

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO,
ATUÁRIA E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

ELOISA VILAS BOAS ROSAS GREGGIO

**OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE TRABALHO CONSTRUÍDOS PELOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ASSISTEM PACIENTES COM HIV/AIDS**

**FORTALEZA -CE
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ELOISA VILAS BOAS ROSAS GREGGIO

**OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE TRABALHO CONSTRUÍDOS PELOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ASSISTEM PACIENTES COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia,
Administração, Atuária e Contabilidade da Univer-
sidade Federal do Ceará, como requisito final para
obtenção do Título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Gestão Estratégica e Tecno-
lógica de Recursos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Caubi Ribeiro Tupinambá

**FORTALEZA - CE
2006**

FICHA CATALOGRÁFICA

G **GREGGIO, Eloisa Vilas Boas Rosas**

Os significados das práticas de trabalho construídos pelos profissionais de saúde que assistem pacientes com HIV/Aids./ Eloisa Vilas Boas Rosas - Fortaleza, 2006.

185 f.

Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará – FEAC/UFC.

1. HIV/Aids. 2. Profissionais de Saúde. 3. Gestão Estratégica de Pessoas. 4. Significados do Trabalho.

CDD

658

CDU

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELOISA VILAS BOAS ROSAS GREGGIO

OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE TRABALHO CONSTRUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ASSISTEM PACIENTES COM HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Administração.

Aprovada em 23 outubro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. **Antonio Caubi RibeiroTupinambá** - Orientador
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. **Marli Teresinha Gimeniz Galvão**
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. **Henrique Figueiredo Carneiro**
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de aprimoramento pessoal e espiritual neste planeta.

Ao meu pai Dário, que me ensinou a jogar, brincar e sonhar como forma livre de viver e à minha mãe Nina, que me deu o modelo de persistência e garra diante dos obstáculos da vida e ainda transformar em prazerosos e alegres os momentos difíceis. Aos dois devo o modelo de solidariedade introjetado em meu ser e o apoio incondicional às minhas aventuras de estudo e trabalho.

Ao João meu amor, amigo, parceiro e coadjuvante nas diversas cenas de sobrevivência que compartilhamos e pela companhia ininterrupta em nossa caminhada.

Aos meus amados filhos Leandro e Luciano que me favoreceram a mágica vivência de ser mãe.

Aos meus enteados Bruno, Bernardo e Bárbara que suscitaram em mim o aperfeiçoamento interior diante de sentimentos contraditórios advindos de nossa realidade.

Às minhas irmãs Norma e Lizete que acompanharam e compreenderam, à sua maneira, minhas ausências por força do estudo e trabalho.

Aos meus sobrinhos, que embora distantes, participaram da torcida.

Aos dedicados guardiões caninos, Freulein, Sacha, Druzila - que já se foram – e atualmente Tess e Danka, pela tranqüilidade advinda de seu fiel trabalho e amor na guarda à nossa casa na Tabuba.

Aos meus amigos de Brasília, os quais não esqueço pelo desenvolvimento mútuo de nossa amizade e que fazem parte de mim como profissional e pessoa.

Aos amigos de mais perto, do Ceará, que souberam pacientemente aguardar a possibilidade de convívio nesses 24 meses de dedicação ao mestrado.

Ao psicodrama de Jacob Levi Moreno, onde me senti acolhida na minha forma espontânea de ser nesse mundo.

Ao CVV - Centro de Valorização da Vida e a todos os voluntários que lá estiveram ou estão pelo valioso ensinamento em ser um voluntário anônimo.

À minha primeira orientadora, Profa. Dra. Hilda Coutinho, por reforçar em mim a importância do cuidar da competência interpessoal, em especial, na relação entre orientador e orientando.

Ao meu segundo orientador, Prof. Caubi Ribeiro Tupinambá por ter embarcado comigo na difícil tarefa de finalização com vistas à qualificação e aprovação desse estudo.

Aos meus amigos mestrando, Céu, Carlos Augusto, Dulce, Adriana, Roxane, Fabrício, pelos momentos de partilha das idas e vindas no percurso de realização desse trabalho e aos outros colegas da turma, pelo modo ímpar de convivência integrativa que construímos nesses dois anos de aprendizado.

A todos os meus clientes do consultório ou empresas, treinandos, alunos da graduação, pós-graduação e psicodramatistas formados e em formação, que puderam me ouvir falar sobre os estudos desse mestrado e possibilitaram organizar meus pensamentos.

À FAMETRO – Faculdade Metropolitana de Fortaleza, em especial à bibliotecária Ana Maria Dourado e sua equipe de colaboradores, que por todo o tempo de pesquisa e escrita me acolheram com carinho e confiança nas muitas horas de estudo e significativas buscas literárias.

Aos soropositivos que transitam como eu no HSJ – Hospital São José, e aos que já se despediram - em especial aos que me deram a honra de presenciar sua despedida e a emoção ímpar de seu último adeus -, e que fizeram brotar em mim a vontade de estudar sobre o mundo das relações de quem os cuida ou cuidou e permanecem nutrindo a motivação para o estudo carinhoso da complexa existência reacional àqueles que deles cuidam.

A todas as pessoas HIV/Aids que convivo e convivi e que me ensinaram que se faz na hora o que se tem a fazer, ou poderá não haver nova oportunidade.

Aos amigos e parceiros do Grupo Girassol pela força e adesão que compartilhamos em nossa missão como voluntários da AVHSJ – Associação de Voluntários do Hospital São José. Em especial à Mirtes, que me fez o convite inicial para o treinamento, posterior ingresso no Grupo. A ela também devo a postura de ativismo no mundo da Aids.

Aos profissionais de saúde do HSJ participantes diretos ou não da pesquisa pelo auxílio, apoio e estímulos constantes.

RESUMO

Trata-se de um estudo realizado com uma equipe de profissionais que assistem pacientes com HIV/Aids num hospital público especializado de Fortaleza. Buscou-se identificar, compreender e analisar os significados que esses profissionais de saúde atribuem a seu trabalho nesse hospital referência em doenças infecto-contagiosas no Ceará. Utilizou-se metodologia de cunho qualitativo, sendo instrumentos de coleta de dados a “entrevista semi-estruturada” e o “grupo focal” conduzido à luz da teoria psicodramática. Dez profissionais da equipe de saúde do Serviço de Assistência Especializada - SAE, também chamado, no Hospital, de Ambulatório, foram entrevistados com o objetivo de identificar as competências técnicas específicas; conhecer a natureza das relações humanas no trabalho; estudar os nexos com a instituição; pesquisar como esses profissionais eram vistos pela sociedade e inquirir sobre dificuldades e facilidades concernentes à sua prática profissional; investigar as conexões entre a visão de gestão estratégica e as práticas da equipe. Para análise do conteúdo das entrevistas elegeu-se o referencial metodológico de Bardin (2004). O método preconizado pelo autor caracteriza-se como um tratamento da informação contida nas mensagens e pode ser uma análise de significados (temática) ou uma análise de significantes (léxica, de procedimentos). Observou-se a existência de uma visão heterogênea desses cuidadores quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática do seu trabalho; bem como que esses profissionais experimentam e vivenciam sentimentos e afetos diferenciados e contraditórios em consequência de suas práticas e acreditam que são vistos pela sociedade de forma estigmatizada. Recomendou-se, a partir das análises efetuadas, a necessidade da realização de um trabalho de desenvolvimento de equipe, face aos seus anseios pela interdisciplinaridade; implantação da administração de recursos humanos por competências; uma eventual mudança na organização do trabalho desses profissionais, no sentido de alinhá-la à gestão estratégica de pessoas e, por fim, a realização de terapêuticas psicológicas e de gestão com a equipe de saúde que atua no SAE do HSJ, por se ter identificado a importância de cuidar desses cuidadores.

Palavras-chave: 1. HIV/Aids. 2. Profissionais de Saúde. 3. Gestão Estratégica de Pessoas. 4. Significados do Trabalho.

THE MEANINGS OF WORK PRACTICES BY HEALTH PROFESSIONALS THAT TREAT HIV/AIDS PATIENTS.

ABSTRACT

The present study was developed with a professional team that works with HIV/Aids patients in a public hospital of Fortaleza. It aimed to identify, comprehend and analyze the meanings these health professionals give to their practice at this main reference public hospital for infectious-contagious diseases. Qualitative approach was applied, the data research being collected through interviews and focal group based on psychodramatic theory. Ten professionals from Specialized Assistance Service – SAE, also known, at the hospital, by ambulatory, were interviewed to identify their technical core competences; know the nature of human relations at work; study their links to the institution; research how these professionals are seen by society as well as the difficulties and/or facilities in what concerns their professional practice; investigate the links between strategic management vision and crew practices. The interview contents was analyzed based upon the Bardin's (2004) methodological principles, which commend a treatment of the information of the messages that can be made through a analysis of the meanings (thematic) or a analysis of the significance (lexical, of proceedings). It was noticed a heterogenic perception in the community of these professionals on their necessary knowledge, abilities and attitudes to the efficient work, and how these professionals experiment different and contradictory feelings in consequence of their practices and believe that society have stereotypes about them. Based upon the results of theses analyzes it was suggested the planning of a local team work development with the different kinds of professionals that lead with these patients, once it was noticed a necessity of interprofessional attitudes and practices; the implementation of human research administration by competences and a possible change in the way of administration of this specialized work in linking it with the strategic management of human researches and the proceeding of psychological and managerial nature with the health team from the HSJ SAE, once it was identified the necessity of this kind of intervention in this professional group.

Keywords: 1. HIV/Aids. 2. Health professionals. 3. Strategic management. 4. Work meanings.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E ANEXOS

QUADROS

<i>Quadro 1 – Competências</i>	68
<i>Quadro 2 - Contextualização do Campo de Pesquisa HSJ</i>	75
<i>Quadro 3 - Composição da Equipe e Amostra Multidisciplinar do SAE do HSJ</i>	76
<i>Quadro 4 – Tempo no HSJ e SAE e Cargos dos Participantes da Pesquisa</i>	91
<i>Quadro 5 - Correspondência entre as Questões da Entrevista e os Objetivos Específicos</i>	92
<i>Quadro 6 - Pressupostos e Objetivos Específicos da Pesquisa</i>	94
<i>Quadro 7 - Resumo das Respostas às Questões 3 e 4 para Atendimento ao Primeiro Objetivo Específico</i>	95
<i>Quadro 8 - Resumo dos Pontos Positivos e Negativos do HSJ nas Falas Recorrentes</i>	109
<i>Quadro 9 - As Seis Competências mais Importantes para o Cuidador de PVHA</i>	111
<i>Quadro 10 - Resultado Obtido, por Pressuposto</i>	134

ANEXOS

<i>ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista</i>	150
<i>ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	151
<i>ANEXO 3 - Caderno de Campo para as Entrevistas</i>	153
<i>ANEXO 4 - Caderno de Campo para os Grupos Focais</i>	166
<i>ANEXO 5 - Desenhos Criados no 3º e 4º Encontros do Grupo Focal</i>	178

ILUSTRAÇÕES

<i>Ilustração 1 - Desenho livre</i>	178
<i>Ilustração 2 - Meu trabalho no HSJ</i>	179
<i>Ilustração 3 - Multidisciplinaridade da equipe de saúde do ambulatório do HSJ (Participante “A”)</i>	180
<i>Ilustração 4 - Multidisciplinaridade da equipe de saúde do ambulatório do HSJ (Participante “B”)</i>	181
<i>Ilustração 5 - Interdisciplinaridade (desejada) para a equipe de saúde do ambulatório do HSJ (participante A)</i>	182
<i>Ilustração 6 - Interdisciplinaridade (desejada) para equipe de saúde do ambulatório do HSJ (participante B)</i>	183

LISTA DE SIGLAS

- ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
- ABONG - Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais
- AIDS – Sigla para o termo em inglês *Acquired ImmunoDeficiency Syndrome*
- Aids – Doença clínica decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo HIV de tipos 1 e 2.
- ARVS - Anti-Retrovirais
- AVSJ - Associação de Voluntários do Hospital São José
- AZT – Azidotimidina (medicamento)
- CDRH - Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos
- CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
- CEP/HSJ - Comitê de Ética e Pesquisa/Hospital São José
- CVV - Centro de Valorização da Vida
- DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana ou *Human Immunodeficiency Virus*
- HSJ - Hospital São José de Fortaleza
- MS - Ministério da Saúde
- NUHEP - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONG's - Organizações Não-Governamentais
- PN - Plano Nacional
- PVHA - Pessoas que Vivem com HIV/Aids
- QVT - Qualidade de Vida no Trabalho
- SAE - Serviço de Assistência Especializada (nomenclatura do Ministério da Saúde)
- SIDA - Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida
- TCLE - Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas contra HIV/Aids
- USP - Universidade de São Paulo

INDICE ANALÍTICO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES E ANEXOS	vii
INDICE ANALÍTICO	ix
INTRODUÇÃO	11
2.1 GERAL	22
2.2 ESPECÍFICOS	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 O HOSPITAL	23
3.2 AS IDÉIAS DE ANGERAMI-CAMON ACERCA DO COMPORTAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	27
3.3 A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	32
3.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) E O PROFISSIONAL DE SAÚDE	34
3.5 A EQUIPE TRANSDISCIPLINAR	38
3.6 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	41
3.4 A AIDS	45
3.4.1 Conceito e evolução	45
3.4.2 A Aids e a morte	48
3.4.3 A situação no Brasil	53
3.4.4 A situação no Ceará	58
3.4.4.1 A situação no Hospital São José	60
3.5 GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS	61
3.5.1 Organização do trabalho na visão da gestão estratégica de pessoas	64
4 METODOLOGIA	72
4.1 TIPO DE PESQUISA	72
4.2 LOCAL	74
4.2.1 O Serviço de Assistência Especializada - SAE do Hospital São José	75
4.3 SUJEITOS	77
4.3.1 Os critérios de inclusão	77
4.4 INSTRUMENTOS E INSTRUÇÕES	78
4.4.1 Entrevista semi-estruturada	78
4.4.2 Grupo focal	80
4.5 PROCEDIMENTOS	83
4.5.1 Da entrevista	83
4.5.2 Do grupo focal	85
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS	89
4.6.1 Análise dos conteúdos das entrevistas e dos grupos focais	89
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA	91

5.2 CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS QUESTÕES DA ENTREVISTA E OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	92
5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	92
5.3.1 <i>Tratamento e análise dos dados</i>	92
5.3.2 <i>Categorias</i>	94
5.4 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DOS GRUPOS FOCAIS	109
5.4.1 <i>Desenvolvimento dos grupos focais</i>	110
5.5 RELACIONANDO OS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS, DOS GRUPOS FOCAIS E AS IDÉIAS DE ANGERAMI-CAMON	114
5.5.1 <i>A questão do preconceito</i>	115
5.5.2 <i>Interdisciplinaridade ao invés da Multidisciplinaridade</i>	118
5.5.3 <i>Comentários sobre avaliações e retro-alimentações positivas</i>	120
5.6 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DO SAE DO HSJ	121
5.6.1 <i>Sobre o não ter a oportunidade de atender e acompanhar os pacientes, no seu processo evolutivo.</i>	127
5.6.2 <i>Sobre o não exercício de outras atividades consideradas prioritárias pelos profissionais do SAE.</i>	128
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
6.1 CONCLUSÕES SOBRE OS PRESSUPOSTOS	130
6.2 COMENTÁRIOS E RECOMENDAÇÕES	134
REFERÊNCIAS	141
ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista	150
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
ANEXO 3 - Caderno de Campo para as Entrevistas	153
ANEXO 4 - Caderno de Campo para os Grupos Focais	166
ANEXO 5 - Desenhos Criados no 3º e 4º Encontros do Grupo Focal	178
ÍNDICE ONOMÁSTICO	184

INTRODUÇÃO

Aquilo que se faz por amor, parece ir sempre além dos limites do bem e do mal.

Nietzsche

O tema abordado no presente trabalho é, na visão da autora, muito mais de natureza sociopsicológica do que médica. À pesquisa aqui desenvolvida importa a visão do trabalhador de saúde sobre suas práticas profissionais, como vê e acha que é visto pela comunidade, bem como o seu olhar significando conteúdos próprios e identitários. Acredita-se que o profissional de saúde que cuida de pessoas que vivem com HIV/Aids possui um perfil diferenciado de outros profissionais de saúde que atuam com outros tipos de patologia.

A autora dessa dissertação pôde conhecer de perto a doença, quando em seu primórdio no Brasil, mais exatamente em Brasília por volta de 1988. A aproximação se fez presente através do conhecimento da doença em pessoas, de seu relacionamento, surpreendidas pela infecção. Era um momento de muitas interrogações e incertezas e, como para os doentes, a ameaça de morte e perda era real. A família amiga foi atingida drasticamente e as emoções fluíram como em corrente abrangendo tudo e todos que se avizinhavam. Foi quase um adoecer conjunto de parentes e amigos dos reais soropositivos. Nessa experiência devastadora, a primeira pessoa diagnosticada morreu em 6 meses e a segunda, seu irmão, em um ano após o diagnóstico.

O interesse pelo tema resulta em parte do trabalho da autora em forma de cuidado, atenção e aprendizado técnico e relacional no atendimento a PVHA. A partir do ano 2000 engajava-se no trabalho voluntário que até hoje desenvolve junto a pacientes internados no hospital – campo da pesquisa aqui relatada. Os plantões semanais constituíram a forma intensa de inserção no mundo do HIV/Aids, através das ações nos aspectos mais concretos de humanização, nos gestos cotidianos de solidariedade. Dificuldades se faziam inerentes ao ato pessoal de cuidar com tanta proximidade física e afetiva, na convivência com questões de sobrevivência do soropositivo como o objeto de ataque, ou ainda, o sujeito orgânico e social vítima do vírus e combalido diante de sua ferocidade, comprometendo sua imunocompetência, destroçando os vínculos, atingindo o ser, distorcendo a imagem estética.

Ao lado desse desastre orgânico-social, foram presenciados diálogos entre pacientes e profissionais de saúde dedicados e esperançosos, mas ao mesmo tempo atingidos e igualmente atacados por uma desesperança e impotência. Perguntas pairavam no ar: como lidar com tal ambivalência – o cuidar, mas sem esperança? O dedicar-se com a possibilidade e em alguns casos até a certeza de ser em vão? Por que, então, fazê-lo? Por que tê-lo escolhido? O que leva alguém a se dedicar a essa prática? A pesquisadora também se sentiu incluída nessas e noutras indagações, como: quanto tempo dura o ato de ser solidário, e para quê ele existe e se mantém? E porque não ser solidário a uma causa mais profícua como a inclusão de deficientes na educação e no trabalho? Algo que houvesse frutos observáveis e mensuráveis, trazendo satisfação e alegria? Mas não, como alienados à própria dor, solidarizando-se¹ aos soropositivos, lá permanecem os voluntários e todos os que fazem o HSJ (as assistentes sociais, enfermeiros, odontólogos, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, auxiliares de nutrição, maqueiros, vigilantes, recepcionistas, auxiliares da administração, motoristas, funcionários e terceirizados mantenedores da higiene e limpeza do hospital). O templo dos que procuram abrigo orgânico e social após o ciclone advindo do teste “HIV positivo”.

Qual seria o caminho para entender tal persistência? Em que o profissional de saúde que atende soropositivos difere do que cuida de outras patologias? Onde reside o diferencial?

Diante de tantas perguntas esse trabalho científico se arvorou a responder algumas delas. E para o leitor interessado em respostas convida-se à leitura da trajetória percorrida pela pesquisadora com desvios e atalhos em busca da compreensão dos significados das práticas de trabalho dos profissionais que cuidam de PVHA, no SAE do HSJ. Garante-se aos curiosos pelo tema, percursos e assuntos atrativos e intrigantes e, ao final, possivelmente outras interrogações formuladas.

Os primeiros questionamentos foram delineados quando da participação em seleção para mestrado em psicologia. Com o ingresso no mestrado de administração as questões

¹ A solidariedade é um ato humano independente de crença ou de prática religiosa. O termo em inglês, *solidarity*; no espanhol, *solidaridad*; no francês, *solidarité*; no italiano, *solidarietà*; no alemão, *solidarität wechselseitige*. Popularizou-se na imprensa a partir de 1980 quando o polonês Lech Walesa fundou o Sindicato *Solidarnosc* que é solidariedade (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE, de 06 Jun. 2006, Cad. 3, p. 3, Coluna Palavras, lógica e sentido).

tomaram corpo quando do desenvolvimento de seminário da disciplina Gestão Estratégica e Instrumental de Recursos Humanos. Visualizou, então, a pesquisadora a oportunidade de associar os conhecimentos da administração profissional, sua experiência como consultora de empresa, tendo como foco a gestão de pessoas, sua atuação como psicodramatista em instituições de diversos setores da produção, ao seu olhar psicossociológico inicial. O crescer e afirmar-se no trabalho atual da autora vem se dar a partir do caminhar lado a lado com os profissionais de saúde que atuam com estes pacientes. O estudo e compreensão dos significados que esses profissionais têm sobre o seu trabalho cada vez mais reforça a atitude da pesquisadora como participante das vidas dos pacientes que atende tão proximamente nas circunstâncias de fragilização, dependência e sensibilidade em consequência aos resultados de seus testes ou ao serem hospitalizados.

A Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais – ABONG (2000) divulgou que o Brasil é o terceiro país com maiores índices de pessoas infectadas pelo HIV em todo mundo, atrás apenas dos EUA e do Quênia. A Aids foi reconhecida, pela primeira vez, em 1981 e, desde então, se tornou uma pandemia² mundial de grande impacto social, político, emocional e profissional. É causada pelo HIV, levando à destruição e ao dano funcional das células do sistema imunológico.

Seffner (2005) aborda que o surgimento da Aids no Brasil, em 1982, levou ao estabelecimento de respostas públicas que priorizaram reduzir a incidência de transmissão do HIV e das DST na população em geral e em grupos mais vulneráveis. Priorizaram-se também as ações imediatas no âmbito das manifestações clínicas, visando melhorar a qualidade e expectativa de vida para as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Em 1997 foram reconhecidos vários saberes que tinham essa infecção/doença como foco, e que destacavam não haver uma clivagem³ entre o orgânico e o psíquico. A inter-relação, a integração e a circularidade dos fenômenos expressos orgânica e psiquicamente é tal, que se fala numa indivisível totalidade somato-psíquica.

² O conceito moderno de **pandemia** é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha por vários países e por mais de um continente. Disponível em: < <http://topazio1950.blogs.sapo.pt/>>. Acesso em 13 Set. 2005

³ Clivagem (mineralogia) - relativa à forma como muitos minerais quebram segundo planos bem definidos. Clivagem (embriologia) - relativa à divisão celular que ocorre nos embriões. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Clivagem>>. Acesso em 21 de Jul. 2006. Aqui o termo é utilizado no sentido de “quebra ou divisão”.

Os fenômenos coletivos que se costuma observar, descrever e transformar em estatísticas que compõem as epidemiologias evidenciam indivíduos, cuja subjetividade⁴ leva-os a variados comportamentos, os quais incidem não apenas no estado físico, mas em todos os aspectos de suas vidas.

O tratamento do organismo infectado, indispensável para sua existência, assim como as mudanças de conduta individual, imprescindíveis para as transformações coletivas, no que tange a percepção das pessoas com HIV/Aids por parte da sociedade, tornam-se inviáveis se não for levado em conta o componente da subjetividade, que González-Rey (2003, p. 75) compreende como “dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico”. O indivíduo é o ponto de interseção de uma multiplicidade de variáveis em seu contato com o mundo. Para o nomeado autor a forma de experimentar em sua consciência este entrecruzamento é o que se chama subjetividade.

Algumas conseqüências subjetivas da epidemia - como os estressores - causam no que tange aos aspectos social, emocional e físico, impactos traumáticos sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids assim como aos seus parceiros, familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais, comunidade e população em geral. Essas pessoas podem experimentar *burnout*⁵, rejeição ou envolvimento exacerbado.

O trabalho voluntário da pesquisadora é desenvolvido há seis anos no Hospital São José de Doenças Infecciosas - HSJ, referência no Estado do Ceará no tratamento de doenças infecto-contagiosas. Os pacientes diagnosticados soropositivos e que integram as duas Unidades de HIV/Aids, compostas de 36 leitos são atendidos em situação de voluntariado. A

⁴ González Rey (2002, p.29) afirma que “(...) la subjetividad no es, como en ocasiones percibimos que es tratada, una negación de la objetividad, sino una forma del comportamiento objetivo de lo real, un real que no se expresa en dimensiones sensoriales evidentes, sino que se constituye en complejos sistemas de sentido subjetivo y significación que implican un esfuerzo constructivo del investigador para ser conocidos. Todas las dimensiones objetivas que caracterizan la existencia humana aparecen en la subjetividad constituidas en forma de sentido y significados, que no son simples reflejos de una condición objetiva única del ser humano, sino de una compleja red de informaciones, instituciones, relaciones, modelos, representaciones, climas sociales, etc., que, al confrontar-se con la historia del sujeto, la cual tampoco es una suma de los hechos objetivos que tuvieron lugar en su vida, dan lugar al sentido subjetivo y la significación de la experiencia.

⁵ A expressão *burnout* designa uma forma particular de estresse, relacionado ao contexto assistencial, em que os profissionais estão expostos de forma continuada ao impacto de uma relação interpessoal de cuidado, em condições freqüentemente problemáticas ou conflitivas. Essa expressão, de forma pertinente, designa aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=540>. Acesso em 04 Set. 2005.

síndrome sócio-emocional e orgânica que o envolve, caracteriza como preponderante a humanização na vivência e relacionamento com esse tipo de paciente.

A atuação da autora no hospital tem como foco a assistência ao doente e não à doença. O paciente precisa ser mais ouvido do que é, pelo médico e por todos que dele cuidam. É sabido que se o paciente não explicar detalhadamente a história de sua doença, os problemas que ela lhe acarreta, a sintomatologia, enfim, se o profissional não escutar tudo o que o doente tem a lhe dizer será impossível para ele estabelecer um diagnóstico. O diálogo versando sobre a compreensão do modo de viver do paciente, como tem sido a convivência dele com sua doença e como tem encarado a nova realidade é primordial para o bom atendimento e para a eficácia do tratamento. O efeito emocional pode agir no paciente soropositivo influenciando diretamente em sua carga viral e células de resistência orgânica, reduzindo-as e levando-o a contrair as doenças oportunistas. Por isso, a formação do vínculo com o cuidador é significativa e facilitadora do êxito para alcance dos resultados pretendidos.

O ser atingido pelo mal do século – a Aids – que tem sobre si a sentença de morte, que não sabe quando isso ocorrerá, submete-se, a todo instante, aos “balanços da consciência” no que tange aos seus comportamentos sexuais, sociais, religiosos, evitados de práticas arrojadadas, atos transgressores e marginais sob a ótica das condutas usualmente aceitas pela sociedade.

Nos grupos sociais nos quais está inserido, o soropositivo conta frequentemente com atores atônitos, muitas vezes insensíveis, preconceituosos e omissos. Os impactos da patologia no funcionamento normal da vida dos indivíduos são usualmente compartilhados com o cuidador que o atende.

O preconceito e a exclusão social contornam, substanciam e ainda reinam no mundo dessa doença avassaladora da intimidade do ser e de sua imagem corporal e social. Na medida que o corpo decai, definha, emagrece e denuncia a presença da doença, seu detentor vê seu “invólucro” desfazer-se, distanciar-se do “antes” da doença. A sociedade assiste impassível e impotente e sem ter como atuar, cria barreiras de defesa à aproximação justificando-se com atos voltados à biossegurança, auto-proteção quanto a possibilidade de contágio, hipocrisia, ausência de ética e condutas inadequadas do ponto de vista comportamental. Assim, considera-se como ponto nevrálgico na vida do soropositivo a “Aids Social”, aquela que

estigmatiza, acolhe e nutre preconceitos e estereótipos, mesmo com todo o cabedal de informações hoje veiculado sobre a doença, sua forma de contaminação, cuidados e comportamentos seguros em relação à patologia.

Fritjof Capra (1999) já dizia que a crise atual que se vive é, antes de tudo, uma percepção, pois já se entende que uma realidade não pode ser concebida a partir de um único prisma, de uma única visão de mundo elaborada em um período específico da história.

A patologia atinge fortemente a subjetividade daqueles que a contraem, assim como de todos que os circundam, como: diversas sub-populações de PVHA, as quais possuem características peculiares; profissionais de saúde que os assistem; parentes; parceiros; amigos; companheiros; colegas de trabalho; comunidades nas quais estão inseridos, que reagem com envolvimento ou rejeição ao quadro apresentado. Tais pessoas são abaladas nos seus aspectos emocionais, sociais, econômicos e físicos, podendo vivenciar depressão, *burnout*, desgaste físico, relacional e profissional.

A seguir os pressupostos levantados na presente pesquisa. Os profissionais de saúde que atuam com PVHA:

1. Acreditam que são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes específicas e inerentes ao “mundo da Aids”, diferentemente do que ocorre no atendimento a pacientes com outros tipos de doenças;
2. Experimentam afetos diferenciados (vinculação, angústia, tensão, ambivalência, prazer, sofrimento);
3. Vêm como frágeis os nexos institucionais ao seu trabalho;
4. Percebem-se como estigmatizados pela modalidade de trabalho que exercem;
5. Pensam que existem pontos de entrave e favorecimento nesse trabalho; e
6. Carecem de conexões entre a visão de gestão estratégica e as práticas da equipe.

A problematização do presente estudo pode ser resumida na seguinte pergunta: *Quais os significados e afetações atribuídos ao seu trabalho pelos profissionais de saúde que assistem PVHA?*

A pesquisa objetivou, portanto, investigar os significados construídos pelos profissionais de saúde que assistem pessoas que vivem com HIV/Aids no HSJ em Fortaleza, no Ceará, acerca de suas práticas de trabalho, bem como a relação dessas práticas com a gestão estratégica de pessoas.

O foco de interesse da pesquisadora transitou entre o conhecer e apreender cientificamente sobre as competências necessárias e as influências sobre esses atores dos fatores que os afetam em consequência do desempenho do seu trabalho. Questões sobre as repercussões sentidas pelos cuidadores, decorrentes do trato com esses pacientes foram incentivadoras ao estudo, já que empiricamente o ambiente, as relações mantidas com pacientes que frequentam o HSJ eram e são vivenciadas pela mestrandia em suas funções como voluntária. Havia, então, a motivação pessoal.

A investigação foi realizada com base no método qualitativo, por meio de entrevista semi-estruturada e de grupo focal. Espera-se que os resultados desse estudo sirvam de subsídio e possam contribuir para o enriquecimento técnico e tático do grupo gestor dessa instituição hospitalar, favorecendo reflexões e análises com vistas a intervenções futuras que ajudem a facilitar o enfrentamento das mudanças de comportamento individual, coletivo e institucional no que se refere a atuação dos trabalhadores que fazem o atendimento de pacientes acometidos pela doença.

Os sujeitos foram 10 profissionais, parte da equipe multidisciplinar de saúde (que atua no SAE do HIV/Aids do HSJ, heterogênea na sua formação profissional e acadêmica, compreendendo auxiliares de enfermagem, assistente social, enfermeira, médico, odontóloga, psicóloga), de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 60 anos, com tempo de experiência de 5 a 20 anos no atendimento a soropositivos, dispostos a colaborar com o presente estudo.

