURS, C. Activisme professionnel: masochisme, compulsivité ou aliénation? **Travailler**. v. 11, n. 1, p. 25-40, 2004. Disponível em <https://doi.org/10.3917/trav.011.0025>

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In A. M. Mendes, S. C. C. Lima e E. P. Facas (Orgs.), **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15; 2007. p. 13-26.

DEJOURS, C. «Trabalhar» não é «derrogar». **Laboreal**. v. 7, n. 1, p. 76-80, 2011. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338949::5542>

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: sexualidade e trabalho** (Tomo I). Brasília: Paralelo 15, 2012a.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação** (Tomo II). Brasília: Paralelo 15, 2012b.

DEJOURS, C. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**. v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em <https://docplayer.com.br/24920304-A-sublimacao-entre-sofrimento-e-prazer-no-trabalho-1.html>

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

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P. e BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde e Sociedade**. v. 24, n. 4, p. 1137-1150, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>

FERREIRA, M. C. e MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: Ler, Pensar e Agir (LPA), 2003.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão - a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2012.

FIGUEIREDO, V. C. N. **Stress e gênero: impactos da divisão sexual do trabalho em uma metalúrgica** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, Brasil, 2000.

FLAMIA, C. M. M. N. M. **O acesso de estrangeiros ao SUS** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá, Brasil, 2018.

FORTES, P. A. C. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 24 (suppl 1), p. 152-161, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01013>

FREITAS, P. H.; BECK, C. L. C.; VIERO, V.; FERNANDES, M. N. S. e MACHADO, K. L. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 25, n. 4, p. e3050014, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003050014>

GADELHA, C. A. G. e COSTA, L. Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23 (supl.2), p. S214-S226, 2007. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400011>

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

GOMES, L.; MASSON, L. P.; BRITO, J. C. e ATHAYDE, M. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 9 (Suppl. 1), p. 137-156, 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400007>

GUERRA, K. e VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017. Disponível em <http://doi.org/10.1590/1414-462x201700010185>

GUERRERO, P.; MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R. e ERDMANN, A. L. User embracement as a good practice in primary health care. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>

HAN, B. C. **Sociedade do cansaço**. São Paulo: Vozes, 2015.

HELOANI, R. e BARRETO, M. **Assédio moral**: gestão por humilhação. Curitiba: Juruá, 2018.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 57, n. 6, p. 733-737, 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600021>

JACOBY, A. R.; FALCKE, D.; LAHM, C. R. e NUNES, G. J. Assédio moral: uma guerra invisível no contexto empresarial. **Revista Mal Estar e Subjetividade**. v. 9, n. 2, p. 619-645, 2009. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000200011&lng=pt&tlng=pt

JEONG, D. J. Y. e KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 31, n. 4, p. 655-661, 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400007>

JORGE, J. C. e GUIMARÃES, C. M. Estratégia saúde da família: a enfermagem e o cuidar humanizado. **Estudos** 41 (especial), p. 113-124, 2014. Disponível em <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/3812/2176>

KESSLER, A. I. e KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n. 1, P. 49-55, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007>

MARTINS, D., GOLDBERG, A. e SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**. v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>

MENDES, A. M. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In A. M. Mendes (Ed.), **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 49-87.

MENDES, A. M. **Desejar, Falar, Trabalhar**. Porto Alegre: Fi, 2018.

MENDES, A. M. e ARAUJO, L. K. R. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho – O Sujeito em Ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

MENDES, A. M. e DUARTE, F. S. Mobilização subjetiva. In F. de O. Vieira, A. M. Mendes e Á. R. C. Merlo (Orgs.), **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá; 2013. p. 258-262.

MENDES, T. e AREOSA, J. (2016). Quando o lugar da cura também causa danos: riscos e acidentes de trabalho num hospital de Lisboa. *International Journal on Work Condition*, (12), 135-153.

MERLO, A. R. C.; TRAESEL, E. S. e BAIERLE, T. C. Trabalho imaterial e contemporaneidade: um estudo na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. n. 63 (spe), p. 94-104, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000300010&lng=pt&tlng=pt

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde** (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2010.

MORAES, R. D. Estratégias defensivas. In F. de O. Vieira, A. M. Mendes, Merlo e A. R. C. (Orgs.), **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá; 2013. p. 153-157.

NASCIMENTO, R. V. C. **Trabalho precarizado e transtorno mental: a visão dos profissionais de um CAPS de Belém-PA** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil, 2015.

NOGUEIRA, V. M. R. e FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras – Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**. v. 13, n. 2, p. 245-260, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.20396/sss.v13i2.8634903>

NUNES, C. M.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. e KURCGANT, P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 2, p. 252-257, 2010. Disponível em <http://doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. **Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**. Resolución CD53.R14. Washington, D. C.: OPS/OMS, 2014. Disponível em http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud **La salud de los migrantes**. Resolución CD55/Rev. 1. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2016. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31442/CD55-11%2C%20Rev.1-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

PASSOS, J. P. e CIOSEK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400003>

PEREIRA, A. M. M.; CASTRO, A. L. B.; OVIEDO, R. A. M.; BARBOSA, L. G.; GERASSI, C. D. e GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: Mudanças e tendências. **Saúde em Debate**. v. 36, n. 94, p. 482-499, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300019>

PEREIRA, F. H. L. C. S., SOUSA, L. M. e ALVERNE, T. C. F. M. Direito à saúde para o residente fronteiriço: Desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**. v. 8, n. 3, p. 35-53, 2018. Disponível em <http://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5672>

PRATA, L. A. P. Um novo locus de formação das políticas públicas de saúde: O diagnóstico da saúde pela política judiciária do Conselho

Nacional de Justiça. In G. P. Smanio e P. T. M. Bertolin (Orgs.), **O direito e as políticas públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas; 2013. p. 45-62.

SANTOS, J. L. G.; PROCHONOW, A. G.; SILVA, D. C.; SILVA, R. M.; LEITE, J. L. e ERDMANN, A. L. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**. v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100014>

[SILVA, R. G. M.; POSSAS, C. R. S. S.; BARBOSA, M. R.; ARAUJO, H. F. e SANTOS, M. S. C.](#) Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. v. 20, n. 2, p. 145-148, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219>

SOBOLL, L. A. P. Assédio moral no trabalho. In P. F. Bendassolli e J. E. Borges-Andrade (Orgs.), **Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015. p. 85-94.

SOBOLL, L. A. P. e GOSDAL, T. C. **Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar**. São Paulo: LTr, 2009.

SOUZA, N. V. D. O.; CORREIA, L. M.; CUNHA, L. S.; ECCARD, J.; PATRÍCIO, R. A. e ANTUNES, T. C. S. O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 1, p. 250-257, 2011. Disponível em <http://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100035>

STRADA, C. F. O. **Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina)**: uma análise da política (Dissertação de Mestrado). Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, Brasil, 2018.

TRAESEL, E. S. e MERLO, Á. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100005>

VEDOVATO, L. R. **O direito de ingresso do estrangeiro: a circulação das pessoas pelo mundo do cenário globalizado**. São Paulo: Atlas, 2013.

Artigo apresentado em: 25/01/2021

Versão final apresentada em: 17 /03/2021

Aprovado em: 18/03/2021