A pesquisa atendeu as seguintes etapas:

1. Na introdução discorreu-se sobre a motivação da pesquisadora para este estudo e o seu foco – o profissional de saúde que trabalha com PVHA. Citou-se a relação da pesquisadora com o tema da dissertação e o porquê de sua escolha. Discorreu-se sobre a Aids. O surgimento, evolução do modo de tratá-la, aspectos psicossociais e subjetivos advindos de seu convívio. Enumerados os seis pressupostos da pesquisa, formulada a problematização, definida a amostra escolhida e o local da investigação;

2. O objetivo geral referiu-se a investigar os significados das práticas de trabalho construídos pelos profissionais de saúde que assistem pessoas que vivem com HIV/Aids. Os objetivos específicos foram:
 - Identificar as competências técnicas específicas por eles percebidas, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes;
 - Conhecer a natureza das relações humanas por eles indicadas;
 - Estudar os nexos que têm com a instituição;
 - Pesquisar como são vistos pela sociedade;
 - Inquirir sobre dificuldades e facilidades concernentes à sua prática;
 - Investigar as conexões entre a visão da gestão estratégica e as práticas da equipe.
 - Ao final desse estudo subsidia-se a instituição hospitalar com os resultados da pesquisa, fornecendo-se dados para futuros trabalhos que possam contribuir para a eficácia no atendimento aos clientes internos – seus recursos humanos – e clientes externos, seus usuários.

3. Na revisão da literatura destacou-se:
 - a) O Hospital;
 - b) As idéias de Angerami-Camon acerca do comportamento do profissional de saúde,

- c) A síndrome de *burnout*,
 - d) Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e o profissional de saúde,
 - e) A equipe transdisciplinar;
 - f) Administração hospitalar;
 - g) A Aids (conceito e evolução, a Aids e a morte, a situação no Brasil, a situação no Ceará, a situação no Hospital São José); e
 - h) Gestão estratégica de pessoas (organização do trabalho na visão da gestão estratégica de pessoas).
4. A metodologia abrangeu a abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. O campo de pesquisa para efetivação do estudo foi o HSJ, em Fortaleza, no Ceará. A equipe multidisciplinar atuante no SAE de HIV/Aids do HSJ foram os sujeitos desse estudo. Dos 40 profissionais de saúde que lá atuavam 10 foram convidados a se submeter à entrevista; o critério para estabelecimento da amostra baseou-se nos seguintes itens:
- a) Fazer parte da equipe interdisciplinar de saúde que atende no SAE de HIV/Aids (assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico, odontóloga, psicóloga, técnico de enfermagem) independente de sexo ou nível de escolaridade;
 - b) Mínimo de um ano trabalhando no SAE de HIV/Aids;
 - c) Ter interesse em participar da pesquisa como voluntário; e
 - d) Ter disponibilidade para compartilhar suas vivências profissionais.

O instrumento principal foi a entrevista semi-estruturada. O roteiro de entrevista – anexo 2 foi testado antes de ser aplicado em toda a amostra. Como instrumento auxiliar foi utilizado o grupo focal, constituído de parte dos profissionais de saúde do ambulatório ou SAE do HSJ, já submetidos à citada entrevista, desenvolvido à luz da metodologia psicodramática. Além disso, utilizou-se o caderno de campo - anexo 4, para anotações das observações, impressões e sentimentos da pesquisadora. O equipamento utilizado foi um gravador;

5. Nos resultados e discussão assinalou-se a utilização do enfoque metodológico de Bardin (2004) para análise dos conteúdos coletados nas entrevistas, sendo que as categorias definidas foram os pressupostos e os correspondentes objetivos específicos formulados para a pesquisa. Apresentou-se e discutiu-se os dados obtidos através dos grupos focais, relacionando-os às temáticas, focos dos encontros, presentes também nas entrevistas; e
6. Nas considerações finais foram apresentadas as conclusões sobre os pressupostos formulados e indicados procedimentos quanto a melhor alocação e aproveitamento do potencial das pessoas captadas pelos concursos públicos para suprimento de vagas com base na seleção de talentos por competências. Recomendações foram feitas para um trabalho de desenvolvimento de equipe – DE (MOSCOVICI , 1999), visando tornar interdisciplinar a equipe de saúde que atua no SAE do HSJ; Reforçou-se a necessidade de implantação da administração de recursos humanos por competências; uma eventual mudança na organização do trabalho desses profissionais, no sentido de alinhá-la à gestão estratégica de pessoas. Indicou-se a realização de terapêuticas psicológicas, corporais lúdicas e de gestão com a equipe de saúde que atua no ambulatório do HSJ, por se ter identificado a importância de cuidar desses cuidadores. Além disso, a criação de grupos de autoajuda compostos pelos profissionais de saúde da equipe do SAE, com vistas a desenvolver estratégias para enfrentamento do *burnout*.

Os resultados dessa pesquisa serão devolvidos à comunidade.

O programa de trabalho com metodologia, etapas e outros documentos necessários foram submetidos ao Comitê de Ética e Pesquisa do HSJ, que o avaliou, julgando-o válido em seus objetivos, referendando os procedimentos formulados. Através do “Parecer Consubstanciado”, com data de 22.03.2006, para o Projeto de Pesquisa referente ao protocolo no. 032/2005, assinado pelo Coordenador do CEP/HSJ é considerado “APROVADO, *ad referendum*”. Como consequência, em 23.03.2006 foi encaminhado o Ofício N° 04/2006 à Diretoria Geral do HSJ, através do qual o CEP/HSJ, dentro das normas que regulamentam a pesquisa

em seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de outubro de 1996, publicada no Diário oficial da União em 16.10.1996, aprovou a solicitação de análise de prontuários para a conclusão do referido projeto. A pesquisadora não efetivou a consulta aos prontuários por considerá-la desnecessária à consecução desse trabalho científico.

2 OBJETIVOS

Se você não disse o que queria dizer, não amou o quanto poderia amar, não tentou aquilo que desejava tentar, logicamente morrerá angustiado, com a sensação de que se foi e tudo ficou pela metade.

Basílio Pawlovicz

2.1 GERAL

Investigar os significados construídos pelos profissionais de saúde que assistem pessoas que vivem com HIV/Aids, acerca de suas práticas de trabalho.

2.2 ESPECÍFICOS

Alinhados ao objetivo geral, são apontados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as competências técnicas específicas percebidas pelos profissionais de saúde, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes;
- Conhecer a natureza das relações humanas indicadas por esses profissionais;
- Estudar os nexos que têm com a instituição;
- Pesquisar como são vistos pela sociedade;
- Inquirir sobre possíveis dificuldades e facilidades concernentes à sua prática;
- Investigar as conexões entre a visão de gestão estratégica e as práticas da equipe; e
- Ao final desse estudo subsidiar-se a instituição hospitalar com os resultados da pesquisa, fornecendo-se dados para futuros trabalhos que possam contribuir para a eficácia no atendimento aos clientes internos – seus recursos humanos – e clientes externos, seus usuários.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As pessoas são como vitrais, faíscam e brilham quando há sol, mas quando a escuridão chega somente revelam sua verdadeira beleza se houver luz interior.

Elizabeth Kübler-Ross

3.1 O HOSPITAL

Maia e Osório (2004, p. 82) alertam para o fato de que o “hospital que emerge na história não como um lugar de práticas terapêuticas, mas como um espaço caritativo, ligado principalmente a práticas religiosas, onde os pobres, os sem recursos, são isolados quando moribundos(...)”

(...) Portanto, um lugar não especificamente voltado para o cuidado com a saúde, mas para o acolhimento piedoso da morte dos desassistidos. Desta época, permanecerá o sentido de sacrifício, de vocação ou missão, de um profissional que, aplicando-se sobre serviços desprezíveis, que ninguém ousava fazer, via neste serviço caritativo, religioso, uma forma de aproximar-se de Deus. Este sentido, sob diversos disfarces, ainda pode ser detectado no discurso manifesto dos profissionais, principalmente os de enfermagem e medicina.

A psicanalista Maria Laurinda Ribeiro de Souza, médica do Hospital das Clínicas em São Paulo, faz referência à invenção do hospital como instrumento terapêutico no final do século XVIII e à constatação de que os hospitais não curavam tão bem como deveriam curar.

(...) Os espaços hospitalares foram, antes de serem espaços de cura, espaços de acomodação – albergues para uma dada classe social (pobres, miseráveis, velhos, órfãos) ou para portadores de determinadas doenças (leprosos, portadores de doenças venéreas, loucos, tuberculosos). Esses locais funcionavam como espaços de assistência e exclusão, e neles o médico só entrou tardiamente. E entrou com o objetivo de manter algumas condições sanitárias para que o mal não se espalhasse pelas cidades. A vigilância aplicada aos corpos será expandida ao corpo dessas instituições; estuda-se o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, a distri-

buição dos leitos, as taxas de mortalidade e de cura, particularmente as trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos etc. Investiga-se quem os transporta e onde são transportados, lavados e distribuídos. Essas trajetórias devem explicar os fatos patológicos próprios do hospital e, tudo o que produz efeitos patológicos deve ser corrigido. É nesse contexto que o hospital se define como espaço de cura e que o médico passa a residir no seu interior, podendo ser chamado a qualquer hora para verificar o que se passa. O aspecto terapêutico surge associado à característica disciplinar – controle sobre a circulação dos pacientes e sobre a rotina a que devem submeter-se. Regulamentam-se o espaço físico que cada um deve ocupar e as condições em que deve ser mantido (...) (SOUZA, 1999).

Por outro lado, Angerami-Camon, que vem dedicando sua atenção aos estudos da psicologia hospitalar e está fortemente inserido na comunidade dos profissionais da saúde, afirma, que (...)

(...) No hospital, o tempo do paciente é distinto e específico. Pela própria situação de doença e internação, o tempo cronológico habitual se modifica. Definindo-se em tempo da doença, dos exames, das condutas terapêuticas, da visita médica, do horário de visitas ou de alimentação. Vive-se um outro tempo que demanda um outro ritmo – o ritmo da doença e do tratamento (ANGERAMI-CAMON, 2002b, p. 117-118).

Complementando essa idéia Angerami-Camon (2002b, p 185) ressalta que o adoecer significa uma ruptura do curso normal da vida da pessoa, tornando-a dependente e regressiva, sem autonomia.

Com tais afirmações o autor evidencia o quanto o ambiente hospitalar muda a forma de vida do paciente internado e quanto o médico se torna definidor dos caminhos a serem percorridos pelo seu cliente. A própria estrutura física do hospital, os regulamentos e normas, os procedimentos médicos e de enfermagem, o espaço ocupado pelo doente, restrito e controlado, com imposições de horários para as atividades de higiene, alimentação e cuidados pessoais são definidos por outras pessoas que não o próprio doente.

Angerami-Camon complementa que:

O ser humano percebe e se angustia diante de seu ser-mortal, do seu ter-de-morrer, do seu não-poder-mais ser. O adoecer e a morte são preocupações permanentes do homem (ANGERAMI-CAMON, 2002b, p. 131).

Além dos hábitos costumeiros serem alterados há a ameaça da morte e a indagação sobre as reais possibilidades de voltar à normalidade, à integridade física. A percepção de sua fragilidade e impotência em se autocuidar, neste instante, aproxima-o da dependência infantil, atingindo sua integridade emocional.

O cuidar de alguém em um hospital vai além do modelo biomédico, organicista, que vê no corpo (soma) o seu principal foco. Como diz o psicoterapeuta e professor Angerami-Camon, o objeto de estudo de uma pessoa no contexto hospitalar

(...) constitui-se pelo ser doente, um ser dinâmico, dotado de corpo e alma (como unidade) que adoeceu, em um determinado ambiente. Ao buscar, em sua prática clínica, resgatar o equilíbrio e a integração desse ser doente, em sua totalidade, define-se a visão e o lidar do homem, como unidade biopsicossocial, em um contexto psicossociocultural (ANGERAMI-CAMON, 2002b, p. 151).

Como apreciador e estudioso da ética hospitalar, o Dr. Mário Teles Junior - mestre em pediatria pela USP e diretor do berçário do Hospital Santa Catarina em São Paulo - afirma que a humanização tornou-se palavra-chave para a relação médico-paciente diante dos avanços científicos e tecnológicos. Há, por um lado, o médico “tecnológico” e, por outro, uma busca ansiosa por mais respeito à pessoa. A ética é o pêndulo do equilíbrio (ÉTICA HOSPITALAR [1999]).

Ferraz comenta sobre o ambiente hospitalar e a imagem do enfermeiro cuidador e educador, dizendo que:

A enfermagem atual vem destacando-se nos mais diversos segmentos como: pesquisa ensino, assistência, consultoria, entre outros, e ainda pode avançar neste processo de inter-relação entre o cuidado e a educação, uma vez que independe da área de atuação, a imagem da(o) enfermeira(o) como cuidadora é indissociável. Uma vez que, a(o) enfermeira(o) ao cuidar está educando e também está sendo educada(o), ela(o) compartilha saberes com os sujeitos-cidadãos do cuidado e seus familiares (FERRAZ, 2005, p. 607-608).

O autor suscita, com propriedade, os papéis concomitantes do profissional de saúde na relação com o principal cliente do hospital – o paciente – e seus familiares. Ao tempo que cuida e educa, pesquisa sobre comportamentos externos ao ambiente hospitalar, modo de viver e alerta sobre procedimentos que virão a facilitar a melhora e manutenção da saúde. Enquanto conhece a realidade dessas pessoas capta informações que desconhece, instrui e repassa conhecimentos que detém.

Souza (1999), comentando sobre a postura e fala do médico no ambiente hospitalar, diz que:

(...) no hospital que temos hoje, o discurso hegemônico é ainda o do médico; é ele que confere identidade à instituição. Se outras disciplinas são chamadas a atuar no espaço hospitalar, elas se inscrevem no registro ditado pelo saber médico. É preciso manter a ordem, impedir as perturbações e o risco das contaminações. Os outros profissionais podem atuar, desde que tratem de "purificar" o doente daquilo que impede o médico de exercer adequadamente a sua função. Se um paciente chora, se deprime, fala muito, precisa de um psicólogo - o chamado ao discurso "psi" como uma forma de se efetivar a assepsia do psiquismo e assim manter o que é próprio do hospital, o corpo orgânico em condições de ser manipulado; se o paciente tem dificuldades econômicas, não tem onde morar quando sair do hospital precisa de um assistente social; se provoca atritos porque não tem o que fazer, precisa de um terapeuta ocupacional. A hierarquia deve ser mantida e a possibilidade de circulação do poder torna-se uma ameaça, uma vez que o seu questionamento pode "colocar em cheque" toda a organização da instituição.

No entanto, a entrada de outros discursos, seja o do sujeito que tem um corpo doente, seja o de outros profissionais, cria alguns impasses nesse discurso hegemônico. É no palco desses impasses que surge a possibilidade de um grupo de trabalho, da

construção de novas representações sobre os lugares de cada um e da abertura para algumas mudanças dentro da instituição. Afinal, se a história das instituições é sempre reveladora da história do discurso dominante, ela não deixa de ser também a história das tentativas de resistência a esse discurso (...).

Souza (1999) traz a visualização da força da figura do médico na instituição hospitalar e a prática da minimização da importância dos cuidadores com outras formações profissionais. Enfatiza a tentativa de tornar subservientes os coadjuvantes no cuidado do paciente, reduzindo sua importância, requerendo-os e se utilizando deles em benefício do seu atuar. Como reação natural há os atritos advindos deste relacionamento pouco satisfatório, exigindo clarificação e tomada de posições imprescindíveis ao melhor resultado do atendimento da equipe como um todo e dos resultados alcançados pela instituição.

3.2 AS IDÉIAS DE ANGERAMI-CAMON ACERCA DO COMPORTAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Caprara e Franco (1999, p. 650-651) comentam assim a visão biomédica da doença:

(...) a doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais (...).

Angerami-Camon diz que o questionamento do modelo passou a acontecer por não compreender completa e profundamente os problemas humanos; por atender a interesses minoritários; não relacionar a doença com a existência do homem; impor o conhecimento médico como único e total; negar a existência individual do paciente; e não reconhecer holisticamente as influências da interação mente, corpo e meio ambiente.

Comenta Angerami-Camon (2002b, p. 145) que a retomada dos estudos voltados à ligação mente e corpo, enfatizando as influências sociais e culturais na ocorrência e manutenção das doenças delimitou a contextualização do modelo biopsicossocial como alternativa teórica ao modelo organicista, que trata da doença do organismo, com base em resultados neuroquímicos ou genéticos, sem considerar a visão holística do ser humano doente. Há a ampliação da busca da compreensão das relações entre conhecimento, saúde, doença e sociedade que auto-define o homem “como um ser biopsicossociocultural que interatua nessas esferas de existência, que se interdependem e devem ser compreendidas e consideradas uma em função da outra”.

Angerami-Camon (1998b, p. 41-60) agrupou as posturas mais comumente adotadas por estes cuidadores, diante dos casos de urgência ou não, as quais revelam uma cronicidade e simetria na forma de se comportar. Ressalta que a denominação que atribuiu não pretendeu esgotar o rol de posturas do profissional diante do doente e da doença e que são frutos de sua experiência. As quatro posturas elencadas pelo autor significam:

- 1) **calosidade profissional** - a indiferença que o profissional assume após anos convivendo com a dor do doente e o mal da doença. A calosidade é como se fosse uma couraça, carapaça. Um mecanismo de defesa para preservar sua incapacidade em lidar com a dor de quem sofre e com a repercussão dessa dor em sua própria vida. Reage tratando a doença e nunca o doente, com total frieza. Tal posicionamento ainda tem o aval do pensamento social que “o bom profissional é aquele que não se envolve com a dor do paciente” nem de seus familiares. A ausência da fraternidade. O inverso da humanização;
- 2) **distanciamentos críticos** - para sobrepor a calosidade profissional, há o distanciamento dos problemas trazidos pelo paciente para que não ocorra mistura entre as questões dele e a vida pessoal e afetiva de quem o trata. O positivo é manter a distância para poder entender e apreender a dor trazida, na sua essência. A “*performance* indispensável a um bom desempenho profissional”. Permite que os aspectos emocionais sejam encarados de forma lúcida,

respeitosa e equilibrada, sem afetar o emocional do profissional de saúde;

- 3) **empatia genuína** - atitude do profissional da saúde que se envolve com o paciente de forma singela sem o estabelecimento de qualquer barreira. Há a transcendência dos limites que resguardam a privacidade pessoal do profissional. A sensibilidade se faz presente deixando o profissional ao lado, presente e sentindo afetivamente o que o paciente sente. A postura do “médico de família”, que conhece todas as pessoas e tudo de quem trata, estando ciente do que menos ao que mais importa para entender a dor do seu paciente, desde o nascimento à morte. O que falta ao profissional de hoje que pouco sabe (e nem quer saber) sobre a pessoa de seu paciente e muito menos que saber para que não se envolva e nem se desgaste; e
- 4) **profissionalismo afetivo** – aqui não ocorre a empatia genuína, mas o profissional se apresenta com respeito à dor e sofrimento de seu paciente.

Outro aspecto que merece ser tratado no âmbito do trabalho hospitalar pode ser denominado de “saúde no trabalho”. A preocupação com a saúde no trabalho não é, contudo, nova. Dentre muitos estudiosos que vêm se ocupando do tema pode-se destacar o psiquiatra francês Christophe Dejours. O autor (DEJOURS, 1994) salientou que nem sempre o trabalho possibilita reconhecimento, crescimento e independência profissional. Às vezes causa problemas que envolvem insatisfação, desinteresse, irritação, exaustão.

Falando da relação homem-trabalho Dejours (1994, p. 24-25) assinala que

O trabalho torna-se perigoso psicologicamente quando ele se opõe à sua livre atividade (...). O prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho. (...) Se

um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante.

Dejours (1994, p. 25) ainda aponta que

Um trabalho livremente escolhido ou livremente organizado oferece, geralmente, vias de descarga mais adaptadas às necessidades: o trabalho torna-se então um meio de relaxamento, às vezes a um tal ponto que uma vez a tarefa terminada, o trabalhador se sente melhor que antes de tê-la começado.

Estudos mais recentes, como o de Sebastiani (1998), referem-se aos aspectos psicológicos que envolvem a equipe de saúde frente às situações de crise e aborda as condições emocionais dos profissionais de saúde que atendem à demanda de emergência nos hospitais públicos. Ressalta que é indubitável o prejuízo biopsicossocial que uma gama enorme destes profissionais sofre. O autor cita a privação de sono em residentes face às extensas jornadas de trabalho ocasionando erros de diagnóstico e condutas inadequadas aos pacientes atendidos, além de “(...) dificuldade de concentração, depressão, aumento da irritabilidade, sentimentos de auto-referência com extrema sensibilidade a críticas, inadequação afetiva e déficit na memória de fixação (...)”.

O autor prossegue citando relatório da OMS, em 1992, sobre suicídio por categoria profissional no qual os profissionais de saúde figuram em segundo lugar, seguido pelos jornalistas que ocupavam o primeiro lugar. Incrementando tal fato, em 1997 a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro publicou que no ano anterior, 40% dos suicidas naquela cidade eram médicos (SEBASTIANI, 1998, p. 32).

Adicionalmente, Sebastiani (op. cit, p. 33-34) menciona que “não obstante a pseudo-onipotência” que os médicos desenvolvem, são “tão ou mais vulneráveis” que os pacientes. E que cada vez mais em encontros técnicos, como congressos e seminários ligados à medicina, temas como “cuidados com o cuidador” vão construindo espaço e denunciando subliminarmente condições de trabalho violentadoras da saúde física e mental do profissional da área de saúde. O autor citado faz referências a diversos estímulos, dentre os quais:

- a) intensa relação com as questões afetas ao processo de morte e morrer;
- b) o cotidiano de trabalho ligado à dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo e perdas de diversos tipos;
- c) a extenuante tarefa de se relacionar e tratar de pessoas poliqueixosas, refratárias à ajuda, agressivas, hostis, autodestrutivas, deprimidas, dependentes e inseguras, fantasiosas a um tratamento rápido, indolor, sem seqüelas ou frustrações e muitas vezes até sem investimento pessoal no processo de tratamento com expectativas de solução inviáveis em relação ao profissional de saúde;
- d) a lida com o corpo e emoções do paciente, vista muitas vezes como invasiva e agressiva;
- e) conviver com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraposição ao alto grau de expectativas e cobranças pelos pacientes, familiares, instituição hospitalar, e do próprio profissional;
- f) jornadas de trabalho cada vez mais extensas e múltiplas agravadas pelas dificuldades de locomoção do profissional com rapidez e em tempo escasso, impedindo-o a alimentar-se, descansar, dormir, estudar e viver como pessoa; e
- g) em situações de trabalho emergenciais ou unidades de terapia intensiva, decidir e escolher dentre muitos quais serão atendidos em face de escassez de pessoal ou de equipamentos frente à demanda.

Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 55) consideram que as atividades que mais exigem investimento de energia afetiva são aquelas relacionadas ao cuidado sendo a construção de um vínculo afetivo fundamental para a promoção do bem-estar do outro. Dá o exemplo do professor, das mulheres que trabalham com bebês, e da enfermeira (que vem ao encontro do interesse dessa pesquisa) que para realizar seu trabalho de forma satisfatória é necessário que o paciente receba o afeto direcionado a ele. Mas o que acontece é que este vínculo nunca é concretizado satisfatoriamente nas relações de trabalho formal, o que gera a contradição.

3.3 A SÍNDROME DE *BURNOUT*

Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 238) definem *burnout*⁶, no vernáculo:

(...) algo como “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar (para fora) completamente”. (...) É uma síndrome através da qual o trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil. (...) O trabalhador se envolve afetivamente com os seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não agüenta mais, entra em *burnout*.

Vasques-Menezes (MASLACH; JACKSON apud VASQUES-MENEZES, 2002, p. 201) refere-se à definição de *burnout*, elaborada por Maslach e Jackson, “como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas.”

Benevides-Pereira (2002, p. 14) registra que os estudos sobre *burnout* disseminaram-se a partir dos artigos de Freudenberger embora não tenha sido ele “o primeiro a falar e se utilizar deste termo para se referir ao esgotamento físico e mental, bem como aos transtornos comportamentais observados em profissionais da área da saúde”.

A mesma autora (op. cit. p. 21) declara que “*burnout* é um termo (e um problema) bastante antigo”. Divulga que a maioria dos autores aponta Herbert J. Freudenberger, através de seu artigo *Staff Burn-out*, datado de 1974 o primeiro a utilizar a denominação, para alertar a comunidade científica dos problemas a que os profissionais de saúde estão expostos em função de seu trabalho.

Com a evolução dos estudos que envolvem o *burnout*, a tônica das pesquisas na atualidade tem se voltado aos profissionais que fornecem assistência continuada, tendo seu

⁶ O Grande Dicionário de Enfermagem Atual conceitua a síndrome de *burnout* como: “Doença de origem psíquica que se manifesta em profissionais de uma instituição, através de conjunto de sinais físicos de exaustão, avaliação negativa de si próprio, apatia, desinteresse profissional, desmotivação profissional e manifestações depressivas relacionadas com stress crônico decorrente de relações interpessoais e profissionais inadequadas em ambiente de trabalho” (GRANDE DICIONÁRIO DE ENFERMAGEM ATUAL, 2005).

trabalho eivado de emoções e situações conflituosas, exacerbando-se àqueles assistencialistas que se submetem a longos períodos de estresse crônico.

Com o intuito de ilustrar sobre os estudos que vem sendo realizados sobre *burnout* discorre-se, sobre o trabalho de vários autores que estudam e trabalham e/ou estão investigando atualmente sobre esse tema:

- a) Maslach e Leiter citam Schaufeli; Maslach e Marek (1993) em cuja obra publicizam seus pontos de vista teóricos, dialogam a respeito da situação atual da pesquisa e apontam caminhos para pesquisas acadêmicas posteriores (MASLACH e LEITER, 1999, p. 223);
- b) Maslach, Jackson e Leiter um Maslach *Burnout* Inventory Manual (1996) em cujo trabalho sintetizam as descobertas empíricas e delineiam direções para estudos futuros (op. cit);
- c) Cherniss (1995) em seu livro *Beyond burnout* divulga estudos de caso individuais com profissionais de serviços públicos que se submeteram a entrevistas dez anos antes. São abordados pontos significativos para os indivíduos que superaram o desgaste físico e emocional e para os que não conseguiram isso;
- d) Kleiber e Enzmann (1990) listam os estudos e artigos sobre o desgaste físico e emocional divulgados nas décadas de 1970 e 1980, inclusive com resumos; e
- e) Potter (1993, 1995) expõem conteúdo de auto-ajuda baseado em exercícios, desenhos, histórias, cartuns e citações, produtos das oficinas facilitados pelo autor. Tais livros enfocam processos vivenciados por indivíduos o enfrentamento do desgaste físico e emocional.

Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002) declara que no mundo há representativo número de estudos sobre o *burnout* embora no Brasil pouco foi desenvolvido.

Murofuse, Abranches e Napoleão realizaram estudo bibliográfico sobre estresse e *burnout*, para subsidiar a compreensão sobre o sofrimento psíquico no trabalho, com base na

análise e interpretação de artigos, teses e dissertações produzidas entre 1990 e 2001. Em suas conclusões fazem constar que:

o interesse pela teoria do *burnout* aumentou e parece coincidir com a preocupação sobre a qualidade de vida e com as indicações de mudanças conceituais sobre saúde [...]. Com as nomeações de um sofrimento vivido pelos trabalhadores, surgem possibilidades para lidar com os sentimentos e, a partir de um melhor entendimento, enfrentá-lo, sabendo dos seus limites e das suas possibilidades (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p.258).

3.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) E O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Na seqüência às abordagens sobre as características do comportamento do profissional de saúde, o ambiente que atua, a síndrome de *burnout* que o cerca, traz-se à tona o complexo cenário existente, envolvendo este tipo de trabalhador, refletindo-se a respeito do resultado disso em sua qualidade de vida no trabalho.

Limongi-França e Arellano (2002, p. 296) ressaltam que existem várias interpretações de qualidade de vida no trabalho, desde o foco clínico da ausência de doenças no âmbito pessoal até as exigências de recursos, objetos e procedimentos de natureza gerencial e estratégica no nível das organizações. As autoras informam que novos paradigmas de modos de vida dentro e fora da empresa estão sendo estruturados por diversos segmentos da sociedade e do conhecimento científico, como a saúde, ecologia, ergonomia, psicologia, sociologia, economia, administração e engenharia.

O *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) definiu Qualidade de Vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1998).

A construção do conceito de qualidade de vida existe em diferentes campos do saber, o que lhe confere múltiplos sentidos. Diferentes variáveis são consideradas. Segundo o Grupo WHOQOL (1998) a expressão qualidade de vida "foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964 ao declarar que 'os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas'".

O citado grupo montou um instrumento denominado WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens. O instrumento avalia 6 diferentes domínios da QVT, a saber:

- a) Domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso);
- b) Domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração);
- c) Domínio nível de independência (mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho);
- d) Domínio relações sociais (relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual);
- e) Domínio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em/e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, lama, transporte); e
- f) Domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais (espiritualidade, religião, crenças pessoais).

Adicionalmente, Fleck, Chachamovich e Trentini (2005) no seu trabalho "Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil", cujo conteúdo é de interesse em três vertentes para essa pesquisa: o método, a qualidade de vida e condução de grupos focais. Alertam que o Grupo WHOQOL "desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos e considerou como características

fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos) e sua natureza multidimensional.”

Limongi-França e Rodrigues (2002, p. 129-132) discorrem sobre o contrato psicológico de trabalho e suas influências na qualidade de vida do indivíduo na organização. Definem contrato psicológico de trabalho como “o vínculo formado com base em um conjunto de expectativas, que se estabelece entre o empregado e a empresa”. Adicionam os autores, que um bom contrato psicológico surge do compromisso responsável, ajuste de interesses mútuos e previsibilidade e enfatizam que sempre entram em jogo a satisfação às duas dimensões-chaves de empresa-empregado. Por ser um processo social, humano e compartilhado, o contrato psicológico de trabalho é contínuo e mutável. Esse processo pode ser mais ou menos conflitante, levando-se em conta os valores e normas organizacionais e pessoais e a própria individualidade do sujeito em relação à situação vivida. Assim, as empresas têm expectativas sobre as pessoas e as pessoas sobre as empresas.

Os conceitos fundamentais da QVT são: a participação efetiva do empregado nas decisões que envolvem suas funções; reestruturação de tarefas, estruturas e sistemas visando maior liberdade e satisfação no trabalho; valorização do trabalho com compensações justas e de acordo com o desempenho; adequação do ambiente de trabalho às necessidades individuais do trabalhador e satisfação com o trabalho (PILATTI; BEJARANO, 2005).

Lopes, Sá e Villa (2000) reportam-se aos questionamentos de Boff sobre como se falar no tema qualidade de vida e saúde, enquanto na pobreza e marginalização da humanidade se abate o flagelo da “fome crônica” e das doenças endêmicas. Ao tempo em que milhões de seres humanos encontram-se excluídos do processo produtivo social, há um descuido e abandono dos sonhos de generosidade, agravados pela hegemonia do neoliberalismo com o individualismo e a exaltação da propriedade privada. Enquanto são visíveis o descuido e abandono crescente da sociabilidade nas cidades e da coisa pública. Há minimização da dimensão espiritual do ser humano, pois todo tipo de violência e de excesso é mostrado pelos meios de comunicação com ausência de qualquer pudor ou escrúpulo. E, para finalizar, como se falar em qualidade de vida se inexistente a reverência indispensável para cuidar da vida e de sua fragilidade (BOFF, 1999, p. 18-19).

A legislação vigente não é suficiente para garantir qualidade de vida ou produzir um ambiente de trabalho humanizado. As necessidades mais básicas e aspirações mais altas do trabalhador devem ser atendidas. A análise ergonômica identifica o trabalho, descreve os modos operatórios, os agravantes, as comunicações, o coletivo do trabalho, as competências requeridas pelas funções e as competências empregadas. Qualidade de vida é mais que o cumprimento de uma norma. Apregoa-se que as organizações devem humanizar o trabalho, mas os indícios não convergem para isso (ROSA; PILATTI, 2006).

A temática qualidade de vida no trabalho do profissional de saúde do HSJ foi abordada por Fátima Carvalho, Gerente da Enfermagem do HSJ em sua palestra durante a Semana de Humanização. Na sua fala, levando em consideração toda a equipe de saúde do Hospital, referiu-se ao “papel ontológico do trabalho como um vetor histórico de construção da identidade individual e coletiva” (informação verbal)⁷, e quanto cada um é responsável pela atitude que assume para si e seus colegas diante das necessidades individuais e o espaço que se dá para o autocuidado diante das demandas profissionais existentes e as ambições pessoais que as regem. Citou, ainda, que a QVT vem recuperar o sentido do trabalho como fonte de felicidade para quem dele vive.

Maslach e Leiter (1999, p. 114) afirmam:

para resolver o desequilíbrio entre indivíduo e trabalho, é necessário focar tanto o indivíduo quanto o local de trabalho, e não o primeiro isoladamente (...). As fontes de desgaste são mais situacionais do que pessoais; assim, as soluções para o problema precisam ser buscadas no contexto social do local de trabalho.

Por outro lado, estes mesmos autores (1999, p. 171 e 172) argumentam que as estratégias da empresa que desenvolvem a harmonia entre os trabalhadores e seu trabalho são cruciais para evitar os desgastes físicos e emocionais, constituindo parte integrante de uma boa administração. Enaltecem esses estudiosos que o modo que os indivíduos colaboram uns com outros em seus grupos de trabalho, partilhando as lições aprendidas, afetam no cuidado aos problemas que levam ao desgaste físico e emocional. Mesmo sendo importante, essa ati-

⁷ Informação obtida na Semana de Humanização do HSJ, realizada em abril de 2006.

tude de colaboração entre os indivíduos é menos eficaz que uma intervenção na empresa liderada pela administração central, que tem maior abrangência, e é mais provável que surta efeito.

Sobre organização e condições do trabalho e suas influências na qualidade de vida do trabalhador, o Prof. Howard Gospel, da Universidade de Londres, elenca vários fatores importantes que devem ser analisados: habilidades requeridas compatíveis com as atividades; horas de trabalho e seu arranjo durante a jornada laboral; número de trabalhadores exercendo, ao mesmo tempo a mesma função, no que concerne à possibilidade de revezamento de pessoas e tarefas, na mesma jornada; influências no trabalho individual por parte de supervisores; cargas-horárias diárias e mensais cumpridas pelo ocupante do cargo; tempos longos de trabalho, sem interrupções ou descanso necessários; respeito às diferenças entre jornadas diurnas e noturnas; interações sociais, incluindo colegas de trabalho e clientes (GOSPEL, 2006).

3.5 A EQUIPE TRANSDISCIPLINAR

Fiorelli (2003, p. 143) considera equipe, um conjunto de pessoas com um senso de identidade, manifesto em comportamentos desenvolvidos e mantidos para o bem comum e em busca de resultados de interesse de todos os seus integrantes, decorrentes da necessidade mútua de atingir objetivos e metas especificados.

Entre outras, enumera Fiorelli (2003, p.145-149) algumas vantagens do trabalho em equipe:

- fidelidade às decisões tomadas: os integrantes de uma equipe costumam ser mais fiéis a decisões em colegiado do que as tomadas individualmente;
- maior aceitação das diferenças individuais: o sentimento de identidade entre os membros da equipe facilita aceitar diferenças individuais, reduzindo ou neutralizando conflitos no trabalho, diminuindo a ansiedade e contribuindo para aumentar a produtividade e a qualidade de vida; e
- melhor aproveitamento das potencialidades individuais: a integração aumenta o conhecimento mútuo, propiciando melhor aproveitamento

dos pontos fortes (habilidades) de cada um e a neutralização dos pontos fracos (deficiências). Além disso, aumenta a produtividade e o bem-estar no trabalho, porque reduz a carga psíquica.

Angerami-Camon (2002b) comenta que é incomum ao profissional de saúde formado em matérias tradicionais, estudar também outras disciplinas que fujam a isso. O autor quis enfatizar que os padrões de formação educacional desses profissionais raramente os encaminham para uma abertura a novas realidades que possam vir a descortinar outras formas de percepção e entendimento. Reforça essa postura quando diz que ao abrir os filtros, renovam-se padrões de pensamento, flexibilidade e liberdade de visão.

Fortalecendo tal idéia, Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005, p. 320) pontuam que (...) nos serviços de saúde, os significados e valores constitutivos das práticas de distintos grupos profissionais operam simultaneamente, de forma articulada ou não, solicitando a negociação de interesses.

A importância do trabalho em equipe de saúde (médicos, psicólogos, pessoal de enfermagem, nutricionista, serviço social e outros) para a melhora do paciente é comentada por Angerami-Camon (2002a, p.71-72). O autor ressalta que essa a multidisciplinaridade traz benefícios concretos à condição orgânica do ser cuidado, favorecendo a maximização dos vínculos afetivos, e a expressão de sentimentos por meio das relações diferenciadas com cada membro da equipe.

Esse intróito serve para o que vem a seguir, quando Angerami-Camon enaltece (2002b, p. 32-33) que em uma equipe verdadeiramente transdisciplinar, os profissionais sabem dividir as parcelas de responsabilidade e há sincronia com a atuação do outro e igual porção de competência. Ressalta que a transdisciplinaridade é de importância vital para a área da saúde nas próximas décadas e não havendo esse exercício, há o fomento do descrédito e malefício não apenas do atendimento, mas também para as profissões.

Angerami-Camon (2002b, p. 105) define a equipe multidisciplinar “como um grupo de profissionais que atuam de forma independente em um mesmo ambiente de trabalho, utilizando-se de comunicações informais”. Menciona os grupos de trabalho como exemplos

disso, nos quais os profissionais de saúde atuam num mesmo ambiente, nem sempre partilhando suas tarefas, constatações e responsabilidade visando aprimorar o serviço.

O mesmo autor prossegue enfatizando que o trabalho de colaboração em equipe possui unicidade nos objetivos a serem atingidos e há relações de troca entre os membros. A equipe interdisciplinar é definida “como um grupo de profissionais com formações diversificadas que atuam de maneira interdependente inter-relacionando-se num mesmo ambiente de trabalho, através de comunicações formais e informais” (Angerami-Camon, 2002b, p. 105).

Moscovici (1999, p. 15) refere-se a este tipo de grupo como “pseudo-equipe”, onde está definido qual o trabalho a fazer, mas não há preocupação com o desempenho coletivo, nem tentativas para o seu alcance. As interações dos membros inibem o desempenho individual, e impedem o ganho coletivo apreciável. Indica a autora que para mudar o *status* de “pseudo-equipe” há necessidade de um trabalho de desenvolvimento de equipe, que compreende:

um programa educacional dirigido a grupos de pessoas interdependentes que precisam unir esforços nos procedimentos de trabalho e na resolução de problemas. DE é uma intervenção psicossocial no sistema humano da organização. Compreende aplicação, inovação e aperfeiçoamento de conhecimentos e técnicas de dinâmica de grupo, educação de laboratório e desenvolvimento interpessoal no contexto da organização.

Sobre como funcionar eficazmente em equipe, de forma a maximizar o talento de cada um dos componentes, Soto (2005, p. 110) traz o conceito de “equipes inteligentes”, dizendo que “um grupo de indivíduos talentosos não produz necessariamente uma equipe inteligente”. A aprendizagem em equipe é uma atitude de grupo. Faz-se mister haver interesse, sintonia, oportunidade e cultura voltada a isso. É imprescindível que haja “campos de treinamento”, espaços de “prática conjunta par desenvolver suas atitudes coletivas de aprendizagem”.

Tanke (2004) transmite a valorização das equipes polidisciplinares pelo seu potencial criativo, o aumento da qualidade das práticas e procedimentos, não esquecendo de

pontuar a importância do respeito a pluralidade de hábitos sociais, alerta aos preconceitos e choques de valores presentes no pluralismo cultural. Maximiza a riqueza da diversidade e diz que as diferenças devem ser tratadas cuidadosamente nas relações interpessoais e nas situações de conflito.

Conforme preceitua Angerami-Camon (2002b, p. 137), há a “constatação do crescimento do número de profissionais envolvidos por uma ampla gama de demandas sociais que definem os problemas de saúde”. Assim, a diversidade e complementaridade de saberes convergem para um atendimento macro e holístico sem se deixar de lado as peculiaridades individuais e especificidades de cada ser tratado. Cada vez mais as equipes de saúde caminham para uma pluralidade. O autor citado refere-se à ampliação de estudos em áreas de promoção de saúde e prevenção de doenças, o recente interesse de faculdades e instituições de ensino teórico-prático ao ensino da área e a absorção pelo mercado de trabalho de profissionais nas instituições de saúde.

A preocupação com o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida das pessoas sob seus cuidados é especialmente compartilhada pelos profissionais de saúde. Embora cada disciplina desenvolva, em seu estilo de pensamento concepções próprias sobre a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida, o estabelecer trocas, construir novos modos de perceber e atuar sobre determinados fenômenos é factível (MATOS; GONÇALVES; RAMOS, 2005, p. 389).

3.6 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Dentro da instituição hospitalar vê-se que também se faz necessário o olhar estratégico da gestão de pessoas para a realização de uma administração eficiente. O ajustamento das atividades profissionais cotidianas a esse tipo de gestão compõe as preocupações da presente pesquisa, o que conduz a questionamentos acerca da gestão de pessoas no hospital e especificamente dessa situação no HSJ, local do estudo.

Morera (2000, p. 439) define “eficiência na gestão” (...) como a relação existente entre a estrutura e o processo dos serviços de saúde e os produtos obtidos na área científica, administrativa e financeira, habitualmente em períodos de um ano. Lista cinco variáveis básicas contidas nesse processo: volume, qualidade, tecnologia, custos e tempo.

Sobre tempo, Maia e Osório (1999, p. 86-87) alertam:

A gestão do tempo no hospital é necessariamente multidimensional, com freqüente superposição e entremeamento de tarefas; os atos têm finalidades múltiplas, que encerram diversas ações. A exigência elevada de flexibilidade tem entre outros motivos, a rotatividade das equipes parciais, organizadas por plantões que se alteram para garantir assistência (...).

Complementa, Morera (2000, p. 439):

A eficiência da gestão é centralizada no atendimento de excelência ao paciente e implica em:

- conhecimento racional da atuação de saúde;
- identidade dos problemas prevalentes e seu ordenamento em uma escala de prioridades;
- a determinação de estratégias, planos e tecnologias mais apropriadas para que se enfrentem os problemas prioritários;
- a distribuição racional de recursos;
- a execução eficiente das atividades;
- o seguimento das operações e a supervisão do pessoal;
- a avaliação e retroalimentação dos planos elaborados.

O mesmo autor (p. 441) delinea o modelo de gestão hospitalar em três etapas:

- A identificação de políticas, planos, programas e projetos em matéria de saúde, baseados em “diagnósticos” adequados que configurem, em suma, os “perfis epidemiológicos, administrativos e financeiros” de um município ou de uma determinada associação de municípios;
- A avaliação da estrutura e dos processos;
- A quantificação das atividades científicas.

Comentando a visão de cliente de saúde versus paciente, Taraboulsi (2003, p. 19-20) diz que “uma das maiores dificuldades das instituições de saúde sempre foi e continua sendo a incapacidade de seus gestores em visualizar o leque de entes que a expressão ‘cliente de saúde’ abrange”. O autor se refere à estagnação do termo paciente comentando que a pessoa enferma, além dela, abrange os familiares, amigos e visitantes. Essa é uma visão humana, dinâmica e atual num mundo competitivo e de excelência de serviços.

Zoboli (2002) cita Scherrer (1991) e Brown (1992) quando comenta sobre a forma eticamente correta da ação comunicativa e do papel do administrador como estimulador de condições de diálogo inclusivo e participado, que favorece e possibilita a reflexão ética. Zoboli enfatiza a contribuição de Scherrer e Brown (SCHERRER, 1999; BROWN, 1992 apud ZOBOLI, 2002, p. 112) dizendo que “é necessário que seus membros tenham espaços e momentos para a reflexão ética, os quais por sua vez, dependem da cultura cotidiana da organização e das situações de comunicação existentes.”

Em Zoboli (op. cit., p. 266) consta o Código de Ética Profissional do Administrador Hospitalar que preceitua em seu artigo 29:

O Administrador Hospitalar adota uma administração participativa, para que os profissionais e servidores possam dar uma contribuição nos programas que são implantados e apreciar o desempenho do hospital como um todo e de cada unidade administrativa.

Maia e Osório (2004, p. 86), digredindo sobre a atividade hospitalar, dizem:

Constatamos que trabalhar em hospital requer um alto nível de colaboração entre diversas pessoas, de diferentes especialidades ou posições na rede de cuidados ao paciente, exigindo um trabalho coletivo bem coordenado. Há uma enorme variação nas redes de solidariedade que compõem o trabalho necessário para a consecução de cada frente aos imprevistos constantes do trabalho. Estes meios são em parte dados pela bagagem coletiva da atividade – o gênero, que deve pertencer e estar disponível para todos, não fracionado para e por cada profissão em separado – e, em parte, fruto da atividade, com sua criação particular (...), também o modifica e o expande, po-

dendo-se dizer que já não é possível separar o que é próprio do coletivo e o que é próprio do singular.

Morera (2000, p. 446) afirma:

(...) os hospitais de hoje, frente às novas modalidades dos sistemas de saúde, são movidos necessariamente na órbita da competência e esta somente pode ser favorável se toda a equipe, encabeçada pelos profissionais de saúde, estiver consciente da necessidade da permanente atualização, de conhecimento que se reflete na confiança do usuário e na sua satisfação plena com os serviços prestados (...).

Ratificando o que já foi dito, Godoi (2004, p. 432) chama a atenção para o fato de que, dependendo da maneira e da força com que os seres humanos reagem a cada ferramenta ou a cada gestão da administração, essas reações trazem à tona sinalizadores importantes como, por exemplo, que é necessário mudar, muitas vezes, os próprios princípios de gestão.

Com base nos autores antecedentes pode-se dizer que a administração hospitalar reveste-se de características próprias, constitutivas de facetas não existentes, na mesma dimensão, em outros tipos de organização. Assim sendo, o administrador hospitalar necessita de sensibilidade e visão humanizada para lidar com aspectos peculiares ao mundo da saúde, além de estar a todo tempo alerta às condições empresariais, ideais de qualidade, produtividade, desenvolvimento da missão, atingimento de metas e exercício cotidiano das competências essenciais. Para corroborar esse espectro, almeja-se concomitantemente a sintonia entre os públicos interno e externo, monitorando-se as exigências dos tempos das tarefas desempenhadas e qualidade do serviço ofertado - atendimento ao cliente e seus acompanhantes em busca da saúde. O cuidado em cuidar e aos que cuidam deve ser a preocupação primordial.

3.4 A AIDS

3.4.1 Conceito e evolução

A Aids⁸ ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA foi reconhecida, pela primeira vez, em 1981 e, desde então, se tornou uma pandemia⁹ mundial de grande impacto social, político, emocional e profissional. É causada pelo HIV ou Vírus da Imunodeficiência Humana -VIH. Leva à destruição e/ou dano funcional das células do sistema imunológico.

O Grupo de Incentivo à Vida – GIV (2006), um grupo de ajuda mútua, que tem como missão, "propiciar melhores alternativas de qualidade de vida, tanto no âmbito social como da saúde física e mental, a toda pessoa portadora do HIV/Aids" informa:

(...) O que significa ser negativo ou positivo, no teste anti-HIV?

O resultado negativo indica que até aquele momento a pessoa não está com anticorpos contra o vírus da AIDS, detectáveis no exame. Se houver situação de exposição ao risco para o vírus da AIDS, o teste anti-HIV deve ser repetido [...] (evitando, é claro, expor-se aos riscos nesse período). Esse é o tempo que o organismo leva para produzir os anticorpos após a infecção. O teste não dá imunidade contra a doença.

O resultado positivo indica que a pessoa está infectada pelo HIV e pode passá-lo para outras pessoas. Teste positivo não significa que a pessoa esteja doente de AIDS. Ela pode ser apenas uma portadora do vírus. Diz-se que uma pessoa tem AIDS quando apresenta os sintomas da doença (...).

Como essa dissertação não se propõe a estudar a patologia Aids em si é fornecido aqui um breve histórico sobre a descoberta da doença, de acordo com o texto de Soares (2001, p. 22-24). Em 1982, mais de 2 mil casos já haviam sido relatados nos EUA e alguns na Eu-

⁸ AIDS byname of acquired immunodeficiency syndrome transmissible disease of the immune system caused by the human immunodeficiency virus (HIV). HIV slowly attacks and destroys the immune system, the body's defense against infection, leaving an individual vulnerable to a variety of other infections and certain malignancies that eventually cause death. AIDS is the final stage of HIV infection, during which time...Disponível em: <http://www.britannica.com/eb/article-9004173?query=AIDS&ct=>. Acesso em: 4 Set. 2005.

⁹ O conceito moderno de **pandemia** é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente. Disponível em: < <http://topazio1950.blogs.sapo.pt/>>. Acesso em 13 Set. 2005.

ropa. A maioria eram jovens homossexuais e usuários de drogas intravenosas. Em 1983 foi pela primeira vez descrito o vírus da imunodeficiência adquirida. Franceses e americanos disputaram a autoria da descoberta. Em 1986, um segundo vírus de imunodeficiência, diferente do primeiro, foi isolado a partir de alguns pacientes imunodeficientes provenientes da Guiné-Bissau (África ocidental). Os dois vírus foram então chamados de HIV-1 e HIV-2. Em 1987 assinaram um acordo em que o HIV seria tratado como uma co-descoberta. O HIV-1 parece ter uma agressividade muito maior do que o HIV-2, sendo o primeiro o responsável pela pandemia catastrófica observada no mundo.

O mesmo autor (op. cit, p. 43-45) informa que no Brasil a epidemiologia da Aids vem melhorando consideravelmente, especialmente nos últimos anos, com um alto comprometimento do governo através da ação do Ministério da Saúde, no controle da doença. Mesmo assim a AIDS ainda é responsável por um grande número de óbitos. Em 1999, 18 mil adultos e crianças morreram de Aids no país, que já contava com mais de 30 mil crianças órfãs com menos de 15 anos, por força da epidemia. Desde o início, no começo de 1980, a Aids já tornou órfãs mais de 41 mil crianças nessa faixa etária.¹⁰

Ferreira (2003) assegura em seu livro “Aids e Exclusão Social”:

(...) até o fim de 1999 cerca de 540 mil brasileiros estavam convivendo com o HIV, dos quais 530 mil com até 25 anos de idade. A doença, inicialmente predominante na população masculina (principalmente homo e bissexuais), passa a se alastrar entre a população heterossexual e feminina. Em 1984 o Brasil registrava 71% dos casos de AIDS em homo/bissexuais do sexo masculino. No final de 1999, baixara para 22% dos casos. Neste mesmo ano a análise e monitoramento de gestantes durante o pré-natal mostrava que 12.898 estavam infectadas pelo HIV no Brasil. No entanto, as taxas de crescimento da epidemia da AIDS no país vem sofrendo uma desaceleração. De 1987 a 1992 o Brasil registrava uma taxa de 36% ao ano; de 1990 a 1996 a taxa caiu para 12%. Apesar de os centros urbanos concentrarem o maior número de casos em termos absolutos, as maiores taxas de crescimento da AIDS concentram-se nos municípios menores, de até 50 mil habitantes, face a epidemia ainda estar em fase de expansão nestas localidades.

¹⁰ CN-DST/AIDS, www.aids.gov.br.

Em 2005, 4 milhões foram infectados no mundo e 2 milhões e 800 mil pessoas morreram vítimas da doença.¹¹ Face a grande capacidade de mutação do vírus é necessário cada vez investir nas pesquisas em vacinas para o HIV. Com base nisso, o Presidente da Microsoft, Bill Gates, doou 287 milhões de dólares para aplicação em estudos dessa natureza, em diversos países.¹²

Ferreira (2003, p. 28) diz que “apesar dos avanços significativos alcançados em termos preventivos e curativos, indiscutivelmente o número de pacientes com o HIV tem aumentado significativamente em todo o mundo nessas duas décadas desde sua descoberta.”

Proseguindo, Ferreira (p. 28-29) esclarece:

Até alguns anos atrás, contaminar-se com o vírus da AIDS equivalia a uma sentença de morte, instalando o medo e o pânico entre as pessoas. Hoje os tratamentos médicos e os coquetéis de medicamentos criaram a impressão de que a AIDS já é uma doença crônica com a qual se pode levar uma vida normal, longa e saudável – imagem em muitos casos apoiada por anúncios publicitários nos quais belos exemplares masculinos parecem viver sem problemas com o vírus ou a própria doença. Essa mistura de relativa segurança, maior sobrevivência e tédio pela cautela prolongada se transformou em um coquetel fatal.

Isto significa dizer que as pessoas começam a se “acostumar” com a doença mais perto delas, vulgarizando sua importância quanto a comportamentos preventivos e cautelas nos relacionamentos novos, em aproximações com pessoas recentemente conhecidas. Os veículos de comunicação são, em parte, responsáveis quanto a essas condutas, distorcendo a verdadeira realidade quanto ao perigo eminente e permanente. O resultado é a multiplicação não controlada de novos seres humanos que aumentam significativamente as populações infectadas, causando colapso no atendimento nos diversos postos de saúde e hospitais especializados na doença. É crescente a procura pelos testes para detecção do HIV, busca de atendimento emergencial, com quadro indefinido de doenças oportunistas e conseqüente sobrecarga para tratamento ou internação.

¹¹ Notícia obtida em reportagem do canal televisivo Band News, exibido em 30.05.2006.

¹² Idem, em 20.07.2006.

3.4.2 A Aids e a morte

Carneiro (2000, p. 66) comenta sobre o “ideal da medicina baseado no corolário de que a saúde existe como um capital natural no corpo do vivente”. O autor traz à baila a premissa de que o sujeito acredita ser possuidor de um estado de saúde eficiente como condição natural de sua existência, sendo a enfermidade (o objeto de trabalho do sujeito da ciência) o verdadeiro objeto rechaçável na existência do sujeito naturalmente eficiente, potente e eficaz nas suas investidas em relação ao mundo, uma vez que essas qualidades deveriam afirmar que seus comportamentos atestariam uma arte de viver. A discussão se inflama quando se pensa que a enfermidade, que é o objeto de trabalho da medicina, pode tornar-se também objeto do rechaço de quem a possui.

O autor prossegue discutindo a visão complexa da

(...) verdade do sujeito questionada na própria base de qualquer enfermidade, como um objeto que se busca num espaço situado entre a palavra, tipicamente articulada na ordem do simbólico, e o gozo, posto no espaço do corpo, (...) no intuito de garimpar elementos viáveis a uma compreensão da AIDS como geradora de uma nova desrazão, que exige saídas subjetivas frente ao impasse da ameaça de morte e o conseqüente rechaço dirigido aos enfermos (CARNEIRO, 2000, p. 66-67).

Carneiro (2000, p. 67) conclui dizendo:

(...) a verdade é a grande pergunta do ser sobre sua própria existência humana quando essa se vê ameaçada pela calamidade de uma epidemia que expõe a vida à morte (...). Vista aqui pelo ângulo do saber médico, é exatamente a falta de segurança ou de garantias da existência de um objeto chamado saúde e que expõe constantemente o sujeito a uma procura pela verdade de sua existência.

Ferreira (2003, p. 117) comentando sobre seu primeiro estudo levado a efeito em um Hospital em Uberlândia-MG, com 15 de seus pacientes afirma que o vírus da Aids, - com

todas as suas conseqüências pessoais e sociais - leva todo doente, apesar de suas características, crenças e idade, a enfrentar angústias primitivas, principalmente a angústia da morte. Atesta que foi confirmada a hipótese de que a doença não foi um acidente na vida daqueles pacientes, mas sim o HIV procurado em função de conflitos e culpas infantis, tornando a Aids um instrumento de sua solução.

Sobre o acontecimento da morte, Kübler-Ross (1987), médica estadunidense, afirma:

Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano (...) Morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar, levado às pressas para uma sala de emergência (ou UTI), separada da família, desacordada para não sentir a morte. Por que? (KÜBLER-ROSS, 1987, p. 19).

No caso de experiências de morte em famílias que possuem crianças, a autora prossegue:

(...) ao se permitir “que as crianças continuem em casa, onde ocorreu uma desgraça, e participem da conversa, das discussões e dos temores, faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes o conforto de uma responsabilidade e leito compartilhados e uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer. Isto contrasta muito com uma sociedade em que a morte é encarada como tabu, onde os debates sobre ela são considerados mórbidos, e as crianças afastadas sob pretexto de que seria ‘demais’ para elas. /costumam ser mandadas para a casa de parentes, levando muitas vezes consigo mentiras não-convincentes (...)” (KÜBLER-ROSS, 1987, p. 18).

Kübler-Ross (1987, p. 18) aborda a humanização da finitude desde aquela época, dizendo que quando “se permite que um paciente finde seus dias no querido ambiente famili-

ar, isto requer dele menor adaptação” e, conseqüentemente, menor dispêndio de energia para quem já dispõe de pouca. A autora enfatiza também que “paciência, familiares, alimentação poderiam ser substitutos de um frasco de soro intravenoso ministrado pelo simples fato de atender as necessidades do corpo sem envolver muitas pessoas e/ou cuidados particulares de enfermagem”. Refere-se também ao fato que nesses casos o paciente pode estar sofrendo mais emocional do que fisicamente:

É mais válido “segurar a mão do paciente, sorrir olhá-lo de forma terna, prestar atenção a alguma pergunta. (...) Quase sempre é outra pessoa que decide sobre ele, onde deve ficar, sem consultá-lo. Se um doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido. (...) Tratado como objeto. Deixou de ser pessoa. Decisões são tomadas sem o seu parecer” (KÜBLER-ROSS, 1987, p. 19).

Sobre a correlação de força entre avanços nas pesquisas científicas e compreensão da experiência subjetiva para o bem-estar do paciente, Kübler-Ross (1987, p. 24) afirma:

(...) Se déssemos ao relacionamento humano e interpessoal a ênfase que dispensamos ao ensino dos novos avanços técnicos e científicos (...). De que adianta tantos estudos e pesquisas, planilhas numerológicas complexas, quando este mesmo técnico não sabe responder a uma pergunta afetiva do seu paciente.

Dorta (2006) em sua resenha do livro “Sobre la muerte y los moribundos” de Kübler-Ross (1993) comenta que a autora

(...) fue la primera profesional que se acercó decididamente a los enfermos que iban a morir y a sus problemas. En esta su primera obra, describe sus observaciones sobre el problema de la muerte y nos detalla las cinco etapas por las que, según ella, pasa el enfermo que va a morir y que son: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación.

São cinco os estágios e reação psíquica determinada pela experiência com a morte, descrita por Elisabeth Kübler-Ross:

Primeiro estágio: **negação e isolamento** - São mecanismos de defesas temporários do ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração desses mecanismos de defesa dependem de como a própria pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor. Não persistem por muito tempo.

Segundo estágio: **raiva**

Os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. A dor psíquica do enfrentamento da morte se manifesta por atitudes agressivas e de revolta; - porque comigo? A revolta pode assumir proporções quase paranóides. Transformar a dor psíquica em agressão é, mais ou menos, o que acontece em crianças com depressão. É importante, nesse estágio, haver compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte.

Terceiro estágio: **barganha**

A maioria das barganhas é feita com Deus e, normalmente, mantidas em segredo. Como dificilmente a pessoa tem alguma coisa a oferecer a Deus, além de sua vida, e como Este parece estar tomando-a, quer a pessoa queira ou não, as barganhas assumem mais as características de súplicas. A pessoa implora que Deus aceite sua “oferta” em troca da vida, como, por exemplo, sua promessa de uma vida dedicada à igreja, aos pobres, à caridade. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nessa fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil.

Quarto estágio: **depressão**

Aparece quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as

perspectivas da morte são claramente sentidas. Surge então um sentimento de grande perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade nua e crua, como ela é realmente, é a consciência plena de que nascemos e morremos sozinhos. Aqui a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro etc.

Quinto estágio: **aceitação**

O paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade. Esse é um momento de repouso e serenidade antes da longa viagem. É claro que interessa, à psiquiatria e à medicina melhorar a qualidade da morte, que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim, o processo até a morte pode ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e, pelo lado dos que ficam, de conforto, apreensão e colaboração para com o paciente.

Elizabeth Kübler-Ross (2003, p. 60), médica, psiquiatra, terapeuta, que dedicou toda a sua vida ao trabalho com doentes terminais, nos ensina que o ser humano é constituído de 4 quadrantes: o físico, o emocional, o intelectual e o espiritual/intuitivo. No início da vida (quando nascemos) e no fim (quando envelhecemos) somos basicamente o quadrante físico. Isto é, necessitamos de amor, cuidados básicos para sobrevivência, abraços, toques e contatos físicos. Entre 1 a 6 anos constrói-se o emocional. É quando adquirimos todas as atitudes básicas que vão marcar nossa vida. Ao fim deste período inicia-se o quadrante intelectual e tudo que vivemos antes influenciará na nossa forma de aprender (na escola, na vida). Na adolescência o quadrante espiritual, intuitivo é desenvolvido e será, possivelmente, o resultado da forma que vivemos até ali.

Kübler-Ross (2003, p. 168) explica que (...) é preciso que tenhamos consciência que nós, seres humanos, somos total, única e exclusivamente responsáveis por nossa própria vida. Diz, ainda, que a vida na terra não é quase nada, exceto a soma de todas as escolhas que fizemos a cada momento. (...) Nossos pensamentos, pelos quais somos responsáveis, são tão reais quanto nossos atos e cada palavra, cada ato afeta nossas vidas e também tocam milhares de outras vidas.

3.4.3 A situação no Brasil

No período compreendido entre os anos de 1982 e 1989, pacientes maiores de 12 anos com Aids sobreviviam em torno de 5,1 meses. Ou seja, aproximadamente 50% chegavam à morte em menos de 6 meses depois de terem o diagnóstico de soropositividade ou a 1ª infecção oportunista. Após a descoberta do coquetel (vários medicamentos ingeridos em conjunto), houve uma melhora significativa da sobrevida das PVHA. Há estudos internacionais demonstrando que pacientes com este tratamento tiveram mudanças significativas no seu quadro clínico e nas populações atingidas, redução dos coeficientes de mortalidade, da incidência de doenças oportunistas, assim como melhora da qualidade de vida, além do tempo de sobrevivência (Boletim Epidemiológico, 2002).

Pires Neto, médico epidemiologista em atuação no Hospital São José no período em que foi realizado o presente estudo, registra no capítulo introdutório de sua tese de doutorado:

A infecção pelo HIV/Aids é um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo. Além do enorme contingente de portadores oficialmente notificados, milhões de indivíduos no mundo convivem, com o HIV de forma assintomática, muitos destes sem conhecer seu estado de portador (...) (UNAIDS, 2003 apud PIRES NETO, 2006, p. 1).

Prossegue o autor em suas anotações citando que:

Em 2003 aproximadamente 40 milhões de pessoas estavam vivas e infectadas por HIV ou com Aids. Cerca de 5 milhões de casos novos de infecção pelo HIV gerando 14 mil novas infecções por dia. Até o final de 2001 mais de 21 milhões de mortes ocorreram no mundo em decorrência da Aids. No Brasil (MS 2005) estima-se que em 2004 havia 600.000 indivíduos de 15 a 49 anos vivendo com HIV/Aids.

Os dados revelam que, no Brasil, a epidemia da Aids confirma em expansão que encontra-se em patamares elevados, com incidência em 2003, de 18,4 casos para 100 mil habitantes. A tendência de crescimento da epidemia também foi observada em

todas as regiões geográficas, com exceção da região sudeste, que apresentou, em 2003, taxa de incidência de 24,6 por 100 mil habitantes.

De acordo com o MS (2005) até 30 de junho de 2004 haviam sido notificados 362.364 casos de Aids. Até 2003 foram a óbito pela Aids 150.834 indivíduos. A maioria acima de 13 anos.

No Brasil a epidemiologia da infecção pelo HIV tem assumido um caráter dinâmico desde o início da epidemia. A partir de meados dos anos de 1990, provavelmente em decorrência da política brasileira de acesso universal à terapia anti-retroviral (ARV), tem se observado reduções na taxa de mortalidade por Aids e no número de casos de Aids notificado. (MS, 2005). A taxa de mortalidade relacionada a Aids no Brasil caiu de 9,7 por 100 mil habitantes, em 1994, para 6,4 por 100 mil habitantes, em 2003 (MS, 2005).

Além disso, também nos últimos anos, houve diminuição da incidência da Aids em determinadas populações ditas mais vulneráveis, como usuários de drogas ilícitas, injetáveis, profissionais do sexo e homossexuais masculinos. Por outro lado, a incidência de Aids entre heterossexuais, principalmente do sexo feminino, tem aumentado (MS, 2005). A sobrevida dos pacientes com Aids também aumentou. Em 1995 a sobrevida era de 18 meses após o diagnóstico. A partir de 1996, com a introdução da terapia anti-retroviral e sua distribuição gratuita para toda a rede do SUS, a sobrevida de pacientes com Aids aumentou para 56 meses, em adultos e para 67 meses em menores de 13 anos (MS, 2005).

Outras características epidemiológicas da infecção pelo HIV/Aids no Brasil observadas nos últimos anos teria sido as tendências à interiorização e à pauperização da epidemia (MS, 2005) (PIRES NETO, 2006, p. 1 e 2).

Esclarece Pires Neto (2006, p. 2) que o termo interiorização significa o aumento do número de casos de Aids em pequenos centros urbanos, padrão distinto do início da epidemia quando a ocorrência da doença era quase que exclusivamente em grandes centros urbanos. E pauperização, o fenômeno caracterizado pelo acometimento mais freqüente de indivíduos com menor poder aquisitivo e menos escolarizados (MS, 2005).

O Jornal O POVO, on-line, de 06/09/2006 divulgou a Conferência Brasileira de HIV/Aids e Hepatites Virais, evento da Sociedade Brasileira de Infectologia, em conjunto com a Sociedade Cearense de Infectologia, a realizar-se em Fortaleza, de 10 a 13 de setembro

do corrente, com a finalidade debater acerca das ações de prevenção e controle dessas doenças, além de levar aos profissionais de saúde as informações e descobertas sobre as formas de tratamento. Segundo a reportagem, do início da epidemia da Aids até hoje foram notificados 371.827 casos. Destes 14.309 são crianças. A Aids revela-se uma epidemia de múltiplas dimensões com um quadro marcado pelos processos da interiorização, pauperização, heterossexualização e feminização.

A Revista Época, em sua edição 422, de 15 de junho de 2006, em sua reportagem de capa traz a matéria “25 anos de Aids” referindo-se ao tempo que a epidemia completou desde a descrição dos primeiros casos. Dentre outros aspectos, como a ameaça constante de morte, ressalta que “a lipodistrofia é apenas um entre os vários efeitos colaterais do coquetel antiaids - que, embora recomendado pela maior parte dos especialistas para uma doença até hoje incurável, está longe de ser um tratamento ideal. As drogas contra o HIV costumam ser altamente tóxicas. Além do impacto na aparência, elevam os níveis de colesterol, de triglicérides, provocam diabetes e falência do fígado. Para amenizar os problemas, os sobreviventes precisam seguir uma dieta rigorosa - sem gordura nem carboidratos - e fazer muito exercício físico.”

No Seminário Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste, ocorrido na UFC em 17 de março de 2006, ao qual essa pesquisadora esteve presente como voluntária da AVHSJ, pôde ser ouvido o representante do Programa DST/Aids-MS, em Brasília que declarou que o melhor programa de saúde existente é o PDST/Aids, que foi montado em um estado de emergência e que vem sendo passo a passo melhorado. Não há como negar o efeito da convivência do programa com a dualidade de responsabilidade pela sua emergência e a regeneração do SUS.

O representante do programa informou as estratégias para 2006:

- efetivar o processo de descentralização das políticas do programa, favorecendo o controle social das doenças;
- dar prioridade às agendas dos estados e municípios;
- aproximar os Conselhos Municipais de Saúde;
- estabelecer políticas discutidas e implementadas nos lugares mais remotos do País, dando continuidade à interiorização das

- políticas públicas, reconhecendo como está se apresentando a doença;
- Dar efetividade na devolutiva e atenção real nas várias comunidades e municípios;
 - investir cifras semelhantes a 1 bilhão e 350 milhões nos contextos de enfrentamento da epidemia, que são: inclusão e sustentação em todas as agendas estaduais e municipais do movimento nacional de luta contra a Aids; licenciamento compulsivo dos medicamentos; discussão da capacidade farmacêutica nacional seja competente e capaz de produzir os medicamentos; investir, embora tardiamente, no equipamento para transformação e produção de sais básicos à medicação anti-retroviral; e
 - Aplicar 960 milhões em novas drogas para composição de anti-retrovirais.

Disse, ainda, o mesmo palestrante que o número de casos seja maior do que os recursos disponíveis, o acesso nacional à terapia medicamentosa vem evoluindo. Comentou, também, que 2 grandes laboratórios internacionais encontram-se em negociação para redução do custo dos medicamentos que produzem e fornecem para o Brasil.

Conforme entrevista com a diretora-adjunta do Programa Nacional de DST/Aids (PN) - Mariângela Simão - publicada pela Revista Saber Viver (edição de janeiro a março de 2006, p. 4) há risco da falta de medicamentos por problemas mundiais relacionados à falta de matéria-prima de boa qualidade para a fabricação dos ARV (anti-retrovirais). No Brasil, o problema não tem sido orçamentário nem financeiro. Está relacionado também à produção de matéria-prima. A determinação do governo é que não falte dinheiro para medicamento contra Aids. O orçamento do PN para a compra de ARV em 2006 é de R\$ 960 milhões. Em continuidade dá a boa notícia que o PN vai implantar os testes rápidos nos Centros de Testagem e Aconselhamento das capitais do país, agilizando o diagnóstico de muitas pessoas que chegam a aguardar meses para ter o resultado do exame.

Sobre antiretrovirais o médico Dráuzio Varella, em sua coluna virtual na rede mundial de computadores - www.noolhar.com.br - consultada em 18.04.2006, comenta que a

história da Aids teve mudanças significativas a partir do final de 1995, quando foram lançados no mercado medicamentos eficazes para inibir a multiplicação do HIV. A infecção pelo vírus deixou de ter seu curso de infecções de repetição, câncer e morte, para adquirir características de infecção crônica, controlável clinicamente. No Brasil, a disponibilidade de medicamentos antivirais distribuídos gratuitamente à população infectada pelo HIV, reduziu fortemente as infecções oportunistas, as internações e as mortes. Alerta, ainda o médico, que (...) mais importante do que todas essas medidas, no entanto, é garantirmos acesso universal aos preservativos. Não basta insistirmos que eles são necessários. Prevenir é mais fácil do que remediar, e custa muito menos.

Aderaldo (2003, p. 19) comentava sobre o momento da epidemia da Aids no Brasil (naquela época), que os avanços tecnológicos da medicina em pesquisa e a elaboração de drogas para o coquetel anti-retroviral proporcionavam melhoria significativa no quadro da Aids. A escritora também enfatizava a contribuição efetiva do diagnóstico precoce e o acesso à prevenção das infecções oportunistas como fatores determinantes à redução da mortalidade por Aids.

O momento referido pela autora se estende e permanece na atualidade, logrando-se êxitos nas pesquisas e contabilizando-se ganhos científicos e de tecnologia. Com vistas a combater a interiorização da epidemia, cada vez mais se ampliam e reforçam, a nível nacional, as ações voltadas ao diagnóstico precoce, o acesso aos anti-retrovirais, ao tratamento e acompanhamento necessários aos infectados.

A labuta permanece nas intensas pesquisas laboratoriais em prol da descoberta das vacinas profiláticas à doença. Como resultado de investimento em pesquisas científicas têm surgido novas drogas mais eficientes e que acompanham as seqüentes mutações do HIV. A sobrevivência está garantida mediante o acompanhamento médico, adesão e acesso medicamentoso, associado à alimentação adequada, estilo de vida e comportamento. A transmissão vertical (de mãe para filho, durante a gestação, parto e pós-parto) já pode ser totalmente controlada através do uso de anti-retrovirais durante a gravidez até o corte do cordão umbilical e com o uso do AZT pelo recém-nascido após o parto e a exclusão ao aleitamento materno. Soma-se a esses cuidados, os procedimentos no parto e pós-parto. Da mesma forma, os efeitos colaterais estéticos, advindos da ingestão contínua de determinada medicação, como a lipoatrofia, (perda de gordura na face, braços e pernas), e a lipodistrofia (distribuição irregular da gordura no

corpo), já se encontram minimizados com o uso de outras drogas quimioterápicas. O que precisa evoluir é a abordagem do trabalho psicoemocional, não só com os pacientes como também com os profissionais resilientes.

3.4.4 A situação no Ceará

Dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) apontam que em 2002 foram notificados 533 casos de Aids (17 casos em crianças e 516 entre adultos). No ano de 2003 o número total foi de 585 (27 em crianças e 558 em adultos). O último ano informado pela SESA foi relativo ao período de 2004, e indica 667 casos de Aids, sendo 19 entre crianças e 648 entre adultos.

Durante as comemorações do Dia Mundial de Luta Contra a Aids, no dia 4 de dezembro foi feita a instalação da Frente Parlamentar na Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Naquela oportunidade, em seu pronunciamento, o Secretário de Saúde substituto, Dr. Alexandre Montalverne declarou que de 2001 a 2004 cadastrou-se em Fortaleza em torno de 360 casos novos e que 90% dos municípios encontram-se atingidos pela doença, caracterizando o perfil cearense de pauperização, feminilização e analfabetização.

Depreende-se do exposto um crescimento dos casos em indivíduos no Estado, principalmente em crianças sendo que a maioria dos casos ocorre por transmissão vertical, situação que poderia ser evitada se mulheres estivessem sendo adequadamente assistidas durante o pré-natal, período no qual poderia ter sido oferecida a testagem anti-HIV e tomadas as providências cabíveis.

No Seminário Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste (UFC-2006), ocorrido em Fortaleza a representante da Coordenação Municipal de DST/Aids, declarou a responsabilidade do Estado do Ceará na atuação junto ao Governo Federal para organizar as políticas voltadas do programa DST/Aids. Em consonância com o dito pelo representante do programa nacional, que a SESA-CE dá importância ao ativismo integrado com outros movimentos sociais. Que, inclusive, a partir do ano de 2005, o GRAB – Grupo de Resistência Ave Branca, atuante no Estado em prol dos interesses e direitos dos homossexuais e GLS (gays, lésbicas e simpatizantes) compõe a equipe que discute as políticas municipais de DST/Aids, daquela Secretaria.

Prosseguindo, ressaltou que a Aids vem atingindo pessoas que possuem baixa renda econômica e reduzida escolaridade, que têm dificuldades de sobreviver, o que caracteriza o perfil atual de pauperização da epidemia. Nesse sentido, enfatizou as respostas que têm sido dadas pela SESA-CE, definindo mais trabalhos com organizações e municípios remetendo para a descentralização dos recursos do programa. Há, então, a interiorização das ações (junto aos municípios), o desenvolvimento de ações de prevenção; definição de critério epidemiológico, considerando a vulnerabilidade da condição litorânea, voltada ao turismo.

Informou, ainda, que cada município tem sua política de utilização dentro de seu cenário, respeitando sua realidade. Existe o apoio da Secretaria de Saúde aos projetos locais, como por exemplo: Os Projetos “Somos” e o “Tulipa”, que possuem seus focos nas vulnerabilidades de exclusão social e atividades de risco. Além disso, as prioridades são para as questões de prevenção e assistência no atendimento à população já infectada, através da descentralização dos serviços, definição de políticas de atenção para suas populações.

Marcou a dificuldade que tem sido presente no que tange a identificação de médicos infectologistas que tenham interesse em atuar nas equipes multidisciplinares para trabalho no interior. Divulgou que Fortaleza é a quarta capital brasileira com maior número de pessoas infectadas. A primeira é São Paulo, a segunda o Rio de Janeiro, a terceira Salvador.

Nesse prisma, a SESA tem buscado alternativas e subsídios junto ao Departamento de Saúde Comunitária da UFC, que funciona no Campus Parangabussu, Rodolfo Teófilo, como co-partícipe na contribuição de pesquisadores. Inclusive estava presente no evento, a Profa. Dra. Marli Gimenez Galvão, do Departamento de Enfermagem da UFC, que alertou sobre a necessidade de formação de pesquisas junto à sociedade, no que tange às suas expectativas em relação às universidades e aos profissionais de saúde como podem colaborar para a mudança do conhecimento e fornecimento de informação contínua de acordo com a realidade. Adicionou informes que no mês anterior (fevereiro 2006) foram iniciadas reuniões prioritárias para pesquisas a serem realizadas no nordeste do país. Em complementação, há de se aumentar o diálogo entre ONG’S e Instituições que trabalham com HIV/Aids.

Em prosseguimento, apontou a palestrante algumas perspectivas atualmente delineadas pela SESA:

- descentralização das ações (implementar e gerenciar serviços de diagnóstico, prevenção e assistência);
- ampliação das unidades de coleta de sangue para testagem;
- garantia à assistência e ao acesso ao tratamento;
- implementação de ações voltadas à identificação de situações epidemiológicas; interface com outras áreas técnicas (atenção básica, Programa de Saúde da Família – PSF); articulação com movimentos sociais;
- capacitação efetiva de profissionais; e
- oportunidade de concursos para médicos.

3.4.4.1 A situação no Hospital São José

Considerando a realidade do campo da presente pesquisa não se detectaram grandes mudanças no cenário mencionado por Ferreira (2003, p.28), citado anteriormente nesse trabalho no que tange ao conceito e evolução da Aids. São 3 anos a mais e no HSJ a equipe de saúde é unânime em dizer que a sobrevivência dos pacientes infectados é indiscutível, mas o índice de contaminação de novos pacientes é crescente. Tanto é que a demanda do hospital cresce a cada dia. Informes da SESA-CE, no Seminário mencionado e dados fornecidos pelo HSJ em setembro de 2006, apontam para o número aproximado de 5.200 pessoas cadastradas e atendidas no SAE do hospital. Isto faz com que as consultas de rotina sejam marcadas de 3 a 5 meses de intervalo, impedindo o acompanhamento mais próximo, indicado às PVHA. Este panorama vem confirmar que é imperiosa a estimulação da política de descentralização dos serviços, para desafogar o HSJ.

Não há o que discutir quanto a eficácia do tratamento quando há metodicidade no acompanhamento ao portador, quando ele toma sistematicamente os anti-retrovirais, segue as orientações médicas quanto à alimentação e estilo de vida respeitoso à sua soropositividade. Isto quer dizer que convive com o vírus de forma conciliativa à sua condição, em termos orgânicos e comportamentais, respeitando as “dicas para uma vida saudável, segura e feliz”, conforme cartilha com história em quadrinhos criada e distribuída pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA.

O mais recente Informativo do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HSJ - NUHEP/HSJ, com data de 15 de fevereiro de 2006, publicou que

(...) a AIDS é um agravo com tendência ascendente no estado, com interiorização e feminilização da epidemia. Foram notificados 535 casos de AIDS, segundo critério da vigilância epidemiológica, sendo 509 adultos e 26 crianças. Em 2005, foram notificadas 35 crianças expostas ao HIV por transmissão vertical. (...)

3.5 GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS

Não se poderia falar aqui nesse tema sem fornecer um breve panorama da evolução histórica da administração de recursos humanos. Vale-se para isso, aqui, da escrita de Gil (2001) que refere-se à administração científica, tendo como seus principais representantes Frederick W. Taylor (1856-1915), Henry Fayol (1841-1925), e Henry Ford (1863-1947). Seu objetivo primordial era a fundamentação científica às atividades ao invés da improvisação e do empirismo. Sua mais forte contribuição foi que com o movimento da administração científica tornou-se base para a organização industrial nas primeiras décadas do século XVIII.

Surge, em seguida, a Escola das Relações Humanas advinda da necessidade de considerar a relevância dos fatores psicológicos e sociais da produtividade, encabeçada pelo psicólogo americano Elton Mayo (1890-1949). A colaboração mais relevante é a descoberta da importância dos fatores psicológicos na produção e a necessidade de humanização entre capital e trabalho, relação tão difundida pela administração científica.

Na sequência seguem-se as Relações Industriais, com seu objetivo de mudar significativamente a administração de pessoal, modificando o enfoque legal e disciplinar com o aumento do poder dos sindicatos. A “seção de pessoal” eleva-se de patamar para o “Departamento de Relações Industriais” e seu principal ganho configura-se como o fortalecimento das relações sindicais na defesa dos direitos do trabalhador.

Gil (op. cit) prossegue informando que a Administração de Recursos Humanos é caracterizada na década de 1960, substituindo a administração de pessoal e relações industriais através da introdução da Teoria Geral dos Sistemas, de Ludwig Bertalanfy (1901-1972). Evidencia-se que os princípios de uma ciência podem ser aplicados à outra, desde que os ob-

jetos dessas ciências sejam entendidos como sistemas. Configura-se, assim, a ótica integradora. O autor ressalta que a partir da década de 1950 o conceito atinge as ciências sociais, sendo as relações entre as partes e o comportamento do todo o foco de atenção. Clarificando-se as características do enfoque sistêmico a interdependência das partes; ênfase no processo; probabilidade da multidisciplinaridade; concepção multicasual; caráter descritivo; caráter multimotivacional; participação; abertura; ênfase nos papéis.

Chega-se, então, à Gestão de Pessoas nos meados da década de 1980. Traz as influências dos desafios ambientais e organizacionais, com a evidência da globalização econômica, a exacerbação das comunicações, do desenvolvimento tecnológico e da competitividade. Onde pessoa é diferente de recurso e que precisa ser administrado para a obtenção de seu melhor rendimento. Constrói-se a evolução de que as pessoas são parceiras da organização, tem conhecimentos, habilidades, capacidades e, sobretudo, inteligência. O conceito de *stakeholders* ganha espaço nas estratégias organizacionais, sendo valorizados os parceiros, fornecedores, clientes e acionistas. A gestão de talentos, do capital humano e do capital intelectual se faz presente. Há o incentivo na participação nas decisões e no uso máximo dos talentos para obtenção da sinergia para o desenvolvimento da pessoa e da organização.

Sobre a gestão de organizações e das pessoas que a compõem, Albuquerque (2002, p. 36-37) expõe a necessidade de se discutir os conceitos de estratégia, gestão estratégica e recursos humanos sob uma perspectiva evolutiva. O autor coloca que o campo da estratégia constitui um tema relativamente novo na administração e que sua aparição, de forma embrionária, se deu nas décadas de 1960 e 1970 e o desenvolvimento significativo na década de 1980 e 1990.

Com relação aos autores clássicos no estudo da estratégia nas organizações, Albuquerque cita (1) Igor Ansoff, como o primeiro autor de livro sobre estratégia empresarial, em 1965; (2) Michel Porter, em 1980, com as obras “Estratégia competitiva” e “Vantagem competitiva das nações”, que vieram trazer novos conceitos sobre estratégia; (3) Ansoff, Declerck e Hayes, em 1981, com a organização do livro “Do planejamento estratégico à administração estratégica”, o qual veio ampliar a discussão sobre a temática; (4) Henry Mintzberg, no início da década de 1990, que fez uma abordagem crítica aos conceitos de planejamento estratégico, no livro “The rise and fall of strategic planning” e debateu sobre os aspectos humanos envolvidos na formulação e implementação estratégica; (5) em 1995, Prahalad e Hamel, os quais

em “Competindo pelo futuro”, trouxeram novos conceitos à estratégia empresarial, como arquitetura estratégica, intento e competências essenciais.; e (6) Minstzerg, Ahlstrand e Lampel, que deram sua contribuição com “Safári da estratégia”, obra organizadora do raciocínio sobre as diversas correntes e enfoques da estratégia, apresentando a classificação e a definição, segundo eles, das dez escolas do pensamento estratégico e seus principais representantes.

Fischer (2002, p. 12-13) entende por modelo de gestão de pessoas a maneira pela qual uma empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho, sendo definido pela organização os seus princípios, estratégias, políticas e práticas, que constituem o processo de gestão. No âmbito dos negócios o comportamento humano é de suma importância, portanto a preocupação em gerir pessoas vem ganhando espaço cada vez maior fazendo surgir o conceito de modelo de gestão de pessoas.

Trasatti e Costa (1999, p. 16-17) referem-se à gestão de pessoas como um modelo explícito que considera que o resultado é igual à oportunidade, onde os resultados alcançados pelas pessoas são traduzidos em oportunidades que a empresa oferece a elas. Os citados autores reforçam esse posicionamento frisando que neste modelo de gestão, respostas claras devem ser dadas continuamente às perguntas: a) o que se espera de mim? Como estou indo? O que preciso mudar, como e para quê?

Adicionalmente, Ulrich coloca questões básicas que precisam ser respondidas para a obtenção de sistemas eficazes: o que precisamos saber que não sabemos? Como descobriremos? Como partilharemos esses conhecimentos com os demais? (ULRICH, 1998, p. 293). Prossegue dizendo (1998, p. 294-295) que para acontecer a mudança de cultura os profissionais de recursos humanos devem aprender a envolver a organização em uma série de ações:

- comprometer-se com a mudança da cultura;
- definir a cultura existente;
- definir a cultura desejada;
- explicitar lacunas na cultura;
- preparar e implementar planos de ação culturais;
- coordenar iniciativas de mudança de cultura;
- medir resultados.

Ulrich (2000, p. 35), diante das discussões sobre a atuação da área de recursos humanos e a sobrevivência dessa estrutura nas organizações diz que na verdade nunca houve tanta necessidade dela. Por influência das forças competitivas que os gerentes enfrentam hoje em dia, e continuarão a enfrentar no futuro, exige-se a excelência organizacional. Tal excelência será alcançada através da ênfase no aprendizado, na qualidade e no trabalho em equipe, constituindo a sua tarefa básica (...) ao invés de criar um novo papel e uma nova pauta para a área que focalizem os resultados, e não as atividades tradicionais.

Ulrich (op. cit., p. 37-39) formula a indagação: por que o RH é agora mais importante do que nunca? Respondendo faz alusão ao desempenho do papel de liderança, favorecedor à empresa para o alcance dos desafios competitivos que são: globalização, tecnologia, capital intelectual mudanças e mais mudanças.

O estudioso do tema se refere à mudança contínua, para ajustamento às novas realidades, adotando novas atitudes como solução aos problemas emergentes, o maior desafio às empresas. A aprendizagem com rapidez e continuidade, alerta à inovação incessante e a assunção de modos imperativos estratégicos com maior velocidade e naturalidade. (...) A permanência de um estado de transformação sem fim, dinâmico, atuante, desenvolvendo continuamente uma mudança fundamental e duradoura.

3.5.1 Organização do trabalho na visão da gestão estratégica de pessoas

A história da estruturação do trabalho na saúde, como dizem Wendhausen e Rivera (2005, p. 113), mostra a sua fragmentação, não só pela divisão de tarefas, como também pela forma como o processo saúde/doença foi sendo concebido pelos profissionais de saúde, resultando em parcelamento das ações e saberes. O saber reconhecido foi construindo um exercício de poder, principalmente do médico, sobre as demais categorias. Assim, o tratar e cuidar de um corpo biológico, visto como sistemas e partes, ainda dividi-se entre vários cuidadores: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros.

Para ser amenizado tal quadro há que se atuar no sentido de aproximar cada vez mais esses profissionais, transformando os grupos de trabalho em equipes integradas, conscientes de seu valor unitário e coletivo. Demanda-se a construção participativa de objetivos,

metas e resultados a serem alcançados, com base nas competências essenciais e individuais, em prol do crescimento pessoal, profissional e institucional.

Conforme Fischer (2002, p. 23-28) pontua, o modelo estratégico de gestão de recursos humanos surgiu em Michigan, nos Estados Unidos, nas décadas de 1970 e 1980 advindo da necessidade de vincular as pessoas às estratégias da empresa. No Brasil, a perspectiva estratégica começa a ser reconhecida por organizações com estruturas mais bem organizadas na área de recursos humanos, na década de 1980. Em seguida, a competitividade trouxe a evolução do modelo de gestão de pessoas articulado por competências, com a intenção de vincular o desempenho humano e os resultados do negócio da empresa. Outras diferenças significativas surgiram tendo a visão do foco da transformação organizacional dirigido para fora - o ambiente externo, ou para dentro da organização valorizando os indivíduos e o ambiente interno o que virá a definir as competências essenciais vinculadas às intenções estratégicas organizacionais. Assim, as pessoas ocupam papel importante como agentes do processo de mudança estratégica e tem em sua energia emocional e intelectual como combustível para o desenvolvimento significativo da organização em que atuam.

Gil (2001) enfoca a administração estratégica de pessoas tendo como base um conjunto amplo de tarefas e os resultados finais, ao invés de descrições formais de cargos ou análises de funções e Almeida (2004, p. 18) ressalta que todo o sistema de gestão de talentos deve estar voltado para a missão e os objetivos institucionais. Isto é um dos baluartes da gestão estratégica de recursos humanos.

Dutra, 2004, p.27 afirma:

Organização e pessoas propiciam um processo mútuo e contínuo de troca de competências. A empresa transfere seu patrimônio às pessoas, enriquecendo-as e preparando-as para enfrentar novas situações profissionais e pessoais, dentro ou fora da organização. As pessoas, ao desenvolverem sua capacidade individual, transferem para a organização seu aprendizado, favorecendo o enfrentar de novos desafios.

Dutra (2004, p. 85) faz menção a um sistema de gestão de pessoas integrado e estratégico que favorece maior sinergia entre suas partes, e ao sistema de gestão de pessoas articulado com as estratégias organizacionais e com as expectativas das pessoas, tendo legitimidade e credibilidade por agregar valor para a organização e para as pessoas que a compõem.

A gestão estratégica de pessoas abrange olhares internos e externos à organização. Segundo Dutra (2004, p. 57), leva em consideração os processos de captação, seleção, retenção e desenvolvimento de seus colaboradores, assim como os processos de informação, comunicação, relações sindicais e relações com a comunidade, que juntos constituem apoio à esse tipo de gestão.

Sobre a possibilidade de tornar possível e real o conceito e implantação da administração estratégica de recursos humanos com base em competências, Trasatti e Costa (1999, p. 21) evidenciam o condicionamento da definição das competências funcionais à estratégia empresarial e às competências organizacionais necessárias para a consecução dessa estratégia. Os autores desenvolveram uma metodologia que respeita cada realidade empresarial. Didaticamente dividem em 4 fases (op. cit. p. 22-27) para sua implantação, referidas aqui sucintamente:

Fase 1 - Descoberta – levantamento de dados através da técnica de “vozes” do cliente externo; do cliente interno; dos acionistas; da organização (clima e cultura organizacional); do mercado (fornecedores, concorrentes);

Fase 2 - Construção – quadro de competências funcionais com base nas competências organizacionais de acordo com as necessidades estratégicas e as circunstâncias identificadas;

Fase 3 – *Assessment* (mapeamento) – após os quadros de competências construídos faz-se o mapeamento das pessoas para que se conheça a lacuna entre as competências operacionalizadas e a situação atual dos funcionários. Um levantamento de potencial que se finda com uma entrevista devolutiva a cada colaborador onde se fornece um referencial da atual potenci-

alidade em relação às competências necessárias, procede-se a conscientização dos *gaps* (lacunas) existentes e as necessidades de desenvolvimento;

Fase 4 – Implantação – É a fase da ação propriamente dita. Faz-se o detalhamento do plano de implantação da administração de recursos humanos por competências, com tempo, recursos e responsabilidades necessárias envolvendo toda a organização em “frentes de trabalho”, quais sejam: frente de divulgação; frente de administração de dados; frente do plano diretor de recursos humanos; frente de desenvolvimento de ferramentas de análise de desempenho; frente dos indicadores de desempenho; frente de desenvolvimento de lideranças; frente de acompanhamento e revisão da implantação da administração de recursos humanos por competências.

Trasatti e Costa (1999, p. 21) consideram que a implantação estará totalmente finada quando todo o nível gerencial da empresa estiver capacitado a administrar seu dia-a-dia por meio das competências e, portanto, devidamente desenvolvidas suas lideranças.

Sobre competências, Gramigna (2002) declara que adota a definição de Claude Lévy-Leboyer, para a compreensão do enfoque de competências: “um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que algumas pessoas, grupos ou organizações dominam melhor do que outras, o que as faz se destacar em determinados contextos.” Para ilustrar, Gramigna (2002) traz a metáfora da árvore de Helbert Kellner, para indicar os três indicadores de uma competência: a copa representa as habilidades adquiridas e disponíveis para a realização do trabalho; o tronco, os diversos conhecimentos e informações acumuladas ao longo da carreira e a raiz, o conjunto de atitudes e comportamentos que a pessoa mobiliza ou faz uso quando necessita colocar em prática uma competência.

Complementa a autora, que cada posto gerencial exige conhecimentos específicos e conhecimentos essenciais e que usar o conhecimento de forma adequada é o que chama de “habilidade”. As habilidades precisam ser demonstradas na prática. Um dos indicadores de impacto e que dá distinção aos líderes de vanguarda é o conjunto de atitudes agregadas à sua

ação cotidiana. Quanto mais adequadas ao contexto, maior o seu nível de influência junto aos liderados.

Adicionalmente, Rabaglio (2001, p. 1) define competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos que permitem ao indivíduo desempenhar com eficácia determinadas tarefas, em qualquer situação. Afirma ainda que todo profissional tem um perfil de competências que compreende competências técnicas e comportamentais e que as competências técnicas são os conhecimentos e habilidades em técnicas ou funções específicas e as comportamentais são atitudes e comportamentos compatíveis com as atribuições a serem desempenhadas. O Quadro 2 visualiza os conceitos citados e a terminologia conhecida como “CHA”:

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
C	H	A
Saber	Saber Fazer	Querer Fazer
Conhecimentos técnicos, escolaridade, cursos, especializações etc.	nos conhecimentos técnicos. Ter colocado em prática o saber.	Ter atitudes compatíveis para atingir eficácia em relação aos conhecimentos e habilidades adquiridos ou a serem adquiridos.
Pré-requisitos		

Quadro 1 – Competências

Fonte: Rabaglio (2001, p. 6).

A terminologia “CHA” concebe que o saber de uma pessoa se divide em conhecimentos, habilidades e atitudes, sendo o “C” a parte cognitiva (saber conhecido, estudado, aprendido); o “H”, as habilidades, o saber fazer (ter a prática) e o “A”, as atitudes, o querer fazer (usar o conhecimento, a prática e executar, enfim).

A construção dos perfis realizados com base em observações, entrevistas com gerentes e ocupantes das diversas funções e observação dos profissionais que atuam nos diversos postos de trabalho, poderão vir a subsidiar a contento a construção dos novos perfis que constituirão as ferramentas básicas para os novos procedimentos de captação e locação de talentos.

Em processos seletivos de pessoal a seleção por competências pode ser utilizada simulando-se ou abordando-se situações de crise ou situações-problema compostas por 3 fatores: 1) situação desencadeante-ambiente; 2) ação tomada pelo entrevistado e 3) resultado obtido diante da ação. Os dados obtidos podem ser comparados com os resultados esperados pelo ocupante do cargo ou do posto de trabalho e avaliados com graduações anteriormente estabelecidas.

Considerando que essa pesquisa foi desenvolvida numa organização pública, o HSJ, que tem restrições legais impostas que a impedem de diretamente captar, selecionar e admitir pessoal. Tais atividades são desenvolvidas pelo Governo de Estado do Ceará ou por organização por ele contratada. Com base nisso, traz-se aqui as pertinentes observações de Almeida (2004, p.146-147). Os concursos públicos são elaborados com base em provas de conhecimentos, de título e, às vezes, testes psicológicos. Portanto, passíveis de responder a processos e recursos impetrados pelos candidatos participantes nos casos em que se sentem prejudicados pelos procedimentos seletivos adotados e resultados que não contemplam sua escolha. Diante dessa vulnerabilidade, na visão moderna de captação e seleção na administração pública, as inovações e tendências em seleção de pessoal não são aplicadas à altura, restando o uso de técnicas tradicionais, o que reduz o enriquecimento do processo seletivo e a eficiência dos procedimentos de aprovação e escolha.

Uma forma de minimizar tais restrições é através da gestão estratégica, que está alerta aos potenciais dos recém-admitidos, para sua maximização e melhor aproveitamento. A terceirização dos serviços de seleção de pessoal, desenvolvido por instituição com credibilidade e reconhecimento nacionais que trabalha em consonância com as inovações com descrições atualizadas e os novos perfis profissionais pode tornar possível conseguir tais resultados. Após a homologação dos resultados dos concursos públicos os candidatos aprovados são submetidos a entrevistas norteadoras das melhores posições a serem alocados na organização, levando em conta o ajuste entre o perfil do candidato e as necessidades peculiares das diversas áreas da organização. Tem-se como foco as competências e potenciais, experiências anteriores e expectativas (motivações) do novo servidor (ALMEIDA, 2004, p. 148).

Almeida (2004) prossegue indicando o envolvimento dos gerentes que possuem vagas em aberto numa entrevista participativa com a área de gestão de pessoas, tendo como base o perfil ideal das competências do saber (conhecimentos), do saber fazer (habilidades),

do saber ser (comportamentos) e querer fazer (atitudes). O perfil deve ser estruturado, anteriormente, em conjunto com colaboradores que desempenham funções semelhantes e seus supervisores diretos.

A mesma autora propõe a estimulação do candidato para atuar neste ou naquele posto de trabalho, ressaltando que a lotação dos novos funcionários terá como meta a compatibilização dos diversos interesses pessoais e organizacionais, com o objetivo de reduzir as resistências, possíveis evasões e insatisfações. Em seguida, indica um treinamento introdutório, com o uso de vídeos institucionais, informações basilares sobre a visão, missão e objetivos organizacionais, material impresso sobre direitos e deveres (ex: manual do colaborador, folhetos etc), além de visitas às principais áreas da empresa.

Todo este processo visa a ambientação, inserção em novos grupos, a identificação da pluralidade de características e formação da diversidade da equipe tão profícua, enriquecedora e facilitadora da mudança da cultura organizacional.

Ainda sobre “administração estratégica de recursos humanos”, Albuquerque, (2002, p. 38-39) mostra a evolução do conceito para “administração estratégica de pessoas” caracterizando-a como o resultado da crescente necessidade de orientação para planejamento e de intervenções gradativas visando a mudança do modelo de controle para o modelo de comprometimento. Fazendo a distinção entre os dois enfatiza que na estratégia de controle os empregados são vistos como números e custos e que para produzirem bem devem ser mandados e controlados, enquanto que na estratégia por comprometimento os colaboradores são parceiros da organização e nos quais se precisa investir para o atingimento de melhores resultados empresariais. Afirma o autor que essa estratégia baseia-se no pressuposto de que o comprometimento dos colaboradores está intimamente relacionado com aumento de desempenho.

O tema da administração estratégica de pessoas - Fischer (2002), Gil (2001), Dutra (2004), Trasatti e Costa (1999), Gramigna (2002), Rabaglio (2001), Almeida (2004) e Albuquerque, (2002) - pode ser considerado para avaliar a instituição hospitalar, campo de pesquisa e foco deste estudo científico, uma vez se tratar de uma organização de saúde pública brasileira, com peculiaridades desse tipo de estrutura, carecendo da visão gestora das organizações privadas quanto à competitividade do mercado, para o melhor aproveitamento do potencial do seu quadro de profissionais, potencialização de saberes e maximização de recur-

tos, visando a eficiência e eficácia dos serviços oferecidos com qualidade e presteza, atendendo permanentemente aos anseios de seus clientes.

4 METODOLOGIA

As pessoas que vivem plenamente nunca terão medo de viver nem de morrer.

Elizabeth Kübler-Ross

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa configura-se como exploratória, descritiva de abordagem qualitativa que tem como propósito “descrever ou explicar um fenômeno ou uma cultura” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p.256), o que implica estabelecer, a priori, que o resultado final não se volta para a generalização, e sim para a análise, em profundidade, de um número reduzido de situações (YIN, 2005).

Turato (2003, p. 356) ressalta que na metodologia da pesquisa qualitativa define-se o sujeito

(...) como qualquer pessoa que, no campo das questões da saúde, pode ser ouvido quanto aos sentidos e significações que atribui a eventos ligados à questão da saúde-doença, observado pelo pesquisador, podendo esta pessoa (sujeito da pesquisa) ser um indivíduo que “porta” o problema, ou o profissional de saúde que trata do problema.

Como este estudo científico é voltado à administração de pessoas cabe aqui ressaltar a afirmação de Zanelli (2002, p. 80) sobre os desafios para este tipo de pesquisa, por se tratar de temática polarizadora e a importância “de clarificar as aprendizagens decorrentes de um modo de investigação que busca compreender os eventos a partir dos significados atribuídos pelos participantes”.

Por aquilatar como adequada a pesquisa qualitativa à realidade estudada – a visão dos cuidadores de pessoas soropositivas sobre seu trabalho, numa instituição hospitalar pública – usou-se o referencial de Minayo (1994. p. 21-22)

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (...) Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados a ação humana objetivada. Ou seja, (...) a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis.

Godoy (1995, p. 61) manifesta que

(...) Do ponto de vista metodológico, é possível observar (...) a aceitação da entrevista como uma estratégia fundamental da investigação qualitativa. Na década de 50, vários autores começaram a escrever sobre ela: suas forças e fraquezas, suas várias formas e possibilidades de utilização nos trabalhos de campo. (...) Nos anos 60, podemos sentir a incorporação da pesquisa qualitativa em outras áreas além da sociologia e antropologia. O aumento do interesse pela abordagem qualitativa também pode ser observado com o aparecimento de publicações (livros, artigos e revistas) voltadas para a teoria e a metodologia que dão sustentação a esse tipo de estudo. Na administração de empresas o interesse pela abordagem qualitativa começa a se delinear a partir dos anos 70 (...).

Godoy. (op. cit., p. 62) também enfatiza que “embora haja muita diversidade entre os trabalhos denominados qualitativos, alguns aspectos essenciais identificam os estudos desse tipo”, como:

- a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental;
- a pesquisa qualitativa é descritiva; e
- o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são a preocupação essencial do investigador;

- pesquisadores utilizam o enfoque indutivo na análise de seus dados.

Diz, ainda, Godoy. (1995, p. 63), que “quando a nossa preocupação for a compreensão da teia de relações sociais e culturais que se estabelecem no interior das organizações, o trabalho qualitativo pode oferecer interessantes e relevantes dados.”

A escolha por uma metodologia qualitativa teve sua razão na procura do entendimento das significações do seu trabalho, pelos profissionais de saúde que atuam no ambulatório do Hospital São José, reconhecendo sua realidade, as peculiaridades do ambiente em que trabalham e as características constitutivas do perfil do paciente HIV/Aids. Tal cenário não viria ser compreendido a contento se aqui fosse contemplado o método quantitativo no que tange à auto-imagem desse doente, o mundo social preconceituoso que convive e a nova realidade que enfrenta após se saber contaminado pelo vírus e o que isso significa em termos de mudanças de qualidade de vida, hábitos, atitudes e forma de sobrevivência. Tudo isto compartilhado com seus cuidadores, sujeitos dessa pesquisa, solidários que são aos seus atendidos.

4.2 LOCAL

O campo de pesquisa para desenvolvimento do estudo foi o HSJ, localizado em Fortaleza, unidade de referência no tratamento de doenças infecto-contagiosas do Ceará. Sua estrutura de atendimento conta com 118 leitos para internação, sendo 3 destinados a isolamento respiratório e 7 em unidade de terapia intensiva. Dispõe de um Hospital-dia, que atende pacientes que precisam de internação hospitalar abaixo de 12 horas de permanência. Possui, também, um centro de testagem e posto para distribuição de medicamentos anti-retrovirais.

Essas e outras dependências do HSJ são transitadas pela pesquisadora, por fazer parte do quadro de voluntários do Hospital que por força de seu trabalho junto a pacientes internados e seus acompanhantes, frequenta a maioria dos espaços daquela instituição. O Quadro 2 fornece informações sobre a instituição hospitalar.

HSJ – Hospital São José de Fortaleza	Nºs
Inauguração (ano)	1970
Tempo (anos) de funcionamento	36
Funcionários e terceirizados	591
Leitos (infecologia adulta e pediátrica e UTI)	118
Enfermeiros	68
Leitos para HIV/Aids	32
Portadores HIV/AIDS cadastrados no SAE (a partir do ano 2000)	5.546
Média mensal de atendimentos no SAE HIV/Aids	2.500
Exames por mês realizados no laboratório	17.164
Média mensal de refeições servidas	31.500
Média mensal de atendimentos em consultórios	2.000
Kg/mês de roupa leve lavadas e esterilizadas	9.985
Kg/mês de roupa pesada lavada e esterilizada	4.223

Quadro 2 - Contextualização do Campo de Pesquisa HSJ

Fonte: Informações de diversos setores do HSJ, em setembro 2006.

Trata-se de uma realidade hospitalar de peso, com aproximadamente 36 anos de existência, referência como unidade de tratamento de doenças infecto-contagiosas, incluindo-se a Aids, objeto desse estudo. O HSJ tem a missão de assegurar um atendimento humanizado e de qualidade no diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa de doenças infecciosas. A pesquisadora pode testemunhar o crescimento e o esforço da administração do HSJ para manter o bom atendimento com o seu contingente de funcionários e terceirizados aquém do necessário, uma vez que a lotação do hospital é sempre além de sua capacidade. O volume de trabalho é excessivo e a demanda acima da capacidade de atendimento com a qualidade desejada e merecida pelos clientes que o procuram.

4.2.1 O Serviço de Assistência Especializada - SAE do Hospital São José

Dentre os vários espaços de pesquisa no HSJ, o SAE foi eleito por congregar no mesmo local equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, especializada no atendimento de pacientes HIV/Aids, com atuação em horários concomitantes em sistema de plantões.

O Quadro 3 demonstra o quantitativo de profissionais que formaram o universo da pesquisa. A amostra foi constituída com base nesse contingente, abrangendo todos os cargos, entrevistados todos que vieram a se interessar em colaborar com a investigação considerando-a válida e profícua aos interesses desse grupo de trabalhadores da saúde. Existia a expectativa

de entrevistar pelo menos um representante de cada cargo. Propôs-se dar vez e voz aos cuidadores, ouvindo com seus ouvidos e olhando com seu olhos a realidade que vivem.

SAE do HSJ		
Cargos	Profissionais	Entrevistados
Assistente Social	02	02
Atendente de Recepção	02	01
Auxiliar de Enfermagem	06	01
Enfermeira	07	01
Médico	16	01
Odontólogo	03	01
Psicóloga	03	02
Técnico de Enfermagem	01	01
Totais	40	10

Quadro 3 - Composição da Equipe e Amostra Multidisciplinar do SAE do HSJ

Fonte: Informações da Coordenação do SAE e do Setor de Pessoal do HSJ.

O Quadro 3 caracteriza a equipe multidisciplinar do SAE ou ambulatório do hospital (40 profissionais), sendo que 10 foram entrevistados na medida em que ficavam à disposição durante o plantão. Procurou-se contemplar pelo menos um representante de cada cargo existente no quadro de pessoal daquele espaço.

O espaço físico para realização das entrevistas variou entre os consultórios do ambulatório HIV/Aids do hospital, que eram salas medindo aproximadamente 2,5 m quadrados, ocupados por 2 cadeiras e mesa sendo que, em algumas, havia uma cama para atendimento médico, com escada de dois degraus para seu acesso. Sua iluminação era suficiente para escrita e leitura de papéis, prontuários e instrumentos médicos, como estetoscópio, termômetro, aparelho de pressão sanguínea. O nível de ruído era baixo, apenas o do ar condicionado, quanto ligado. Outro espaço, também utilizado, foi a sala de arquivo de prontuários de pacientes, que além de várias estantes de aço, com pastas suspensas, existia, logo na entrada, uma pequena mesa retangular, com duas cadeiras, que constituía o ambiente de uma das auxiliares de enfermagem em plantão.

4.3 SUJEITOS

A equipe multidisciplinar do SAE de HIV/Aids do HSJ, ou mais especificamente alguns de seus integrantes foram os sujeitos deste estudo. Dos 40 (quarenta) profissionais de saúde que lá atuavam, 10 (dez) submeteram-se à entrevista.

4.3.1 Os critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para estabelecimento da amostra foram os seguintes:

- Fazer parte da equipe interdisciplinar de saúde que atende no SAE de HIV/Aids (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicóloga, odontóloga) independente de sexo ou nível de escolaridade;
- Mínimo de 1 (um) ano trabalhando no SAE de HIV/Aids;
- Ter interesse em participar da pesquisa como voluntário; e
- Ter disponibilidade interior para compartilhar em grupo suas vivências profissionais.

A amostragem foi proposital, intencional ou deliberada que é definida metodologicamente por Turato (2003, p. 357) como:

(...) aquela em que o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta.

Os entrevistados foram selecionados com base na acessibilidade e conveniência que ofereceram à investigadora em sua estada no ambulatório, como por exemplo: abertura, mesmo que não imediatamente para realização da entrevista quando consultado, interesse em conhecer os objetivos e participar da pesquisa.

Seguindo esses critérios foi definida uma amostra de 10 dos 40 profissionais de saúde que compõem a equipe atuante no SAE.

4.4 INSTRUMENTOS E INSTRUÇÕES

A seguir, informações quanto aos instrumentos – entrevista semi-estruturada e grupo focal – que foram utilizadas-

4.4.1 Entrevista semi-estruturada

Para coleta de dados foi utilizada a entrevista, definida por Gil (1999, P. 117) como:

(...) a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. [...] uma forma de interação social. [...] uma forma de diálogo assimétrico em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação

Zanelli (2002) enfatiza que o manejo da coleta é fundamental. Quando o recurso da coleta é a entrevista, o pesquisador está atento e facilita para que os conteúdos de interesse na pesquisa venham à tona.

A partir dessa constatação sobre o uso da entrevista como recurso para a coleta de dados para essa pesquisa, passou-se à elaboração de uma entrevista semi-estruturada constituída de perguntas abertas, por permitir o falar mais do que o pensar, o sentir e o agir e onde não existiam respostas corretas ou incorretas. Também favoreciam que o entrevistado descrevesse sua própria experiência. O roteiro consta no anexo 1.

Para garantir validade e fidedignidade ao instrumento, realizou-se um pré-teste do roteiro de entrevista com um dos sujeitos da amostra antes da coleta de dados do grupo como um todo (GIL, 2002, p.141).

O teste indicou a necessidade de aprimoramento na formulação de algumas questões para facilitar o entendimento por parte do entrevistado e inclusão de outras para melhor pesquisar os pressupostos e os objetivos específicos. Assim, o primeiro roteiro constituído de 6 perguntas foi expandido para 13. As questões 1, 3 e 6 permaneceram e as demais foram objeto de outras para clarificação de alguns dados visando o atendimento dos objetivos da pesquisa.

Como instrumentos auxiliares foram também utilizados o grupo focal desenvolvido à luz da metodologia psicodramática, e o caderno de campo, anexo 4, onde constavam as anotações das observações, impressões e sentimentos da pesquisadora.

Corroborando-se a preocupação de Gil (1999, p. 123) “para restringir o grau de probabilidade de indução, tanto de significado quanto ênfase entre o que o respondente diz e o que o entrevistador registrou”, durante quase todas as entrevistas fez-se uso de um gravador. Exceção somente em uma, dentre 10, por falta de bateria complementar. Com isso, a reprodução das respostas foi respeitada.

A entrevista face a face não garante o anonimato (GIL, 1999, p.123). As instruções dadas no início da entrevista diziam respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados a serem coletados, informando-se que a devolução à instituição sobre os resultados da pesquisa seria feita em bloco ou grupo i.e., sem possibilidade de identificação da fonte. Também era informado que o entrevistado poderia negar-se a dar alguma resposta ou expressar sua não concordância em falar, caso se sentisse incomodado em algum momento e que deveria ficar à vontade quanto ao tempo e qualidade das respostas.

A colaboração dos sujeitos era agradecida anteriormente e em seguida era disponibilizado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” – anexo 2, onde constavam informes quanto à segurança do sigilo e a não identificação da fonte das informações dadas, o fornecimento de apoio técnico ao participante, caso necessário, bem como a possibilidade de desistência a qualquer tempo e o caráter voluntário de sua participação na pesquisa. O documento era disponibilizado para leitura e assinatura e, a seguir, solicitada permissão para o uso do gravador durante a entrevista.

4.4.2 Grupo focal

Considerando que a pesquisadora dispõe de trânsito facilitado dentro do HSJ por atuar no hospital há seis anos, usou dessa prerrogativa para enriquecer este trabalho científico com a inserção de um instrumento ou técnica auxiliar - **grupo focal**.

De acordo com Pereira et al. (2004, p. 28):

El grupo focal es definido como una técnica de investigación que colecta datos a través de la interacción grupal, sobre un determinado tópico, seleccionado por el investigador. En esencia, es de interés del investigador que proporciona el foco, sin embargo, los datos por si mismo, son traídos por la interacción grupal.

A eleição de mais uma opção para coleta de dados baseou-se no fato que um fórum para discussão de temas de interesse comum propicia a reflexão e pelo menos, inicia a maturidade para propor mudanças de interesse do próprio grupo com conseqüências diretas em seu trabalho cotidiano, favorecendo a “construção de um conhecimento coletivo do grupo” (RESSEL; GUALDA; GONZALEZ, 2002).

Aplicada a metodologia psicodramática para desenvolvimento dos grupos focais englobando os contextos, instrumentos, etapas e técnicas do Psicodrama, segundo Bermúdez (1977, p.25 a 43), assim explicados:

TRÊS CONTEXTOS:

- **social**: corresponde à realidade social;
- **grupal**: constituído pelo próprio grupo;
- **dramático**: é a cena montada pelo protagonista e pelo diretor.

CINCO INSTRUMENTOS FUNDAMENTAIS:

- **protagonista**: é a pessoa em torno da qual se centraliza a dramatização, podendo ser um grupo;

- **cenário:** constitui o campo onde se realiza a dramatização. Nele se constrói o contexto dramático e se opera com técnicas especiais;
- **ego auxiliar:** são os integrantes da equipe com conhecimentos psicológicos e treinamento psicodramático prévio;
- **diretor:** é o responsável pelo psicodrama, nos seus diferentes aspectos. Deve possuir sólida formação psicodramática;
- **auditório:** conjunto de pessoas que formam o contexto grupal, fora do cenário.

ETAPAS:

- **aquecimento:** conjunto de procedimentos que intervêm na preparação de um organismo, para que se encontre em ótimas condições para a ação;
- **aquecimento inespecífico:** corresponde ao primeiro período da sessão, durante o qual o Diretor entra em contato com o Auditório, com o fim de realizar uma atividade comum;
- **aquecimento específico:** o conjunto de procedimentos destinados à preparação do protagonista, para que este se encontre nas melhores condições para dramatizar;
- **dramatização:** o núcleo do psicodrama e é caracterizado pelo material trazido pelo protagonista é tratado com técnicas ativas, com o fim de concretizá-lo;
- **comentários ou análise:** etapa na qual a atenção centraliza-se no auditório e solicita-se aos membros opiniões referentes à dramatização.

TÉCNICAS:

- **solilóquio:** consiste em dizer em voz alta o que está pensando;
- **inversão de papéis:** troca do papel que o protagonista está fazendo com o de seu interlocutor;
- **interpolação de resistência:** a modificação, por parte do diretor, da cena proposta pelo protagonista;

- **duplo**: diretor ou ego auxiliar expressa pelo protagonista o sentimento que o envolve, como se fosse ele, já que o mesmo não consegue verbalizar;
- **realização simbólica**: realização de acontecimentos não reais, que simbolizam outros acontecimentos;
- **espelho**: o ego auxiliar imita o protagonista em todos os movimentos e expressões para que ele se veja na situação.

Como arsenal complementar psicodramático foram utilizados jogos dramáticos, aludidos por Monteiro (1980, p. 7):

O jogo se insere no psicodrama como uma atividade que propicia ao indivíduo expressar livremente as criações de seu mundo interno, realizando-as na forma de representação de um papel, pela produção mental de uma fantasia ou por uma determinada atividade corporal. (...) onde o indivíduo não está trabalhando diretamente o seu conflito. (...) já se elimina a possibilidade de ser para ele uma situação angustiante ou ansiógena, pois o jogo caria uma atmosfera permissiva que dá condições ao aparecimento de uma atuação espontânea e criativa do indivíduo. (...) O jogo permite que (...) se descubra novas formas de lidar com uma situação que poderá ser semelhante a outras situações de sua vida.

Inseridos, também, na condução dos grupos focais os objetos intermediários, denominados por Bermúdez (1977) devido a sua função de proteger o indivíduo do temor de ser invadido e permitir que o mesmo se expresse também de forma não verbal. Do ponto de vista psicodramático, esses objetos tem uma característica inócua e, portanto, favorecem a expressão de valores, conteúdos e significados. São diferentes materiais como: música, colagem, figuras, desenhos, jogos de encaixe e montagem, dentre outros.

Para tanto, foram programados e organizados encontros semanais, na linha vivencial psicodramática, por ser a pesquisadora especialista e ter formação terapêutica e sócio-institucional, como psicodramatista. A formação do grupo se deu através do convite aos 10 profissionais entrevistados anteriormente e interessados em compartilhar suas experiências do ambulatório. A participação foi limitada tendo em vista a não disponibilidade de tempo de

todos para os encontros, que aconteceram nas dependências do próprio hospital, em horário de trabalho da escala de plantões dos participantes, com a permissão da gerência do SAE e apoio da Coordenação de Gestão de Pessoas do HSJ.

Ocorreram 4 encontros, no período compreendido entre os dias 20.06 a 14.07.2006, com duração de 1 hora e 30 minutos a 2 horas, em horários variáveis de 15:30 às 18 horas, com grupos de 2 a 3 pessoas, em sala no próprio hospital, cedida pela gerência de enfermagem, em colaboração a este estudo e na sala da Coordenação para o Desenvolvimento de Pessoas. Todos os integrantes estavam em seus dias de plantão e permaneciam em seus postos de trabalho até o último instante, tratando de atender a demanda existente, que era bastante elevada. As programações dos encontros, os procedimentos, técnicas, resultados colhidos através da participação ativa dos componentes podem ser visualizados nos itens 4.5.2, 5.2 e no anexo 4 – Caderno de Campo para os Grupos Focais.

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Da entrevista

Como referido no item 4.3 deste trabalho, foram realizadas dez entrevistas individuais que ocorreram nos consultórios do ambulatório HIV/Aids do HSJ. Além dos critérios de inclusão citados nos item 4.3, considerou-se alguns itens referidos por Turato (2003, p. 358) para potencial convite de sujeitos à pesquisa: a) a concordância em participar; b) o tempo livre; e c) o desejo de partilha.

O estabelecimento do contato inicial era procedido através de saudações (bom dia, boa tarde, com sua licença) e apresentação, por serem os entrevistados na sua maioria pegos de surpresa, o que exigia da pesquisadora mais habilidade na condução da entrevista. Para minimizar a “coerção, intimidação ou pressão” (GIL, 1999, p. 124) era sempre realizado um *rapport* onde se falava dos objetivos e as etapas da pesquisa. O diálogo era sempre mantido de forma cordial e simpática mesmo acontecendo a negativa de envolvimento por parte do convidado, cujas justificativas eram falta de tempo no momento, acúmulo de pacientes a serem atendidos, necessidade de saída imediata do SAE, ou algo similar.

O tempo de entrevista gravado, levando-se em conta todas as realizadas, foi de aproximadamente 449 minutos, resultando - em média - 50 minutos para cada uma delas. Justifica-se o tempo de execução mais reduzido do que o previsto no TCLE (50 a 70 minutos) haja vista ter sido realizada durante o horário de trabalho, meio à atribuição de tarefas dos entrevistados, inúmeros clientes de saúde aguardando - quadro peculiar aos plantões daquele ambulatório. Contornou-se a referida dificuldade mediante a condução e desenvolvimento dos diálogos em ritmo mais acelerado, o que foi viável por ter a pesquisadora formação profissional em psicologia e vasta experiência em entrevistas de recrutamento, seleção e consultoria organizacional.

Em alguns momentos houve, por parte da entrevistadora, a tentativa de obter os conteúdos que retratavam a visão do profissional de saúde entrevistado. Ou seja, em casos de resistência inicial à questão colocada, algumas etapas eram estendidas em forma de perguntas adicionais visando a obtenção dos dados necessários ao estudo.

O relato dessa realidade no campo de pesquisa foi corroborado pela afirmação de Pereira et al. (2004, p. 27) quando dizem:

La investigación cualitativa previne como actitudes fundamentales: apertura, flexibilidad, capacidad de observación y de interacción del investigador con los actores sociales involucrados, teniendo por premisa que otras relaciones puedan ser aprehendidas en el transcurso del proceso de investigación, dada la propia dinamicidad de la realidad (PEREIRA et al., 2004, p. 27).

A necessidade de tolerância da parte da pesquisadora mostrou-se imprescindível, tendo em vista as condições adversas do ambiente durante as entrevistas, como por exemplo, a constante interrupção através da abertura e fechamento repetitivo da porta do consultório por profissionais de saúde do SAE, ou de outras dependências do Hospital que desejavam ingressar ou obter alguma informação do entrevistando, pacientes, parentes, propagandistas de laboratório desejando serem atendidos.

Tal procedimento era tido como usual e todos os profissionais entrevistados mantinham em seus consultórios a prática de não trancar com chave suas portas por considerarem pior a interrupção do atendimento com batidas insistentes. Essa condição muitas vezes acarretava a quebra do pensamento de quem estava verbalizando – entrevistador ou entrevistando – aumentando o tempo da entrevista ou até dificultando sua continuidade necessitando da parte do interrompido um esforço para retornar ao ponto onde se encontrava para prosseguir com coerência o seu pensamento.

As situações de intervenção se tornavam mais difíceis quando se tratava de um momento de emoção no qual o profissional de saúde entrevistado estava envolvido. Apesar de várias vezes isso acontecer a pesquisadora não pode evitá-lo, mesmo solicitando um pouco mais de privacidade antes ou após o ocorrido. A equipe parece já conviver com tal condição de trabalho mesmo considerando-a negativa não só em situações de pesquisa ou diálogo com um colega do plantão, como também em consultas com pacientes.

4.5.2 Do grupo focal

Conhecedora das recomendações aludidas por Pereira et al. (2004) e Aschidamini, Saupe (2006) para compor um grupo focal, no que tange às características dos sujeitos a serem convidados, tamanho do grupo, tempo para sessão, local, preparação para o ambiente dos encontros, a pesquisadora convidou os trabalhadores entrevistados anteriormente, elegendo este critério para formação do grupo.

Foram várias as tentativas para constituição de uma equipe para o trabalho coletivo. As respostas negativas aos convites, dadas pelos profissionais, giravam em torno de:

- “se eu não fosse tirar férias”;
- “se eu não fosse viajar”;
- “se eu não viajasse sempre a trabalho”;
- “se eu não fosse para o exterior, para o doutorado”;
- “se eu não estivesse em outro curso, nesse dia, que estou pagando cara, com meus próprios recursos”;
- “se eu não estivesse em outro hospital, no meu outro emprego”;
- “se eu não estivesse no meu outro plantão”;
- “se eu estivesse de plantão aqui, nesses dias”.

Enfim, colocavam situações condicionais que se avaliadas no sentido de prioridade para cada um deles, a importância que davam ao grupo focal era - de longe - perdedora. Mesmo assim, com tantas insistências por parte da pesquisadora, conseguiu-se compor um pequeno grupo, que desde o início (momento da entrevista) mostrou-se interessado em compartilhar suas experiências. Com muitas dificuldades para conciliação entre o horário das reuniões e do plantão, filas de pacientes a serem atendidos e o constrangimento dos profissionais em se ausentar do ambiente, foram realizados 4 encontros. Denomina-se aqui “encontro”, por ser uma reunião de conteúdos significativos e componentes da vida profissional dos integrantes do grupo focal.

As programações dos encontros figuram a seguir:

1º. Encontro:

Data: 20.06.2006

Local: Sala de reunião da Chefia de Enfermagem no HSJ

Horário: 16:00 às 18:00 horas

Nº de participantes: 02

Ambiente: Sala de reunião do Departamento de Enfermagem do HSJ.

Móveis: um sofá de 3 lugares, mesa redonda com 4 cadeiras, mesa com computador. A porta da sala foi fechada para evitar interrupções. Os móveis foram ligeiramente arrumados para favorecer o encontro. Foi aceso incenso. Uma música lenta, orquestrada, tocava em som baixo.

Foco temático: Competências necessárias aos cuidadores de PVHA

Programação:

- Abertura rememorando os momentos das entrevistas e explicações sobre a finalidade da pesquisa e do grupo focal;
- Assinatura, pelos participantes, do TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido;
- Etapa de aquecimento inespecífico, com os objetos intermediários música (CD “Música Celeste”) e expressão corporal. Foi feito alongamento, dirigido pela facilitadora. Em seguida, uma automassagem, voltada à atenção pessoal, corporal e psicológica, carinhosa, delicada e vagarosa. O objetivo era reduzir as ten-

sões do dia e de um plantão e chegar a um nível de concentração diferenciado para alcance dos objetivos do encontro. Concluído este intróito, passou-se à fase seguinte, reunindo-se as pessoas em volta da mesa.

- Desenvolvimento:

- Apresentação, leitura e discussão do Quadro 6 da dissertação, que versa sobre as competências indicadas pelos entrevistados, profissionais de saúde que atuam com HIV/Aids, como necessárias à prática do seu trabalho e habilidades a serem desenvolvidas pela equipe;
- Hierarquização pessoal escrita, por ordem de importância, das seis principais competências e justificativa oral das escolhas;
- Eleição, por consenso, de uma habilidade a ser trabalhada no próximo encontro, utilizando-se a metodologia psicodramática;
- Avaliação dos participantes sobre o encontro;
- Encerramento.

2º. Encontro:

Data: 04.07.2006

Horário: 16:00 às 17:30 horas

Local: Sala de reunião da Chefia de Enfermagem no HSJ

Nº de participantes: 03

Ambiente: O mesmo do primeiro encontro. Incenso queimando, música lenta, orquestrada, provinha do CD “Nostalgia”.

Foco temático: Preconceito por parte do profissional de saúde

Obs. Este tema foi eleito no encontro anterior, para ser trabalhado no seguinte.

Programação:

- Etapa de aquecimento inespecífico, com música e expressão corporal;
- Aplicação da técnica “Minha vida e meu trabalho”;
- Emersão e escolha do protagonista;
- Etapa de aquecimento específico do protagonista;
- Dramatização com base nos conteúdos suscitados pela técnica;

- Etapa de compartilhamento;
- Avaliação dos participantes sobre o encontro;
- Encerramento.

3º. Encontro:

Data: 11.07.2006

Horário: 15:30 às 17:30 horas

Local: Consultório de atendimento do ambulatório do HSJ

Nº de participantes: 02 (01)

Obs: Inicialmente seriam dois participantes, mas um deles teve que se ausentar por força do trabalho. Por isso a opção em permanecer no consultório.

Ambiente: Não houve preparação do ambiente como nos encontros anteriores.

Foco temático: Meu trabalho no ambulatório do HSJ

Programação (alterada, por restar somente um participante. Parte da programação preparada foi utilizada):

- Diálogo entre a pesquisadora e o profissional de saúde sobre as questões de interesse e realidade da equipe de saúde em trabalhar seus conteúdos;
- Aplicação da técnica desenho livre e desenho-estória-com tema;
- Avaliação pelo participante sobre o encontro;
- Encerramento.

4º. Encontro:

Data: 14.07.2006

Horário: 15:30 às 17:00 horas

Local: Sala da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas do HSJ

Nº de participantes: 02

Ambiente: Sala com mesa retangular grande e 6 cadeiras, ocupando grande parte do espaço. Um balcão próximo à parede, onde ficavam, computador e impressora e uma cadeira à frente. Ao lado direito do

balcão, junto à outra parede, uma estante com 4 prateleiras e um arquivo de 3 gavetas, ambos de aço. Ao lado destes, a porta de ingresso à sala. Do lado esquerdo da porta, outra estante de aço de 3 prateleiras. A porta foi fechada à chave para que não houvesse a entrada de pessoas estranhas ao grupo.

Foco temático: Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade na equipe de saúde do SAE do HSJ

Programação:

- Aplicação da técnica desenho-estória com tema:

1°. Momento: um desenho de cada participante representando a multidisciplinaridade da equipe de saúde do ambulatório do HSJ;

2°. Momento: construção de um desenho, por cada integrante do grupo, simbolizando a interdisciplinaridade daquela equipe, se fosse assim;

3°. Momento: complementando o segundo desenho do colega.

- Avaliação do encontro, pelos partícipes;

- Encerramento desse encontro e as atividades dos grupos focais.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

4.6.1 Análise dos conteúdos das entrevistas e dos grupos focais

Para analisar o conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde do SAE do HSJ foi usado o referencial metodológico de Bardin (2004, p. 31), que define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Conforme o autor (2004, p. 34), caracteriza-se o método como um tratamento da informação contida nas mensagens e pode ser uma análise de significados (temática) ou uma análise de significantes (léxica, de procedimentos).

É, ainda, segundo Bardin (2004, p. 37), o método das *categorias*, espécie de

gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutiva, da mensagem.

A análise de conteúdo trabalha a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis. Considera as significações (conteúdo), procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares (Bardin, 2004, p. 43-44).

De acordo com a cronologia de Bardin (2004) três pólos foram utilizados para análise dos conteúdos:

- a) **pré-análise** - período de organização. Corresponde a um tempo de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise;
- b) **exploração do material** – a administração sistemática. Consiste em operações de codificação em função de regras pré-formuladas. O transformar sistematicamente os dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração para que haja a representação do conteúdo ou da expressão e a consequente compreensão do texto; e
- c) **tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação** – após a tratativa dos resultados brutos de forma significativa e válida, há a interpretação dos depoimentos e categorização por inferência de conteúdos semelhantes. A postura da abordagem qualitativa com procedimentos intuitivos, flexíveis e ajustáveis à evolução de hipóteses.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não se tem valor nenhum se não se é útil a alguém.

Descartes

5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os dez profissionais de saúde entrevistados, que atenderam os critérios de inclusão, cujos dados foram considerados relevantes para o presente estudo, estão resumidos no quadro 4.

SUJEITO	TEMPO (ANOS)		CARGO
	HSJ	SAE	
S-01	11	11	Enfermeira
S-02	6	6	Psicóloga
S-03	20	13	Assistente Social
S-04	9	9	Psicóloga
S-05	13	9	Auxiliar de Enfermagem
S-06	19	9	Atendente de Recepção
S-07	20	11	Técnico de Enfermagem
S-08	14	14	Odontóloga
S-09	13	11	Médico
S-10	7	7	Assistente Social

Quadro 4 – Tempo no HSJ e SAE e Cargos dos Participantes da Pesquisa

Fonte: Entrevistas realizadas.

A ordenação dada aos sujeitos foi de acordo com a data da realização da entrevista, sendo S-01 o primeiro entrevistado e assim sucessivamente. O quadro demonstra que o tempo de experiência desses trabalhadores no HSJ varia de 6 a 20 anos e no SAE, de 6 a 14 anos. Todos os cargos constantes do quadro de pessoal do SAE foram contemplados, sendo a amostra constituída de 2 assistentes sociais, 1 atendente de recepção, 1 auxiliar de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico, 1 odontóloga, 2 psicólogas e 1 técnico de enfermagem.

5.2 CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS QUESTÕES DA ENTREVISTA E OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O Quadro 5 fornece uma visão completa dos objetivos formulados e sua correspondência em relação às questões constantes do roteiro de entrevista:

Objetivos Específicos Formulados	Questões Correspondentes
1 Identificar as competências técnicas específicas por eles percebidas, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes.	3 e 4
2 Conhecer a natureza das relações humanas por eles indicadas.	2, 10, 11 e 12
3 Estudar os nexos que têm com a instituição.	5, 8 e 9
4 Pesquisar como são vistos pela sociedade.	13
5 Inquirir sobre possíveis dificuldades e facilidades concernentes à sua prática	6 e 7
6 Investigar as conexões entre a visão de gestão estratégica e as práticas da equipe.	3, 4, 5, 6, 7 e 10

Quadro 5 - Correspondência entre as Questões da Entrevista e os Objetivos Específicos

Fonte: Projeto de Pesquisa e Roteiros de Entrevista da autora.

Foram 5 os objetivos específicos apontados para o atual estudo. A cada um deles correspondem determinadas questões formuladas na entrevista semi-estruturada. Assim sendo, o primeiro objetivo foi pesquisado através de duas questões (3 e 4); para o segundo objetivo utilizou-se quatro questões (2, 10, 11 e 12); para o terceiro objetivo específico, três questões (as de números 5, 8 e 9), para o quarto objetivo somente a questão 13 e para o quinto e último objetivo específico, duas questões (6 e 7).

5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

5.3.1 *Tratamento e análise dos dados*

Dentre as diversas fases de organização e análise citadas, explicadas e exemplificadas por Bardin (2004), procedeu-se da seguinte forma:

- **Transcrições das entrevistas** feitas através da digitação das respostas gravadas, seguindo o roteiro de entrevista estruturado. Constituiu-se a fase mais importante e difícil do

estudo. Fez-se, em primeiro lugar, a transcrição pura e simples, sem correções do texto. Em seguida, a limpeza do texto com pontuação e ortografia corretas;

- **Audições repetidas das gravações.** Ouviu-se muitas vezes os arquivos de gravação, não só para clarificar a redação, como também para rememorar o clima instalado, o tipo de comunicação estabelecida durante cada entrevista e os sentimentos aflorados, denunciados pelo tom de voz, pausas, reflexões e intervenções dos participantes. Assinala-se aqui a necessidade de ajustes na alocação dos conteúdos. Em sua narrativa nem sempre o entrevistado ordenava sua fala e atinha-se especificamente a cada pergunta. Era usual mesclar nas respostas conteúdos de uma e de outra indagação da entrevista chegando a atingir questionamentos anteriores ou posteriores;

- **Correção da pontuação e concordância verbal e nominal.** Em alguns casos a adequação da linguagem falada quando transcrita, quando do uso de gíria ou palavras reduzidas na verbalização para que houvesse um melhor entendimento do que foi expresso;

- **Marcação dos dados coincidentes,** que subsidiaram a análise de acordo com a definição das categorias.

- **Tratamento, reflexão, “ruminação” das impressões** e construção paulatina das hipóteses para embasamento das conclusões.

- **Alinhamento entre os pressupostos e os objetivos específicos da pesquisa definindo as categorias para análise de conteúdo.** O quadro 6, a seguir, delinea essa relação.

Pressupostos	Objetivos Específicos
1) Os profissionais de saúde que atuam com PVHA acreditam que são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes específicas e inerentes ao “mundo da Aids”, diferentemente do que ocorre no atendimento a pacientes com outros tipos de doenças.	1) Identificar as competências técnicas específicas por eles percebidas, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes.
2) Experimentam afetos diferenciados (vinculação, angústia, tensão, ambivalência, prazer, sofrimento).	2) Conhecer a natureza das relações humanas por eles indicadas.
3) Vêem como frágeis os nexos institucionais ao seu trabalho.	3) Estudar os nexos que têm com a instituição.
4) Percebem-se como estigmatizados pela modalidade de trabalho que exercem.	4) Pesquisar como são vistos pela sociedade.
5) Pensam que existem pontos de entrave e favorecimento nesse trabalho.	5) Inquirir sobre possíveis dificuldades e facilidades concernentes à sua prática.
6) Carecem de conexões entre a gestão estratégica e as práticas da equipe.	6) Investigar as conexões entre a gestão estratégica e as práticas da equipe.

Quadro 6 - Pressupostos e Objetivos Específicos da Pesquisa

Fonte: Projeto de Pesquisa e Roteiros de Entrevista da autora.

Alguns dos procedimentos relatados caracterizam a interferência da autora da pesquisa nos textos ouvidos, gravados e transcritos. A fase de análise dos dados coletados nas entrevistas exigiu da pesquisadora um vasto tempo. O amadurecimento advindo desses passos cautelosos foram positivos para maior segurança na escrita e também negativos por demandar a extensão ou prolongamento do tempo de redação da dissertação.

5.3.2 Categorias

Primeira categoria: Pressuposto “1” e objetivo específico “1”

Os profissionais de saúde que atuam com PVHA acreditam que são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes específicas e inerentes ao “mundo da Aids”, diferentemente do que ocorre no atendimento a pacientes com outros tipos de doenças X Identificar as competências técnicas específicas por eles percebidas, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Sujeito	Sumário das Respostas
S-01	3. Muita valentia; paciência; ser sensível; capacidade de saber ouvir; humildade. 4. Relações com o grupo. Apoio psicológico.
S-02	3. Muito controle emocional; colocar-se no lugar do outro. 4. Relações humanas.
S-03	3. Acolhedor; ético; despojado de preconceitos; bom senso; conhecimento técnico; comunicação. 4. Saber fazer avaliação de risco.
S-04	3. Competência pessoal: escuta acolhedora; sensibilidade; empatia. Competência técnica: conhecimento, treinamento, aconselhamento. 4. Melhor comunicação.
S-05	3. Reciclagem; saber o que é seu. 4. Discutir compromisso profissional.
S-06	3. Paciência; psicológico; forma de abordagem; habilidade de relacionamento. 4. Aconchego; ficar a favor do cliente.
S-07	3. Ser humano; não precisa ser específico; não requer algo especial. 4. Não vejo nada de especial.
S-08	3. Ter boa vontade; é a origem de tudo; 4. Abordagem diferente no HSJ. Percepção holística do paciente.
S-09	3. Bom ouvinte; discreto, boa vontade de compreender sentimentos e emoções. 4. As citadas.
S-10	3. É especial. Doença tem estigma. Tem que estar se atualizando sobre HIV/Aids; 4. Questões éticas; habilidades para lidar com questões de sexualidade.

Quadro 7 - Resumo das Respostas às Questões 3 e 4 para Atendimento ao Primeiro Objetivo Específico

Fonte: Dados coletados durante as entrevistas.

O que chama a atenção neste quadro são as poucas coincidências nas respostas dos 10 entrevistados. Apenas o item relacionamento é citado por 3 sujeitos (01, 02 e 06). Por dois profissionais (nem sempre os mesmos) são citados: a ética (sujeitos 03 e 10); acolhimento e a comunicação, (entrevistados 03 e 04); empatia (sujeitos 02 e 04); conhecimento (sujeitos 03 e 04); sensibilidade (01 e 04); boa vontade (08 e 09); psicológico (01 e 06) e paciência (01 e 06). Todas as outras competências apontadas, inclusive as indicadas para serem trabalhadas no grupo focal, não são coincidentes. Inclusive o sujeito S-07 alude que “não precisa ser específico”, e “não requer algo especial”, além de “ser humano”, quando indagado pelas competências necessárias ao trabalhador da saúde que cuida de soropositivos. Confirmando a disparidade de visões, em contraposição, o entrevistado S-08 diz que a “abordagem é diferente no HSJ. Percepção holística do paciente”.

Segunda categoria: Pressuposto “2” e objetivo específico “2”

Experimentam afetos diferenciados X Conhecer a natureza das relações humanas por eles indicadas

Vasques-Menezes (2002, p. 199) refere-se que toda profissão de cuidado imprime a necessidade de contrapartida do afeto, o que é comum em todo trabalho, pois há sempre algum investimento afetivo, ou com o outro ou com o produto. Mas, no caso do profissional de saúde a relação afetiva é parte integrante do próprio exercício de trabalho, como pré-requisito para que o objetivo seja atingido (...). Por um lado o trabalhador precisa e estabelece na sua relação de cuidado o vínculo afetivo para que seu trabalho se realize. Mas, por outro lado, se tratando de uma relação profissional, mediada por normas, horários, salário, interrupções de escala, alta, óbito, a relação afetiva não se completa. (...) Há, então, uma ruptura. Cria-se um paradoxo: vincular-se afetivamente versus não vincular-se afetivamente e reconhecer que os doadores de cuidado exercem uma atividade onde a atenção/afeto direcionado ao outro é o condicionante que possibilita o fazer e não fazer o trabalho.

No caso dos sujeitos entrevistados pode-se captar a ruptura e também o paradoxo, entre o vincular-se e não vincular-se, referidos por Vasques-Menezes. Adicionalmente a essa condição estressante do trabalho, há a dualidade perceptível nos depoimentos. E como dizem Feliciano, Kovacs e Sarinho, há o sofrimento do profissional como uma reação à persistência de condições desfavoráveis ao ser humano. As tentativas para superação podem resultar em soluções que são mais ou menos favoráveis à qualidade de vida e ao trabalho executado, na dependência de serem fruto de um enfrentamento mais afetivo dos problemas ou do distanciamento emocional que é associado ao adoecimento e à inibição de relações afetivas com os pacientes. Há, então, uma tendência à exaustão emocional.

Caracterizando esse quadro, transcrevem-se as falas a seguir:

(SUJEITO 01 – S-01)

A gente vê família toda com o vírus. O que você ouve destes pacientes... São muitos problemas sociais, mais do que a própria queixa. Às vezes a gente se sente impotente. É possível ajudar, referenciar, mas a gente se sente impotente. Por algum motivo estou aqui! Faço o que eu posso, na medida do possível. Se pudesse fazer mais, faria.

O trabalho é pesado. Precisa de suporte. Não é um trabalho fácil. É difícil. Como eu me sinto... É difícil graduar o que eu sinto. Eu, eu já fui mais estimulada. Não quero dizer que eu não faça o máximo. Desempenho no meu limite. Pelo tempo a gente chega extrapolar o limite da paciência. Acho que a gente vai ficando mais velha vai

ficando menos paciente. Já fui mais empolgada. Entendeu? Eu acho que acontecem certas coisas que a gente fica sem empolgação.

Porque não é fácil ser feliz aqui. Há pessoas marginalizadas, tem pessoas violentas. Você não lida com coisas bonitas, loja de modas, agência de viagens. Não vê coisas bonitas. Por mais que não queira se envolver, se envolve. Não é coisa bonita. Por mais que você não queira se envolver, você se envolve.

Empatia, afeto (não é com todos). Sentir a dor daquela pessoa....

(SUJEITO 02 – S-02)

Muitas vezes angustiante. A gente se sente impotente, por mais que faça. Fica insatisfatório. A gente só pode acolher. Isso é uma limitação de todos.

Já levei sustos várias vezes de pacientes. Eles não querem acreditar no resultado positivo, dizem que a gente está inventando. Ou também ficam muito agradecidos pela ajuda. Não sei que ajuda? Só ouvi! A gente cresce muito.

Alegria, felicidade. Quando o paciente sai bem, tenho sensação de alívio. Fico gratificada. Gosto, saio leve.

(SUJEITO 03 – S-03)

Carinho. Querer e poder dar melhores condições. Dar amor. Sinto-me útil.

(SUJEITO 04 – S-04)

A gente aprende muito. Acho excelente trabalhar aqui. As pessoas precisam da gente. Uma troca muito rica. O que eu sinto de aspecto negativo é quanto ao público em geral. O fato de estar frustrada às vezes. Por exemplo, atendo alguém, depois não vejo mais. A pessoa que a gente está acompanhando, não pode vir e então, perdemos o laço. Pessoas que eu já convivi. Perco de vista. As pessoas têm necessidade de afeto. Quanto ao relato para a comunidade, de sua condição de soropositividade, é difícil. Como ela vai falar no Posto de Saúde. As pessoas não entendem. Ainda há muito preconceito. A gente dá atenção a isso. É um tema presente nos nossos atendimentos. Principalmente porque na comunidade delas, têm muitos problemas. São carentes. Os pais têm um desencontro total. Um aceita, ou não. Ou os 2 não aceitam. E a criança fica no meio disso.

Amor à vida. Felicidade.

(SUJEITO 05 – S-05)

Eu me envolvo. Penso que se tiver alguém na minha família, um amigo, ia sofrer muito. É muito emocional e afetivo. Mexe comigo. Tem a ver comigo. Eu gosto muito.

(SUJEITO 06 – S-06)

Meu sentimento é de satisfação. Faço meu serviço e posso ajudá-lo. Fico satisfeita quando consigo fazer a medicação ou a internação. Às vezes pressiono a médica, para conseguir a vaga. Eles se internam e resolvem o problema deles. Faço por eles. Como se fosse uma pessoa da minha família. Não consigo ficar parada. Vou atrás. Deixo todo mundo já certinho.

(SUJEITO 07 – S-07)

Sinto-me bem. É doloroso. Muita comoção.

(SUJEITO 08 – S-08)

Há uns 15 ou 20 dias atrás, aconteceu comigo um fato inédito em 27 anos de odontologia que eu tenho. Veio um paciente. Comecei a atender com todo o cuidado. Precisava de anestesia. Não falei nada. Dei a anestesia, com cuidado, fui tratando do dente. Ele tinha 13 anos. De repente, me surpreendeu. Ele quis me bater. Só não me bateu porque eu fui mais rápida que ele. Eu disse para ele: não estou aqui para agüentar desaforo de menino. Não estou aqui para apanhar de menino malcriado não. Ele disse: vou sair. Eu disse: não vai não. Vou tratar do seu dente. Chamei um auxiliar de enfermagem e pedi para segurá-lo e, terminei o trabalho. No fim disse para ele que eu não ia atender mais se ele fosse fazer o mesmo. Marquei para a semana seguinte. Quando ele chegou falei: Vai fazer de novo? Vai bater em mim? Ele disse: não. Acho que ele chegou em casa e viu como estava ficando a boca, mais bem tratada, mais bonita. Então mudou. Se eu tivesse sido diferente, mostrado medo... Se eu tivesse me recusado a atender tinha demonstrado que estava com medo dele. Ia me sentir muito mau profissionalmente. Olha, com 27 anos de odontologia, foi a primeira vez que isso aconteceu!

(SUJEITO 09 – S-09)

Bom, existem diversos sentimentos. Alguns realmente são... mexem com a emoção da gente. São situações difíceis. Como por exemplo, uma mãe que estava com dois filhos internados em duas enfermarias diferentes e ela não podia chorar na frente de um, a morte do outro. Difícil isso.

(SUJEITO 10 – S-10)

Me causou muito medo, (sorriu), não vou mentir. Fiquei muito aflita, mas... Não que o trabalho seja leve. O trabalho é muito pesado. A gente se depara com cada situação. Com pessoas na beira da morte. Mas, ...

Com um peso muito grande nas costas. Sinto a carga pesada. Às vezes fico impotente ... Para resolver tantas questões. A gente não pode resolver... Penso muito nas coisas... Envolve-me emocionalmente. Às vezes a pessoa vem aqui no Serviço Social e pede e a gente não pode resolver. Exemplo: a questão da aposentadoria. Está cada vez mais difícil. A pessoa quer se aposentar, mas está cada vez mais difícil. As questões familiares...(...) E olha, existe a discriminação na empresa. Que esta discriminação existe, existe! Se a empresa souber que a pessoa tem o HIV, não vai querer ficar com ela. Às vezes penso... Lá perto da minha casa, tem uma pessoa assim. Ela vive se oferecendo para fazer alguma coisa. Às vezes penso que eu possa chamar para fazer algum trabalho lá, uma faxina ou uma coisa ou outra. Mas, não chamo. 1) Eu não quero me envolver, porque ela pode ter um problema de saúde e eu posso ter um problema futuramente. Sinto-me desgastada, estressada. 2) Eu não vou exigir daquela pessoa, como ela não tivesse nada, porque ela pode alegar que está passando mal e realmente ela pode passar mal e não pode se esforçar tanto. Eu não posso. Eu vou dizer Não, não faça tudo não. Não vou exigir?... Tem que ter uma porta aberta, do trabalho solidário.

A questão do... do... peso mesmo. Da parte emocional, psicológica. O trabalho é pesado! Não é leve! Pode levar à depressão. Eu tive. E uma colega, também. Ela não voltou mais. Não sei se foi só por aqui. Não sei porque foi. Só sei que aconteceu. Eu fico me lembrando sempre... Aquela pessoa morreu? Fico me perguntando... O problema maior é a questão econômica. As perdas de todo tipo.

O paciente também é muito difícil. É muito complicado. Tem pessoas deprimidas. Com condição econômica e auto-estima muito baixa. Você tem que estar preparado emocionalmente. Se não, você vai embora também. Se não tem cuidado, você afunda. Tenho andado muito estressada. Tive até um comecinho de depressão. A carga de trabalho daqui... é pesada. Precisava de um trabalho de “cuidando de quem cuida”. Fazer encontros, reunir um grupo, falar sobre o trabalho, discutir os casos. Trabalhou com um braço, com a mão, com a mente. Você fica toda quebrada, como se fizesse um trabalho braçal. Mas, na verdade, não é. É a depressão. A carga psicológica emocional.

Pessoas deprimidas. Problemas com família. Fragilizadas. O relacionamento é franco, bom. Uns abertos até demais. Vai depender do demônio (riu). O demônio do corpo.

Ao tempo que se sentem importantes na relação, se sentem também impotentes. Fazer o máximo é também sentir o limite (da paciência, do peso da relação e suas consequências, como o cansaço, a falta de empolgação pelo longo tempo de exposição à situação estressante). A luta interior do cuidador entre o vincular-se e não se vincular reflete-se no sujeito cansado, sem o entusiasmo e empolgação do passado e diz porque: coloca-se no lugar do outro (paciente) e sente a dor dele, por todo esse tempo nesse trabalho (*burnout*)? Aí caracterizada a exaustão emocional mencionada por Feliciano, Kovacs e Sarinho. A fala é como se fosse do grupo (a gente, todos). Mesmo com tanto tempo fazendo a mesma tarefa (aconselhamento), o profissional se surpreende pelas atitudes dos pacientes. Há a dualidade de fazer o mau e o bem. Entre entristecer alguém, ou alegrá-lo. Ao tempo que se sente bom, se sente mau. É importante e insignificante. Pode, ele também, ficar alegre ou triste.

Na mesma proporção, com oportunidades similares, estes profissionais estão de quando em vez diante de sentimentos contraditórios, ambivalentes e algumas vezes ambíguos. O querer envolver-se e o não deixar se envolver (por defesa psicológica); ter acolhimento e ao mesmo tempo repulsa, medo, preconceito; ser carinhoso, mas também ser drástico, autocrático e usar a força física. Ajudar, com recursos próprios, e não ajudar, com medo de se envolver.

Há o respeito à dor do paciente e às restrições em que vive. Vários profissionais transmitiram sentimentos de pena, solidariedade e relataram comportamentos visando amenizar o tipo de vida que os pacientes levam.

Estar em contato constante e direto com seus clientes é um dos principais motivos de exaustão do profissional de saúde do ambulatório do HSJ. Como sua condição de ajuda é limitada, por força de circunstâncias e contingências as quais não pode modificar, seu nível de tensão e exaustão é sempre presente. São, também, aflorados e mantidos mecanismos de defesa para manter o equilíbrio emocional e a conformação à estabilidade das coisas.

Reforçam-se as discussões antecedentes e as declarações de Feliciano, Kovacs, Sarinho (2005, p. 325) quando expressam:

(...) os trabalhadores de saúde desenvolvem relações afetivas com aqueles a quem cuidam, mas as medidas impostas pela profissionalização do cuidado, vínculos do trabalho, tarefas, regras [...] alimentam as tensões e ambigüidade relativas à tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda aos pacientes e seus familiares, exacerbando a ansiedade ou estimulando-os à racionalização por meio do distanciamento emocional, do endurecimento.

Aqui são conectadas e identificadas as quatro idéias de Angerami-Camon, citadas no item 3.2.2 nessa pesquisa:

- a) calosidade profissional;
- b) distanciamentos críticos;
- c) empatia genuína; e
- d) profissionalismo afetivo.

Confirma-se o pressuposto que os profissionais que cuidam de PVHA experimentam e vivenciam sentimentos e afetos diferenciados e contraditórios.

Terceira categoria: Pressuposto “3” e objetivo específico “3”

Vêm como frágeis os nexos institucionais ao seu trabalho X Estudar os nexos que têm com a instituição

Como é observável nos depoimentos a seguir, há um misto de fragilidade e fortaleza dos nexos com a instituição. Essa ambivalência é notada quando o profissional ao mesmo tempo que fala bem, fala mal de como acontece seu trabalho na organização. A ambigüidade nesse sentido permeia os discursos, ora favorecendo a instituição e ora não. Mais um ponto de reluta e luta interior para os cuidadores que já vivem um cotidiano similar em relação aos que eles cuidam.

Como vários profissionais abordaram situações que caracterizavam essa dualidade, permite-se enforçar os dois extremos, o da fragilidade dos nexos com a instituição e os pontos fortes da mesma relação institucional:

Fragilidades dos nexos com a instituição:

(SUJEITO 01 – S-01)

Como eu me sinto... É difícil graduar o que eu sinto. Eu, eu já fui mais estimulada. Não quero dizer que eu não faça o máximo. Desempenho no meu limite. Pelo tempo a gente chega extrapolar o limite da paciência. Acho que a gente vai ficando mais velha vai ficando menos paciente. Já fui mais empolgada. Entendeu? Eu acho que acontecem certas coisas que a gente fica sem empolgação.

(...) Dar mais condições às pessoas de fazer mais cursos, dar condições para saber mais, dar suporte maior, apoio, uma terapia. Entendeu? Por ex: coisas que você precisa. Não é como trabalhar em empresa particular. É pública. Aqui começou uma bi-odança. Isto é alguma coisa! Precisa fazer mais cursos, dar mais condições profissionais, mais suporte profissional. Dar assistência, preparando o lado psicológico.

(SUJEITO 04 – S-04)

(...) A questão no serviço público que amarra, é que a gente não tem autonomia. Nosso trabalho é mais administrativo, mais estrutural. O estudo precisa aumentar, para melhorar a qualidade do profissional, para mexer. São questões que vão travando o trabalho com o público. Precisa melhorar muito. Fazer mais treinamentos.

Pontos fortes dos nexos institucionais:

(SUJEITO 02 – S-02)

Gosto do que faço. Agora mais do que quando cheguei.

Recebi treinamentos diários, por 3 meses. Meu aprendizado cresceu. Agora lido melhor com as pessoas (pacientes).

Não sei, nem me imagino fora daqui. Gosto do que eu faço.

(SUJEITO 03 – S-03)

Sinto-me bem. Um pouco família. Os profissionais são mais humanos.

Nem penso nisso. (Quanto à pergunta se trabalhasse em outro local).

(SUJEITO 06 – S-06)

Não vejo dificuldades. Melhorar sempre a gente tem. Nunca é perdido a gente melhorar. Mas até o momento, está dando. Quando você não gosta do ambiente... Até os defeitos consigo passar por cima. Quando você gosta, faz bem feito, com satisfação. Não amanheço cansada. Venho motivada. Gosto do meu trabalho. Aqui é mais fácil. Tem amizade, bom ambiente.

(SUJEITO 08 – S-08)

Eu me sinto muito bem. E falo muito bem do São José. Minha referência do S.J. é muito boa. Digo sempre aqui no S.J. que aqui há muito boa vontade do pessoal que a gente não vê em outros hospitais, em outros postos de saúde. Boa vontade com tudo. Se a gente tenta reivindicar alguma coisa, a gente consegue. Às vezes não é muito fácil. Aqui no S.J. existe o sentar e conversar. Eu acho muito bom isso. Existe esta abertura.

Há um eterno improvisado de espaço, de manobras com o tempo de consulta, com a demanda excessiva de pacientes e o número reduzido de profissionais plantonistas. As adversidades reinam no ambulatório. É o dia-a-dia deles.

De acordo com informações da área de Desenvolvimento de Pessoas do HSJ, aquela instituição vem investindo no processo de formulação estratégica, há pelo menos três anos, realizando planejamento estratégico e outras medidas com vistas ao seu aprimoramento. Um ponto a se refletir seria sobre a evolução do modelo de estratégia de controle existente no hospital, para o modelo de estratégia de comprometimento através da qual as pessoas são consideradas parceiros no trabalho, nos quais a empresa deve investir para conseguir melhores resultados empresariais.

Sobre isso, enfatiza-se aqui a política de valorização e humanização, que vem sendo implantada no HSJ, contemplando os públicos interno e externo. A pesquisadora é observadora simples e participante desse processo nos seis anos de atuação naquela organização.

Quarta categoria: Pressuposto “4” e objetivo específico “4”

Percebem-se como estigmatizados pela modalidade de trabalho que exercem X Pesquisar como são vistos pela sociedade

Quanto à percepção, em relação ao seu trabalho, da sociedade e dos diversos grupos a que pertencem, os profissionais discorreram, como segue:

(SUJEITO 01 – S-01)

Bom agora eles começaram a se acostumar. Algumas pessoas ignoram as formas de transmissão e ficam perguntando por quê trabalhar com HIV/Aids? Me acham corajosa.

(SUJEITO 02 – S-02)

As pessoas elogiam, admiram. Dizem que eu tenho coragem. Que não tenho preconceito.

(SUJEITO 03 – S-03)

Muito bom. Respeitam o meu trabalho. Têm carinho e respeito, principalmente pelo Serviço Social.

(SUJEITO 04 – S-04)

Amigos ficam apavorados, chocados.

(SUJEITO 05 – S-05)

A família no começo “chiava”. Achavam que era muito nova. Ficaram preocupados. Depois acostumaram. Meus amigos hoje me elogiam, parabenizam. Dizem: “tu é forte”. Os amigos e família agora aceitam o trabalho. Nunca passei nenhum constrangimento por isso, pelo meu trabalho.

(SUJEITO 06 – S-06)

As pessoas sempre me encaram “numa boa”. Eles me vêem como uma pessoa que posso ajudar, ser útil. Vão à minha casa, para ver se consigo uma medicação, uma informação. Eles acham que sou uma pessoa muito útil. (...). Gera uma confiança.

(SUJEITO 07 – S-07)

Perguntam: tem coragem? Eles têm medo da Aids (...).

(SUJEITO 08 – S-08)

Eu acho que me respeitam bastante. Isto depende de conquista. Respeito. Fui muito criticada pelos meus colegas no início. Me ligavam para perguntar se eu tinha ficado louca para trabalhar com Aids. Agora respeitam muito. Eu acho que isso também é uma conquista.

(SUJEITO 09 – S-09)

Minha tia acha que sou meio louco em trabalhar nesta área. Ela diz: meu filho, com tanta coisa para você trabalhar, vai trabalhar logo com isso..? (ria). Mas também é falta de informação. Eu gosto de meu trabalho. Estamos evoluindo A raça humana ainda é uma coisa... Tem gente que vive no século XXII, mas tem gente que vive na idade da pedra. Até conceitualmente falando.

(SUJEITO 10 – S-10)

A sociedade vê com outros olhos. Ainda existe discriminação. Às vezes faço questionamento em mudar de casa. No começo era bem difícil. “Tá doído!” Família aprontava, questionava. Uns acham ato de doação. Outros admiram, respeitam.

Quinta categoria: Pressuposto “5” e objetivo específico “5”

Pensam que existem pontos de entrave e favorecimento nesse trabalho X Inquirir sobre dificuldades e facilidades concernentes à sua prática

Pontos de entrave e dificuldades:

(SUJEITO 01 – S-01)

A gente não tem tempo suficiente, entendeu?

Falta de estrutura física. Tem problemas, pouco funcionário. É outra coisa desenvolver certas coisas. Não é tudo. Tem que ter mais. Entre as enfermeiras, psicólogas a gente é mais integrada. Acho que precisava mais integração. (entre todos os profissionais). A demanda é espontânea. Mas... Quando eu falei que tem dificuldades profissionais, falo de recursos humanos, eu acho. Falta enfermeiro. A demanda... é alta. Relacionamento? Acho que não é muito bom não. Poderia ser melhor. Sempre existiu a competitividade. Diferente de quando eu cheguei. Eram 3 enfermeiras. Mais próximo... Acho que poderia ser melhor. Relacionamento com os pacientes. Não temos consultas agendadas. Não estamos dando conta de tudo.

Falei das dificuldades aí, mas não impedem para fazer o meu trabalho. A gente se sente impotente. Entendeu? Ter um apoio... Coisa que é para acontecer, que as pessoas não querem.

(SUJEITO 02 – S-02)

Falta espaço, interrupções constantes. Tem muita gente. A qualidade do atendimento.

(SUJEITO 03 – S-03)

É um ponto bastante batido. Há pouca flexibilidade para se ausentar. Centralização das diversas tarefas.

Até para marcação de consultas. Agora se marca de 1 a 2 meses. Cada doutor atende 13, 15 pacientes por dia. (...).

(SUJEITO 04 – S-04)

A gente faz o que pode com os poucos recursos. Há muita carência.

O que eu sinto de aspecto negativo é quanto ao público em geral. O fato de estar frustrada às vezes.

(...) Referência e contra-referência. O tipo de usuário. Há pauperização. A visão social da Aids. O encadeamento.

O Sistema de Saúde é muito precário. (...). Na verdade o HSJ fica sobrecarregado. A gente está com consultas atrasadas, em 3 meses. A questão no serviço público que amarra, é que a gente não tem autonomia. Nosso trabalho é mais administrativo, mais estrutural. O estudo precisa aumentar, para melhorar a qualidade do profissional, para mexer. São questões que vão travando o trabalho com o público. Precisa melhorar muito. Fazer mais treinamentos.

Experiência muito rica. Olhando prá trás, quando eu cheguei... O que as pessoas deixam pra gente. Fico pensando... A gente aprende muito. Acho excelente trabalhar aqui.

(SUJEITO 05 – S-05)

Não contratam Técnico de Enfermagem. Precisava mais pessoas. Há um desnível entre as pessoas que atendem. Precisam ser recicladas. Precisam ser preparadas melhor. Aqui houve mudança de gerência, tive uns problemas, uns desentendimentos.

(SUJEITO 09 – S-09).

Às vezes as pessoas falam desse desgaste (...).

A cultura... não há cultura para interação.

(SUJEITO 10 – S-10)

Só estamos com as reuniões mensais. A gente pretende melhorar isso. Aqui tem poucas psicólogas. É muito importante. Só tem 3. Precisava ter mais psicólogas aqui, eu digo isso é muito. Precisa ter concurso para ter pelo menos mais 3.

Também este grupo que a gente tem aqui é muito resistente também. Não pede colaboração do hospital. Não tem incentivo. Não tem colaboração do hospital e não tem incentivo. A gente persiste mesmo. Não tem incentivo não, para ser diferente. É porque a gente é teimosa.

O trabalho tem uma série de deficiências, que tenho medo de revelar.

Sexta categoria: Pressuposto “6” e objetivo específico “6”

Carecem de conexões entre a gestão estratégica e as práticas da equipe X Investigar relações entre a gestão estratégica e as práticas da equipe

(SUJEITO 03 – S-03)

É um ponto bastante batido. Há pouca flexibilidade para se ausentar. Centralização das diversas tarefas.

(SUJEITO 05 – S-05)

Há um desnível entre as pessoas que atendem. Precisam ser recicladas. Precisam ser preparadas melhor. Aqui houve mudança de gerência, tive uns problemas, uns desentendimentos.

(PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL)

O trabalho da equipe multidisciplinar de saúde flui bem em alguns momentos. Em alguns momentos sinto-me fazendo parte de uma equipe com enfermeiros, psicólogas, médicos e em outro momento sinto-me só. Seria bom que a comunicação fosse mais evidente.

Valorização do trabalho e óbvia necessidade em aproximar os profissionais de saúde quanto às diversas facetas que envolvem as atividades exercidas por toda a equipe do ambulatório.

(RESULTADO DO 3º. ENCONTRO DO GRUPO FOCAL)

Clareza da imensa ânsia dos profissionais em poderem realizar um trabalho conjunto, enriquecido pela diversidade de olhares e vivências pessoais e profissionais, próprias das equipes interdisciplinares.

Os registros acima denunciam a inexistência nessa instituição hospitalar de uma estrutura de recursos humanos estratégico através da qual as diversas funções inerentes a essa

área estão interligadas e conectadas. Carece, então, a organização de interdependência e integração, a ponto de qualquer ação em algum dos segmentos influenciar todos os campos.

Pontos de favorecimento ou facilidades:

(SUJEITO 02 – S-02)

Gerentes boas. Bom relacionamento com superiores. Tem abertura, hierarquia acessível.

(SUJEITO 03 – S-03)

Conveniência. (PAUSA) Cuidado em não faltar material necessário ao trabalho.

(SUJEITO 08 – S-08)

Eu me sinto muito bem. E falo muito bem do São José. Minha referência do S.J. é muito boa. Digo sempre aqui no S.J. que aqui há muito boa vontade do pessoal que a gente não vê em outros hospitais, em outros postos de saúde. Boa vontade com tudo. Se a gente tenta reivindicar alguma coisa, a gente consegue. Às vezes não é muito fácil. Aqui no S.J. existe o sentar e conversar. Eu acho muito bom isso. Existe esta abertura.

Bom, vejo diversas facilidades A direção é compreensiva. Muitas vezes tenho dificuldade para cumprir meus plantões da emergência no HSJ face os plantões do interior. Quando é assim negocio e dá certo.

(SUJEITO 10 – S-10)

(...) É melhor trabalhar num lugar assim. É melhor para mim. A gente também tem os defeitos da gente. Ajuda no nosso crescimento, e na tolerância, no nosso lado humano.

Como se observa, as dificuldades figuram em um número muito maior que as facilidades, confirmando-se, assim, o pressuposto que existem ambos os pontos, com prevalência dos primeiros. O que é interessante frisar é que existem contrapontos presentes em uma mesma entrevista, remetendo à reflexão sobre as contradições e incoerências dos conteúdos.

Com a finalidade de condensar os dados coletados nas entrevistas, resumindo-se os pontos positivos e negativos, criou-se o quadro a seguir, sintetizando as falas recorrentes:

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizado profissional no HSJ; - Crescimento pessoal advindo do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho exaustivo; - Falta cuidado com o cuidador; - Falta espaço físico; - Limitação de recursos para ajuda ao paciente; - Alta demanda de pacientes; - Reduzido número de profissionais; - Distanciamento entre os cuidadores; - Falta comunicação, interação na equipe; - Relações pesadas e difíceis com os pacientes.

Quadro 8 - Resumo dos Pontos Positivos e Negativos do HSJ nas Falas Recorrentes

Fonte: Entrevistas realizadas

5.4 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DOS GRUPOS FOCAIS

Na dissertação ora escrita foram expostos os baluartes da metodologia psicodramática, concebida por Moreno (1975) e esmiuçada por Bermúdez (1977) e utilizada no desenvolvimento das reuniões dos grupos focais.

Pode-se validar a sua aplicação no desenvolvimento dos grupos focais realizados para esse estudo confirmando as declarações de Lucca e Schmidt (2005, p. 14):

Diferentemente de outros métodos qualitativos, o trabalho com grupos utilizando-se a aplicação do método psicodramático mostrou-se eficiente por apresentar um resultado imediato. Ou seja, enquanto outros instrumentos produzem um resultado a curto, médio ou longo prazo, por ser constituída em etapas de coleta, análise de dados para posterior proposta de ação. O Psicodrama, devido a sua própria característica metodológica prima por um resultado imediato que ocorre no “aqui agora” da sessão.

Conforme Aschidamini e Saupe (2006) cujo artigo tem como objetivo abordar fundamentos teóricos sobre a técnica de Grupo Focal como Estratégia Metodológica Qualitativa:

A utilização do grupo focal na área de saúde é recente. Aparecem publicações a partir da década de 80 como técnica de pesquisa qualitativa. Desde 1990, no entanto, vem aumentando gradativamente o seu uso entre os pesquisadores universitários.

Quanto ao número de participantes do grupo focal os mesmos autores indicam que deve variar de 8 (oito) a 10 (dez) pessoas e que o ideal, de acordo com suas pesquisas, é que o total oscile entre um mínimo de 6 e um máximo de 12 pessoas. Tal recomendação não pode ser considerada nesse trabalho científico, pelas dificuldades encontradas para a formação do grupo e seu desenvolvimento que também serão objeto de análise por parte da pesquisadora.

Aschidamini e Saupe (2006) também abordam que não existe um padrão para o número de sessões do grupo focal, dependendo, sobretudo dos objetivos traçados pelo pesquisador. No caso dessa pesquisa foram 4 os encontros, não só pelas barreiras enfrentadas pela pesquisadora quanto pelos profissionais partícipes, como também pelo reduzido tempo que restava para conclusão da dissertação.

5.4.1 Desenvolvimento dos grupos focais

1º. Encontro

Foco temático: competências necessárias aos cuidadores de PVHA

Nesse encontro, foi utilizado o Quadro 7 que revelava as competências indicadas pelos entrevistados como sendo importantes para o exercício do trabalho. Incitada uma discussão entre os 2 participantes desse encontro, e em seguida comentários e hierarquização de seu conteúdo, por importância (as primeiras 6 posições), individualmente. O resultado da atividade consta do quadro a seguir:

Participante A		Participante B	
Competências elencadas	Hierarquia Atribuída	Competências elencadas	Hierarquia Atribuída
Capacidade de ouvir	1 ^a .	Acolhimento	1 ^a .
Conhecimento técnico	2 ^a .	Capacidade de saber ouvir	2 ^a .
Empatia	3 ^a .	Conhecimento técnico	3 ^a .
Ética	4 ^a .	Ética	4 ^a .
Despojado de preconceitos	5 ^a .	Colocar-se no lugar do outro	5 ^a .
Discrição	6 ^a .	Bom senso	6 ^a .

Quadro 9 - As Seis Competências mais Importantes para o Cuidador de PVHA

Fonte: Exercício desenvolvido durante o 1º. Encontro do Grupo Focal

As competências “capacidade de ouvir” e “ética” foram as únicas citadas pelos 2 participantes, embora não tenham sido colocadas na mesma hierarquia. O único tópico coincidente - em grau de importância para o exercício do seu trabalho - foi “Ética”, na 4ª. posição. Assim sendo, foi confirmado o que já havia ocorrido durante as entrevistas, ou seja, os profissionais não possuem uma visão, nem mesmo semelhante, quanto às competências que devem possuir para o desempenho do seu trabalho. Outro dado confirmador diz respeito a hierarquização também muito pouco coincidente.

Houve estimulação por parte do “diretor” (linguagem psicodramática) do grupo para discussão e consenso quanto à competência que seria trabalhada (dramatizada) no próximo encontro. O primeiro lugar foi ocupado pelo “preconceito por parte dos profissionais de saúde”, em substituição a “despojado de preconceitos”, que inclusive somente 1 dos partícipes houvera listado e não colocado como 1º. na hierarquia. Ou seja, o outro integrante do grupo foi convencido da importância do tópico. Todos esses pontos foram comentados pelo “diretor” (a pesquisadora) com o grupo, no sentido que fosse refletido por parte dos mesmos tais condutas. O tema eleito foi trabalho em termos psicodramáticos durante o 2º. Encontro – vide anexo 5.

2º. Encontro

Foco temático: preconceito por parte do profissional de saúde

Primeiramente situações que evidenciavam o foco foram trazidas à tona e discutidas pelos integrantes do grupo. Após isso, foi eleita uma determinada cena a ser dramatizada. Este conteúdo foi desenvolvido através da metodologia psicodramática e seus recursos técnicos.

A existência do preconceito por parte do profissional de saúde foi claramente evidenciada, assim como o pouco envolvimento emocional, chamado por Angerami-Camon de “calosidade profissional” e “distanciamento crítico” (vide item 3.2.2). Ressalta-se que esse dado não deve ser generalizado para toda a equipe, mas inegavelmente reconhecido como existente.

Observou-se o que Maia e Osório (2004, pg. 85) se referem como “mais do que um mero executor de tarefas, o trabalhador constitui e é constituído pela sua atividade, sendo ao mesmo tempo produtor e produto, estando sempre presente a capacidade de afetar e de ser afetado.”

3º. Encontro

Foco temático: Meu trabalho no ambulatório do HSJ

Como resultado-síntese da atividade desenvolvida (desenho-estória) com o único participante desse encontro, resume-se que valoriza sobremaneira o seu trabalho. Mostra, inclusive sua paz e harmonia interior, perceptíveis não só no semblante, olhar e tom meigo de voz, preservados ainda, meio a tantas intempéries no seu trabalho. Durante as atividades desse encontro o cuidador evidencia persistência, esperança e resiliência em suas falas e desenhos (vide anexo 5 - Ilustrações 1 e 2). É real a necessidade em aproximar os colegas da equipe do ambulatório quanto às diversas facetas que envolvem as atividades por eles exercidas e que enxergam a possibilidade de mudança para melhor, objetivando qualidade e satisfação para os profissionais e clientes atendidos.

4º. Encontro

Foco temático: Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade na equipe de saúde do ambulatório do HSJ

O tema foi conduzido através da técnica “desenho-estória” aplicada nas duas pessoas participantes do encontro. Os primeiros desenhos (Ilustrações 1 e 2) foram feitos atendendo pedido da pesquisadora, para que simbolizassem a condição de multidisciplinaridade que reconhecem na sua atual equipe.

O desenho que constitui a ilustração 1, do participante “A”, foi chamada por ele de “diversidade/encontro” e o escrito correspondente transcreve-se a seguir:

Somos um grupo? Pessoas diferentes se encontrando. Universos diferentes, com suas cores e formas, formando pares, trios, muitas vezes, talvez, cada um caminhando sozinho... Mas temos um objetivo comum. Como alcançá-lo se insistimos em permanecer como ilhas?

O desenho referente à ilustração 2, do participante “B”, não foi intitulado. Sua história é a seguinte:

O trabalho da equipe multidisciplinar de saúde flui bem em alguns momentos. Em alguns momentos sinto-me fazendo parte de uma equipe com enfermeiros, psicólogas, médicos e em outro momento sinto-me só. Seria bom que a comunicação fosse mais evidente.

A pedido da facilitadora, ambos identificaram com a palavra “Eu” o lugar do desenho no qual se encontravam.

A construção dos desenhos foi feita com grande facilidade. Uma pessoa mexeu à vontade no desenho da outra, mas sempre respeitando os traços já feitos, o que denotou o respeito ao outro e a possibilidade e a permissividade em atuarem em conjunto. Os desenhos constantes das ilustrações 1 e 2 foram feitos isoladamente para representar a equipe multidisciplinar da qual fazem parte. As ilustrações 3 e 4 redundam dos desenhos feitos por cada um, mostrando suas visões da interdisciplinaridade e o resultado dos traços adicionais – que um participante fez no desenho do outro -, para simbolizar a forma que desejam alcançar, sendo sua equipe interdisciplinar. O salto do enriquecimento qualitativo, entre os dois primeiros e os dois últimos, é expressivo nos desenhos como se pode observar.

E, como comentam Maia e Osório (2004, p. 86):

Diversas características do processo de trabalho no hospital são compartilhadas por todos os participantes da rede de cuidados, fazendo com que haja muita variabilidade nas formas de entendimento de “como deve ser feito” o trabalho, formas estas que nem sempre se harmonizam na coexistência de inúmeros protocolos, nem sem-

pre úteis. Embora as rotinas prescritas no trabalho hospitalar sejam numerosas, há necessidade de grande flexibilidade a fim de que o trabalho, sempre coletivo, possa ser realizado. As composições mesclam-se, os estilos variam, os acordos devem se renovar a todo o momento.

Como resultado, nesse encontro pode-se ver com clareza a imensa ânsia dos profissionais em poderem realizar um trabalho conjunto, enriquecido pela diversidade de olhares e vivências pessoais e profissionais, próprias das equipes interdisciplinares.

Este cenário poderá vir a ser criado no Ambulatório do HSJ, assim como em outras equipes que atuam no hospital no cuidado de PVHA. Basta para isso que os componentes desses grupos estejam abertos e flexíveis em absorver e compartilhar experiências e saberes e que estejam interessados nessa mudança e em construir algo em comum nesse sentido.

5.5 RELACIONANDO OS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS, DOS GRUPOS FOCAIS E AS IDÉIAS DE ANGERAMI-CAMON

Pretende-se aqui formar uma correlação entre o referencial teórico utilizado e os conteúdos colhidos através dos instrumentos adotados: a entrevista semi-estruturada e os grupos focais e relacioná-los com as idéias de Angerami-Camon quanto às posturas dos profissionais de saúde, quais sejam: a) calosidade profissional; b) distanciamentos críticos; c) empatia genuína; e) profissionalismo afetivo.

Como diz Souza (2003, p. 131):

A Aids impõe mudanças profundas na vida de seus portadores. Essa necessidade é tão grande que muitos pacientes, durante pelo menos algum tempo, se recusam a lidar com a realidade. Com este distanciamento, o paciente não irá seguir recomendação médica e de enfermagem, possibilitando a diminuição da sobrevivência do portador do HIV/Aids.

As questões de abandono ou de comportamento relapso quanto ao acompanhamento médico da própria doença são presentes no cotidiano do ambulatório do HSJ, dos profissionais entrevistados e dos pacientes que atendem, como se pôde observar nos registros das falas gravadas no 2º. Encontro do Grupo Focal.

Não só a calosidade profissional como o distanciamento crítico são identificados nos conteúdos expressos. Também, a empatia genuína e o profissionalismo afetivo encontram-se presentes, caracterizando (mais uma vez) a ambivalência dos sentimentos vividos e sofridos no exercício da profissão desses cuidadores.

5.5.1. A questão do preconceito

É indubitável a questão preconceituosa que permeia a conduta dos seres que convivem com a Aids, tratando-a, como cuidador, ou sofrendo-a, como paciente. Não importa o gênero, raça ou classe. Todos são afetados. As PVHA são sujeitas a especificidades que vão tornar mais sensíveis os aspectos que atingem todos os doentes, de forma geral. Há a maximização dos efeitos pela condição de estigma que a sociedade acolhe e coisifica o soropositivo.

Considerando-se o tema foco, eleito pelos participantes para ser trabalhado no 2º. Encontro do Grupo focal - o preconceito por parte dos profissionais de saúde - caracteriza-se aqui a forte presença da temática, nas entrevistas realizadas. Ora como advinda da sociedade, das comunidades que as PVHA estão inseridas, como também pelas pessoas que cuidam desses doentes. A saber:

(SUJEITO 04 – S-04)

Quanto ao relato para a comunidade, de sua condição de soropositividade, é difícil. Como ela vai falar no Posto de Saúde? As pessoas não entendem. Ainda há muito preconceito. A gente dá atenção a isso. É um tema presente nos nossos atendimentos. Principalmente porque na comunidade delas, têm muitos problemas. São carentes. Os pais têm um desencontro total. Um aceita, ou não. Ou os 2 não aceitam. E a criança fica no meio disso.

(SUJEITO 07 – S-07)

O próprio paciente tem preconceito.

(SUJEITO 10 – S-10)

Olha... É assim, a sociedade... Digo sempre que a sociedade é um pouco como nós... Quando a gente não conhece, a gente fica assim... tem um preconceito muito grande. Com as pessoas, com a convivência. Quando a gente conhece é mais... Para mim hoje em dia é normal. Eu encontrar uma pessoa portadora de HIV... Conversar, sair com uma pessoa com HIV. Acho uma coisa ... normal, mas ... A não ser que aquela pessoa tenha uma série de deficiências. Quando ela se depara com dificuldades na vida dela. Quando ela não quer revelar a condição de soropositividade dela. Quando a gente encontra com a pessoa na rua, ela fica um pouco aflita. Diz oi, oi, e não deixa eu me aproximar dela e vai indo. Ela tem medo que eu fale, que eu trabalhe no HSJ, que eu conheci ela aqui.

É uma coisa especial porque é uma doença que tem um estigma, muito grande. Não é como um câncer. Quando se diz uma que uma pessoa tem câncer, todo mundo fica com pena. Com HIV, não. Se disser que a pessoa tem HIV a pessoa muda totalmente. Tem muito preconceito.

E olha, existe a discriminação na empresa. Que esta discriminação existe, existe! Se a empresa souber que a pessoa tem o HIV, não vai querer ficar com ela. Às vezes penso... Lá perto da minha casa, tem uma pessoa assim. Ela vive se oferecendo para fazer alguma coisa. Às vezes penso que eu possa chamar para fazer algum trabalho lá, uma faxina ou uma coisa ou outra. Mas, não chamo. 1) Eu não quero me envolver, porque ela pode ter um problema de saúde e eu posso ter um problema futuramente. Sinto-me desgastada, estressada. 2) Eu não vou exigir daquela pessoa, como ela não tivesse nada, porque ela pode alegar que está passando mal e realmente ela pode passar mal e não pode se esforçar tanto. Eu não posso. Eu vou dizer Não, não faça tudo não. Não vou exigir?... Tem que ter uma porta aberta, do trabalho solidário.

Eu acho que o ambiente aqui, trabalhar com pessoas onde há o estigma social e preconceito muito grande... A gente tenta não pensar nestas coisas. Tenta, tratar bem, a pessoa que tem problema pessoal, é homossexual, a pessoa que já é usuária de drogas. A gente não tem aquela discriminação com as pessoas. A gente tem que atender bem.

É perceptível o transitar do preconceito advindo das “fontes sociais” (se assim pode-se dizer), aos valores dos profissionais cujas falas foram transcritas. Apesar de conviverem, dia-a-dia, terem escolhido o HSJ como seu local de trabalho (vários comentam em sua história profissional, questão 1 do roteiro de entrevista), mais ou menos cientes do tipo de

paciente que conviveriam e que “aprenderam a conviver”, há – ainda – o preconceito por parte dos profissionais de saúde, incluindo-se, indubitavelmente, na “sociedade” referida.

Com base nas dramatizações do 2º. Encontro do grupo focal, são as seguintes as anotações que dizem respeito à observação e registro do preconceito por parte dos profissionais de saúde:

A protagonista eleita pelo grupo não olhava para a diretora (pesquisadora), denotando que não estava à vontade na condição de ser avaliada como profissional, nesse caso. Transpareceu insegurança e dificuldade no atendimento dramatizado. Tinha dúvida de como agir (era latente sua barreira em relação ao caso). Questionava seu próprio atuar, saindo do papel e conversando com o Diretor, durante o ocorrer da cena. (no psicodrama se lê claramente “a fuga” do protagonista perante o impasse, ou seja, do conteúdo – preconceito – pois convive mau com isso).

Isso foi bem entendido, ao final, quando declarada e notória foi a sua dificuldade em lidar com o tema do preconceito. Mostrou-se pouco afetiva com o paciente atendido e por mais que a diretora da cena acenasse a possibilidade “de fazer algo mais” pelo seu cliente, só mencionava ajudas materiais, evidenciando pouca sensibilidade emocional e resistência ao conteúdo trazido. As técnicas do espelho e inversão de papéis aplicadas favoreceram a clarificação e a compreensão das posturas evidenciadas. O compartilhamento, ao final, pôde fechar as percepções individuais e grupais, remetendo a reflexões momentâneas e posteriores dos participantes.

Para finalizar os comentários sobre o preconceito em relação à doença e ao doente de Aids pode-se dizer que se trata de um processo vivido desde o aparecimento da epidemia e que muito se tem a caminhar e evoluir para a afinização da sociedade à realidade, cada vez mais perto de cada ser humano. O mal atinge um conhecido, um amigo, um familiar, um irmão e assim sucessivamente, o caminho até o “adoeci” vai se tornando menor e com probabilidade mais alta já que a humanidade conta com a dualidade do sêmen que gera a alegria da vida, mas pode gerar a ameaça da morte, no ato corriqueiro da sobrevivência da espécie – o sexo – ou da expressão do amor entre os amantes. Nesse tempo reinante de liberdade de opção sexual e defesa dos direitos e escolhas pessoais, há que se primar em intensificar informações

e orientações como medidas preventivas, em prol do controle da epidemia, mais do que tratá-la eficazmente após seu aparecimento ou mesmo “garantir” a sobrevivência.

5.5.2 Interdisciplinaridade ao invés da Multidisciplinaridade

Durante as entrevistas foram colhidos os seguintes depoimentos com referência à temática:

(SUJEITO 01 – S-01)

As enfermeiras são mais integradas. Os outros, a gente convive... Mas não é próximo.

Sugestões para melhora do relacionamento em equipe:

- a) Discutir casos clínicos; estudos de caso;
- b) Reunião sistemática de toda equipe (semanal ou quinzenal, de forma comprometida);
- c) No grupo focal trabalhar situações críticas que evidenciam falta de contato entre os membros da equipe versus usuários dos serviços ambulatoriais.

(SUJEITO 02 – S-02)

O relacionamento é bom. Deveríamos reunir mais, trocar mais, ter um trabalho mais próximo. Precisava ter um momento da equipe para trocar. Também ter reuniões com a Coordenação, que não vem acontecendo.

(SUJEITO 03 – S-03)

Muito bom. Bem integrada. O que falta são reuniões sistemáticas. Tem distância com os médicos. A equipe por enquanto não é “inter”, só “multi”.

(SUJEITO 08 – S-08)

A gente não tem muito contato, até por causa do trabalho. A gente tem esse... é até uma necessidade de um tempo para conversar. Quase não dá tempo para conversar. Até uma necessidade, para o andamento do trabalho. Mas infelizmente não temos isso aqui. Fica esse, esse...Falta este contato. É uma lacuna. Com certeza precisa maior aproximação. Com certeza precisa.

(SUJEITO 10 – S-10)

Acho melhor o trabalho com o grupo. Com o grupo o seu nível de alcance é melhor. A gente mobiliza mais. Já facilita muita coisa. Era para juntar a assistente social e a psicóloga e fazer um trabalho em grupo, uma oficina em grupo. Com o grupo o nível

de atingimento é maior. A gente não trabalha com grupo porque não tem nem ambiente. Tudo o que a gente faz aqui é individualmente.

Outro dado constatado no decorrer da pesquisa, que vem ao encontro da denúncia da distância que existe entre os profissionais, foi o fato de serem os médicos os menos disponíveis para conversar, serem entrevistados e aceitar o convite para participação nos grupos focais. Parece que há pouca abertura, flexibilidade e interesse em fazer algo que não seja consulta ou atendimento médico no SAE e hospital-dia. Adicionalmente, foi observado pela pesquisadora durante a espera entre uma entrevista e outra, ocorriam poucos e raros diálogos entre profissionais de formações diferentes. A maioria voltava-se para o grande número de pessoas a serem atendidas, consumindo assim todo seu plantão, vendo o tempo acabar e tendo que sair apressadamente, todo dia – de novo – sem o mínimo movimento de mudança do *status quo*, mesmo reconhecendo a negatividade do fato. Algumas vezes foram observadas aproximações técnicas e pessoais entre os outros profissionais (que não médicos).

Constatou-se a referência de Angerami-Camon (2002b, p. 105) a respeito da multidisciplinaridade, constituída por um grupo de profissionais que atuam de forma independente em um mesmo ambiente de trabalho, nem sempre partilhando suas tarefas, constatações e responsabilidade visando aprimorar o serviço. Isso acontece com os médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem do ambulatório, pois partilham espaços, mas não saberes. Tal afirmativa baseia-se nos depoimentos de vários profissionais entrevistados e dos que participaram dos grupos focais, os quais ressentem-se de maior aproximação entre as diversas formações educacionais, melhor comunicação e compartilhamento de experiências. Em essência, os aspectos indicativos referiram-se à falta de integração na condução dos procedimentos sobre um mesmo paciente; que não há um momento onde se discute casos especiais ou se faz estudos de caso com base na realidade. Não há a prática, e quando muito, a eventualidade dela.

Os desenhos correspondentes ao anexo 5 (ilustrações 3 a 6), criados no 4º Encontros do grupo focal, retratam a imagem distanciada entre os diversos profissionais, a relação que conta com significativos intervalos ou até sua inexistência. Hoje se vê e se sente a separação (desenhos 1 e 2, com menos cores, fraca coesão de linhas e cores e denominados, respectivamente, “Diversidades-Encontro” e “Eu”). Por outro lado, deseja-se a aproximação e sonha-se com uma realidade diferente, de quem atua e soluciona junto, andando no mesmo rit-

mo e crescendo em conjunto (desenhos 3 e 4 – nominados, respectivamente, “Mandala das relações” e “Harmonia” - de linhas e cores adicionadas, “em harmonia, mais alegre, com uma nuvem de gotículas coloridas e embelezadoras”, como disse um dos participantes.).

5.5.3 Comentários sobre avaliações e retro-alimentações positivas

Ao final das entrevistas:

(SUJEITO 02 – S-02)

Me senti bem à vontade, sem inibições. Você é uma boa entrevistadora.

(SUJEITO 04 – S-04)

Agradeço a possibilidade de participar e me interesse em ser convidada para o grupo focal.

(SUJEITO 05 – S-05)

Parabéns pelas perguntas. Gostei da entrevista. Parabéns pela sua pesquisa. Fico feliz em saber que tem pessoas interessadas em conhecer e entender como é trabalhar com pessoas HIV. Gostei muito. Eu agradeço.

(SUJEITO 06 – S-06)

Me senti bem, sem nenhuma inibição para falar. Nunca ninguém tinha feito essa entrevista comigo. Sempre é bom falar o que você sente. Foi bom. Gostei. Nem sempre se tem oportunidade de falar. Só em curso, mas é só um pouco e não é sozinha, como aqui. Foi bom.

(SUJEITO 08- S-08)

Me senti bem. Minha sugestão é que apareçam mais trabalhos destes e que tenham um feedback para a Instituição, que muitas vezes não tem. Você como observadora vê diferente. Você vê com uma visão que a gente não tem. E levando para um trabalho científico, é importante. A gente não tem tempo, a gente também se acomoda.

(SUJEITO 09- S-09)

Eu senti assim... Aonde você vai chegar eu não sei (ria). Acho que você vai fazer um aglomerado, para fazer a análise. Acho que vai conseguir tirar um retrato.

Ao final dos encontros dos grupos focais:

1º. Encontro: A avaliação, ao final, foi positiva, expressando-se a validade do encontro, desde a preparação corporal dos participantes e as discussões havidas.

2º. Encontro: Um dos componentes do grupo era a primeira vez que comparecia. Disse ter vindo porque recebeu informação positiva do encontro, que a primeira reunião tinha sido boa e valia a pena vir. Sua declaração foi: “vim, porque soube que foi bom”.

Ao término, revelaram que estavam saindo da sala melhor do que entraram e que tinham gostado das atividades.

3º. Encontro: “Gostei de desenhar. Aliás, sempre gosto de usar este tipo de material. Para mim foi bom. Foi uma catarse. Acho sempre válido participar deste tipo de atividade. Considero de grande importância trabalhar tudo isso. Eu agradeço a oportunidade e sua persistência. Lamento não estarmos em mais pessoas”.

4º. Encontro: Expressões como: “Achei muito bom! Foi legal! Deu bem para ver estes aspectos de nossa equipe e no que precisamos melhorar nesse sentido o nosso trabalho. Foi construtivo. Eu gostei!”.

Esses comentários citados estimularam a autora dessa pesquisa a formular sugestões de trabalho e recomendações acerca de atividades que venham a suprir a carência de cuidados ao cuidador, profissional de saúde do SAE do HSJ.

5.6 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DO SAE DO HSJ

Esse conteúdo diz respeito à organização do trabalho - aqui entendida - em termos de planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação dos processos e procedimentos formais e não formais realizados no HSJ, mais precisamente no SAE HIV/Aids, no que tange à gestão estratégica de pessoas.

Considerando que o HSJ é uma instituição hospitalar pública, há uma vulnerabilidade quanto aos procedimentos adotados em processos de recrutamento e seleção de pessoal para ocupação de vagas na organização. Isto porque o processo de captação e escolha de candidatos para as vagas existentes é feito através de concurso público, que é regulamentado e atende normas específicas de procedimentos técnicos que muitas vezes são restritivas a criações e inovações. Novas metodologias de avaliação poderiam vir a enriquecer, mas por cautela não são utilizadas uma vez que se tem que defender a integridade e confiabilidade dos processos adotados, o mais objetivamente possível, no caso de haver recursos por parte dos candidatos reivindicando direitos e apontando falhas durante o concurso, para anulá-lo.

Da mesma forma que os métodos de ingresso são restritivos, as políticas de remuneração e benefícios também o são numa instituição pública. Tudo deve ser definido em normas e aprovado em lei. O resultado é pouca flexibilidade à implantação de novas tecnologias ligadas à gestão de pessoas, que serve, também, como justificativa para a permanência do *status quo*, que muitas vezes traz o desestímulo por parte dos colaboradores que lá estão e mesmo o desinteresse de novos talentos a ingressar neste tipo de organização.

Esse cenário é reinante no HSJ que apesar de contar com técnicos inovadores, interessados e informados quanto às novas ferramentas e tecnologias, não as aplicam, não só pelo impedimento legal, mas também por não dispor de um quadro de pessoal com estrutura operacional passível de desenvolvê-las em sua totalidade ou essência. No caso, dispõem de apenas uma técnica com dois auxiliares administrativos funcionando basicamente na área de treinamento e desenvolvimento voltado para seu público interno. No último mês desse estudo foi alterada a lotação da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas pela inclusão de mais uma técnica, embora não seja em tempo integral, o que beneficiará a implantação de novos projetos na área.

Nesse sentido, aponta-se como preocupante a intensa carga emocional numa jornada de trabalho extensa no clima relacional que se instala durante o atendimento num hospital que trata e acompanha PVHA, tal qual é o caso aqui estudado.

Conforme referido por Dejours (1994, p. 47)

(...) o trabalho não deveria mais ser reduzido somente às pressões física, químicas, biológicas ou mesmo psicosensoriais e cognitivas do posto de trabalho, que se reúnem, geralmente sob a denominação de “condições de trabalho” [...]. É necessário, além disso, considerar no trabalho a dimensão organizacional, isto é, a divisão das tarefas e as relações de produção. Em outras palavras, [...] será necessário considerar, antes de tudo, dentro do trabalho, aquilo que o especifica como “relação social” (...).

Para tal clima de trabalho são necessários momentos de compensação com exercícios de relaxamento e alongamento que possam dissipar a tensão porventura criada. Saídas do espaço de atendimento (o ambulatório), para movimentação do corpo e oxigenação emocional seriam propícias. Assim como a pausa aos digitadores ou a outros trabalhadores que exercem movimentos repetitivos, tal medida diz respeito à questão da saúde ocupacional do colaborador.

Soto (2005, p. 10) diz que o conceito da dignidade humana refuta a idéia antiga de utilizar os empregados como ferramentas econômicas. Este trabalho científico contempla uma instituição hospitalar pública, onde os resultados são mensurados diferentemente aos das empresas privadas, que visam lucratividade e produtividade, portanto, sintonizados com a afirmativa de Soto.

No ano de 2005, iniciou-se embrionariamente a pesquisa de clima organizacional, objetivando coletar subsídios para uma gestão humanizada. Neste ano de 2006 o HSJ, contratou uma consultoria experiente em tal prática que realizou pesquisa de clima organizacional em toda instituição. Todos os que militam no hospital foram convidados e estimulados a participar, havendo, inclusive, um prêmio a ser sorteado dentre os partícipes do evento que entregassem os formulários preenchidos dentro do prazo esperado.

No mês de julho 2006 foi entregue o relatório final à equipe gestora do hospital, pela consultoria que efetivou a pesquisa. A Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas e a Ouvidoria do HSJ favoreceram, como subsídio à dissertação, informações recentíssimas advindas do relatório do clima organizacional, sobre o alcance do índice de 80%, dentre os 600 respondentes, quanto ao item “tenho orgulho em trabalhar no HSJ”, dado a ser comemorado, compartilhado e tornado público. Foi identificado o percentual de 93% em relação ao item

“gosto do trabalho que faço” e 82% confirmativos da observação quanto ao bom exemplo dos gestores.

Apesar disso, a realidade observável ainda é de extensos e intensos plantões com demanda excessiva de atendimentos não só no ambulatório como nas unidades de internação e tratamento de pacientes HIV/Aids e nas outras dependências do hospital, sempre povoado de pacientes em atendimento ou a serem atendidos. Não sealaria, então, em “ferramenta econômica” dita por Soto, mas em ferramenta humana especial, incomparável e resistente em se tratando de cada um destes profissionais dedicados, envolvidos e acima de tudo responsáveis em sua parcela de contribuição para minimizar os efeitos dilaceradores da patologia imperdoável que é a Aids.

Soto (2005) reforça a filosofia ética como tendo resultados nas conseqüências dos atos que praticamos para com nós mesmos e para com os demais. Reconhece que a vida tem um propósito e aceita a integridade interna de cada indivíduo. Conclui que o comportamento organizacional relaciona-se com as pessoas e filosofia ética com os atos dos indivíduos. Sobre tais ponderações pode-se reconhecer que no trabalho dos profissionais de saúde estudados isto ocorre e com facilidade é detectado. A pesquisadora pode falar a respeito por fazer parte desse contexto há seis anos o que confere o caráter etnográfico desse estudo. Em sua atuação como voluntária nas unidades de internação de HIV/Aids acompanha de perto a ação dos profissionais que lá cumprem seus plantões e vê de perto a atitude ética dos cuidadores e demais funcionários e colaboradores hospital. A ouvidoria do HSJ constitui uma área atuante, alerta aos comportamentos e efeitos do padrão de relacionamento entre os profissionais do quadro de pessoal e terceirizado e com cada um dos pacientes que frequenta as dependências hospitalares.

O grande desafio é a compreensão das relações entre os motivos pessoais e os objetivos organizacionais – a interação entre pessoas e organização, tão enfática na administração estratégica e de acirrada perseguição desde a década de 1980 no Brasil.

Considerando-se a equipe de saúde pesquisada há carência do “campo de treinamento” citado por Soto (2005), já que os saberes individuais são pouco ou quase nada compartilhados e a evolução de cada um nem sempre contribui para a aprendizagem do coletivo. Necessário se faz a adoção de uma prática contínua, ao invés de esporádica, usual em substi-

tuição à casual e por fim disseminada em todos os integrantes e não em alguns que hoje assim fazem por iniciativa e desejo isolados.

A equipe de saúde que atua no ambulatório do HSJ apesar de ser composta por trabalhadores da saúde com formações variadas (assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos, odontólogos, psicólogas) funciona como equipe multidisciplinar e não como interdisciplinar. Tal afirmativa baseia-se no fato de que os profissionais, apesar de atenderem as mesmas pessoas, ou seja, os soropositivos cadastrados no HSJ para tratamento e acompanhamento, não se estruturaram para organização de um trabalho em equipe propriamente dito. Os profissionais pouco trocam suas impressões e opiniões técnicas em prol do melhor tratamento do paciente que freqüentemente comparece ao ambulatório daquele hospital para consultas programadas. Isso sem falar nos atendimentos em situação de emergência ou de internação, quando também poderiam efetivar estudos e atualização de suas visões técnicas, uma vez que muitos desses profissionais cuidam dos pacientes em diversas situações dentro do Hospital São José (consultas eletivas, de emergência ou internação).

Apesar da prática não ser formalizada, nem comum a todos, alguns dos profissionais entrevistados declararam que procuram um colega do SAE visando maior integração, para permuta de opiniões e estabelecimento de procedimentos padronizados em relação a determinados pacientes ou quadros de doença similares. Isso foi registrado nas falas que seguem:

(SUJEITO 01 – S-01)

(...) entre as enfermeiras, psicólogas a gente é mais integrada. Acho que precisava mais integração, entre todos os profissionais (...).

(SUJEITO 09 – S-09)

(...) Seria bom se houvesse mais integração. Sempre foi bom. Mas é superficial. A integração não é grande, mas os atritos advindos da integração, também não acontecem (...) A gente tem uma grande deficiência porque a equipe não trabalha como equipe Não é interdisciplinar. É só multidisciplinar. Tem que querer. Não é uma questão de espaço. O espaço poderia ser qualquer um. Tem que ter uma cultura para isso.

Vários profissionais transmitiram sentimentos de pena, solidariedade à dor e relataram comportamentos visando amenizar o tipo de vida que os pacientes levam:

(SUJEITO 09 – S-09)

(...) Lá faço o acompanhamento de alguns pacientes que atendo aqui, extra-oficialmente. Para facilitar para eles. Também pego os medicamentos deles aqui e levo. É realmente difícil para eles. Muitos dependem da Prefeitura para virem aqui, de 2 em 2 meses. Faço isso para facilitar a vida deles (...).

Existem sentimentos de culpa e de responsabilidades pessoais, causando desconforto emocional a quem cuida.

O trabalho desempenhado por aqueles cuidadores é realizador, mas em muitos aspectos causa sofrimento pelo estresse e desgaste que o envolve. Mesmo assim, a equipe de profissionais mantém tal situação, na medida que tende a aceitar e se adaptar às “intempéries”, convivendo com aspectos negativos de peso, sem modificá-los, apesar de enxergá-los e criticá-los. Nesse aspecto, dizem Maia e Osório (2004, p. 85), tudo é uma questão de implicação, pois, não fazer escolhas, deixar-se levar pelos acontecimentos, já é ter escolhido.

A questão de falta de espaço físico foi apontada quase de forma unânime pelos profissionais entrevistados. Apesar de já ter havido uma grande reforma nas dependências do ambulatório, a exigüidade de espaço é patente. E isso influi, sobremaneira, na qualidade do atendimento e na satisfação do cuidador e do paciente. As referências a esse respeito:

(SUJEITO 01 – S-01)

Acho que falta espaço para outros atendentes profissionais. Ficam os médicos esperando outro médico sair, com os prontuários na mão.

O espaço? É apertado sim. É apertado pra muita gente que entra. É paciente, enfermeira, estagiário, outro funcionário que vem deixar o prontuário. Espaço é apertado. Por enquanto está dando... Eu acho muito apertado.

(SUJEITO 02 – S-02)

O espaço físico deveria ser pelo menos o dobro.

(SUJEITO 03 – S-03)

É bom. Poderia ser melhor.

(SUJEITO 04 – S-04)

Precário. Insuficiente.

(SUJEITO 05 – S-05)

Muito pequeno. Aqui a procura é crescente. Não tem espaço para todo mundo. A gente está afogada, sem espaço.

(SUJEITO 06 – S-06)

O espaço é pequeno. Muito pequeno. Falta sala. Falta espaço. Tem muita gente e pouco espaço. Aqui se atende mais ou menos 100 a 150 pacientes por dia. Às vezes os médicos ficam em pé esperando para atender, porque não tem sala.

5.6.1 Sobre o não ter a oportunidade de atender e acompanhar os pacientes, no seu processo evolutivo.

(SUJEITO 04 – S-04)

A gente prepara o momento da pessoa realizar o exame e depois para receber o resultado. Dá o suporte. É muito especial este momento. Quando tem oportunidade de participar de todo o processo, é muito melhor. Às vezes não dá (é uma pena!).

O profissional caracteriza o sentimento de perda da oportunidade de acompanhar a evolução ou poder estar atuando, quando necessário, no apoio e reforço ao paciente que iniciou o tratamento com ele. Lamenta-se, também, não poder fortalecer com a continuidade do atendimento os elos e vínculos construídos entre ele e o paciente. Ao invés disso, assiste e sente o pesar e a perda, sem nada poder fazer.

Para evitar isso haveria a solução de reformatar o processo e a organização do trabalho da equipe, garantindo a continuidade do atendimento com marcação de consultas antecipadamente, por exemplo.

5.6.2 Sobre o não exercício de outras atividades consideradas prioritárias pelos profissionais do SAE.

Dificuldades são apontadas no desempenho das funções exercidas no SAE quanto a não estimulação por parte da gerência para o exercício de outras atividades que não o aconselhamento, que é a principal tarefa de alguns dos entrevistados. Como toma boa parte do tempo dos profissionais e muitas vezes não atinge seu público-alvo – os soropositivos -, questiona-se sobre a validade de permanecer como tarefa prioritária. Como exemplo foi citado o atendimento de pessoas que fizeram sexo inseguro, temem ter sido contagiadas e que solicitam uma “terapêutica de emergência”.

Uma atividade almejada por alguns é a composição e desenvolvimento de grupos psicoterápicos com pacientes HIV/Aids. Tal medida seria de bom alvitre visando atender à demanda reprimida existente entre os soropositivos cadastrados e acompanhados pelo SAE. Atualmente a terapia individual é feita em escala reduzida, pelo pouco tempo disponível e a inexistência de um ambiente respeitoso à privacidade e individualidade do paciente em situação de terapia, como relatado no item 4.5.1.

Outra atividade a ser expandida é o grupo de cuidadores de crianças soropositivas. Na data do 3º. Encontro do Grupo Focal, os facilitadores empenhavam-se em manter o desenvolvimento de um grupo que se encontrava em crescimento quanto à interação, número de participantes e interesse, após 4 reuniões realizadas.

Nesse mesmo Encontro (o 3º.) foi registrado o lamento e ao mesmo tempo a esperança de mudança na organização do trabalho da equipe, quando o participante comentou, por escrito, em seu desenho (vide Ilustração 2) – Meu trabalho no HSJ:

Estou buscando, buscando um caminho. Uma oportunidade de realizar um trabalho integrado, com focos definidos, de qualidade, de encontro. Muitas, muitas vezes me perco nos muros que se erguem, nas dificuldades. Continuo tentando, tentando...

Tais declarações mostram a persistência e o comportamento resiliente desse cuidador quanto ao espaço para criação, desenvolvimento e realização profissional em que atua.

Evidenciam também um potencial de concretização de mudança represado que deveria ser estimulado para o benefício de toda a equipe, da instituição e dos clientes atendidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto, hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver.

Dalai Lama

6.1 CONCLUSÕES SOBRE OS PRESSUPOSTOS

Na seqüência, resgata-se cada um dos pressupostos construídos, comenta-se brevemente a realidade encontrada no campo pesquisado, cita-se os dados mais significativos coletados sobre o conteúdo inicialmente inferido e, ao final, conclui-se sobre sua confirmação ou não.

Pressuposto “1” - Os profissionais de saúde que atuam com PVHA acreditam que são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes específicas e inerentes ao “mundo da Aids”, diferentemente do que ocorre no atendimento a pacientes com outros tipos de doenças.

Tendo em vista o baixo número de coincidências (vide quadro 7) sobre as competências: conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais que atuam com HIV/Aids, este pressuposto não foi confirmado de maneira significativa.

O cenário tende à discussão da visão múltipla da equipe entrevistada e mostra que estes trabalhadores da saúde não construiriam da mesma forma o perfil de competências do profissional de saúde que atua com HIV/Aids no ambulatório do HSJ. Tal fato denuncia uma visão heterogênea dos participantes da pesquisa, quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática do seu trabalho e forma individualizada de atendimento do paciente. Resta refletir sobre os efeitos desse comportamento na eficácia e qualidade dos serviços oferecidos. Ademais, se o tempo é um fator preocupante na demanda crescente de atendimento do SAE do HSJ, procedimentos padrões seriam recomendáveis com vistas ao saneamento de etapas repetitivas hoje praticadas e duplicidade de esforços.

Por outro lado, mostra que a diversidade de olhares impera na equipe e que isso

pode, também, favorecer atendimentos do cliente do hospital de maneira não padronizada, individualizada e pouco institucionalizada. Aqui pairam as questões: Qual seria a opção da instituição (todos que a compõem)? Trabalhar com padrões diversificados ou uniformes? Em quais referenciais de atendimento? Cabe, ou não, um realinhamento dos procedimentos atuais considerando os objetivos a serem atingidos pela instituição.

O pressuposto “1” não foi confirmado.

Pressuposto “2” - Experimentam afetos diferenciados (vinculação, angústia, tensão, ambivalência, prazer, sofrimento).

O desgaste referenciado por Dejours (1994) como desestruturante da saúde mental do trabalhador da saúde, como fonte de distúrbios psíquicos, pode ser observado e vivenciado no grupo estudado. Há o atingimento do equilíbrio emocional do cuidador no que tange ao complexo entendimento do desgaste profissional que vivencia, do *burnout*, acompanhado de inúmeros sintomas adjacentes como desmotivação, cansaço, redução da produtividade e da qualidade do atendimento, do prazer da ação laboral.

Há o que se preocupar quanto às condições de trabalho no SAE do hospital. Indica-se um estudo mais profundo nesse prisma, visando medidas profiláticas, de reeducação laboral ou semelhante, melhora da qualidade de vida do profissional, montagem de estratégias para enfrentamento dos sintomas do *burnout* outras medidas e providências, utilizando-se como referencial a aprendizagem da própria equipe de saúde.

O pressuposto “2” foi confirmado.

Pressuposto “3” - Vêm como frágeis os nexos institucionais ao seu trabalho.

Os dados coletados remetem a certa ambigüidade nas declarações e percepções dos profissionais envolvidos nessa pesquisa. Ao tempo em que revelam apreciação e fortes vínculos com a instituição, demonstrando admirar o HSJ e se orgulhar do que fazem, apontam insatisfações quanto à forma de organização do trabalho, de controle das tarefas e assiduidade, estilo de gestão que impera e outros aspectos similares.

O pressuposto “3” foi parcialmente confirmado.

Pressuposto “4” - Percebem-se como estigmatizados pela modalidade de trabalho que exercem.

Dentre os dez entrevistados, nove referiram-se a estigmas dos quais foram - no início do seu trabalho no HSJ - ou ainda são alvo. De forma geral, a ocorrência de situações estigmatizadoras era mais freqüente e significativa no passado e atualmente é mais rara, ou mesmo transformou-se em elogios, reforço social positivo ou parabenização.

O pressuposto “4” foi confirmado.

Pressuposto “5” - Pensam que existem pontos de entrave e favorecimento nesse trabalho.

A grande maioria da população pesquisada tendeu a evidenciar mais pontos de entrave do que fatores de favorecimento nesse trabalho. Conclui-se que mesmo gostando do que fazem e onde fazem (HSJ) os profissionais têm visão e consciência das dificuldades que comumente experienciam.

Resumidamente, constituem os principais problemas apontados pelos entrevistados:

- a) Há um eterno imprevisto de espaço, de manobras com o tempo de consulta, com a demanda excessiva de pacientes e o número reduzido de profissionais plantonistas. As adversidades desse tipo reinam no SAE. É o dia-a-dia deles;
- b) Não há o hábito, nem tempo previsto para reuniões, discussões técnicas e estudos de caso entre os profissionais. Alguns, que se interessam, conseguem dispor de raros momentos para troca de experiências de trabalho e alinhamento de condução de procedimentos sobre pacientes;
- c) Os plantões são longos, intensos e demandam tarefas difíceis, delicadas, complexas e exaustivas, que exigem habilidades relacionais, atualização técnica, assistência ao cuidador, que não ocorrem com a freqüência e coerentes às necessidades;

- d) Quase sempre são interrompidos nos consultórios, que na maioria das vezes permanecem destrancados, por pessoas que desejam entrar ou ser atendidos o que interfere sobremaneira na privacidade e qualidade dos atendimentos; e
- e) Há um potencial represado de habilidades e competências dos membros da equipe pesquisada, face o peso e rigidez das tarefas hoje exercidas, que não favorecem a mudança, crescimento, enriquecimento de atividades profícuas e realizadoras, que viriam a ampliar os benefícios e a qualidade dos atendimentos hoje realizados.

O pressuposto “5” foi confirmado.

Pressuposto “6” – Carecem de conexões entre a visão de gestão estratégica e as práticas da equipe.

Pôde-se obter durante a pesquisa diversos indícios e depoimentos que clarificavam a inexistência de conexões entre a gestão estratégica, organização e práticas de trabalho da equipe estudada. Desde a composição da equipe, à utilização adequada de seu potencial, treinamento e desenvolvimento de perfis de habilidades e competências individuais, as quais não são transparentes nem podem ser conectadas às competências essenciais (da organização).

De forma geral aponta-se como organizada de forma pouco estruturada a divisão de trabalho dos componentes da equipe de saúde do SAE, pois mesmo havendo a marcação de consultas há a improvisação de atendimentos não programados, um alto número de pacientes a serem consultados, aconselhados e orientados nos intensos plantões e a não utilização do real potencial criativo e qualificado de todos os cuidadores.

O trabalho em equipe não é incentivado, a interdisciplinaridade inexistente, a diversidade de saberes e flexibilidade para mudanças pouco explorados.

Afora isso, a equipe possui reduzida ou nenhuma autonomia para solução de aspectos administrativos, maleabilidade ou flexibilidade de horários, o que influencia sobremaneira nos aspectos produtivos e de realização profissional dificultando, em conseqüência, o avanço organizacional em prol do atingimento de suas metas.

O pressuposto “6” foi confirmado.

Em resumo, consta do Quadro a seguir os resultados obtidos quanto à confirmação ou não dos pressupostos formulados:

Pressuposto	Resultado Obtido
1	Não confirmado
2	Confirmado
3	Parcialmente confirmado
4	Confirmado
5	Confirmado
6	Confirmado

Quadro 10 - Resultado Obtido, por Pressuposto

Fonte: Entrevistas e Grupos Focais realizados pela autora.

Concluindo, responde-se à pergunta inicial que constitui a problemática desse estudo científico - *Quais os significados e afetações atribuídos ao seu trabalho pelos profissionais de saúde que assistem PVHA?* – com base na confirmação dos pressupostos 2 e 4. Considerando que os principais significados e afetações dizem respeito ao irrefutável envolvimento psicológico dos cuidadores, pois continuamente “experimentam afetos diferenciados (vinculação, angústia, tensão, ambivalência, prazer, sofrimento)” e “percebem-se como estigmatizados pela modalidade de trabalho que exercem”, constituindo assim um grupo social diferenciado, visto pela sociedade de forma preconceituosa, seja negativa ou positivamente. Construindo tal panorama, não há como refutar o conseqüente sofrimento desses seres que ao mesmo tempo cuidam e descuidam-se, justificando e requerendo, cuidados para si.

O item 6.2, a seguir, descortina recomendações diversas, de cunho administrativo, de gestão e técnico-operacional, a serem analisadas e verificadas pelos atores institucionais no que tange à sua adequação ao momento da organização.

6.2 COMENTÁRIOS E RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista que o HSJ é uma instituição pública sujeita às normas legais que orientam os processos de captação e seleção de profissionais para ocupação das vagas existentes e que é real de necessidade em transformar os procedimentos tradicionais nesse campo

acompanhando as inovações inerentes à prática, recomendamos a substituição da descrição de tarefas específicas que compõem o tradicional plano de cargos e salários, pela montagem de perfis de competências dos profissionais, alicerçados em “indicação de atividades mais genéricas e ações voltadas para o atingimento de resultados” (ALMEIDA, 2004).

A construção dos perfis realizados com base em observações, entrevistas com gerentes e ocupantes das diversas funções e observação dos profissionais que atuam nos diversos postos de trabalho poderá vir a subsidiar a contento a construção dos novos perfis que constituirão as ferramentas básicas para os novos procedimentos de captação e locação de talentos.

Um ponto que ficou notório na pesquisa foi que o grupo estudado – profissionais de saúde que atuam com HIV/Aids no SAE ou Ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas - constitui uma equipe multidisciplinar e não interdisciplinar.

Para atender os anseios da equipe de saúde foco do estudo tornando-a interdisciplinar e até transdisciplinar, valorizando-se e respeitando a diversidade existente, recomenda-se um trabalho de desenvolvimento de equipe (DE) nos moldes indicados por Moscovici (1999, p. 15), citado no item 3.2.5.

A recomendação aqui formulada englobaria pontos como a integração, a análise da eficiência do grupo pelo próprio grupo, emersão de conflitos interpessoais, conscientização do crescer na troca e diversidade de saberes, lucros no investimento na sinergia grupal e outros aspectos que porventura fossem detectados nesse prisma. Ressalta-se que se trata de uma educação continuada e que uma atividade isolada e esparsa não alcança os resultados esperados.

Para que o HSJ possa crescer e vir a atender plenamente à demanda de seus serviços com eficácia e eficiência, propiciando qualidade de vida aos que lá atuam, reforça-se a necessidade de implantação da administração estratégica de recursos humanos, a iniciar-se por um planejamento formal e a definição de competências essenciais (da organização).

O método didaticamente indicado por Trasatti e Costa (1999, p. 22-26) poderia ser desenvolvido por uma consultoria em conjunto com a área de Gestão de Pessoas do hospital.

Ancora-se aqui aos autores citados no item 3.5 - Fischer (2002, p. 12-13); Trasatti e Costa (1999, p. 16-17); Ulrich (1998, p. 293 e 2000, p. 35); Murofuse; Abranches; Napoleão (2005), aglutinando seus enfoques que marcam a importância do comportamento humano, a preocupação em gerir pessoas, onde os resultados alcançados são traduzidos em oportunidades que a empresa oferece a elas e que respostas claras devem ser dadas continuamente às perguntas: o que se espera de mim? Como estou indo? O que preciso mudar, como e para quê? O que precisamos saber que não sabemos? Como descobriremos? Como partilharemos esses conhecimentos com os demais? E que a excelência organizacional é alcançada através da ênfase no aprendizado e na qualidade do trabalho em equipe. Através da nomeação de um sofrimento vivido surgem possibilidades para lidar com os sentimentos e, a partir de um melhor entendimento, enfrentá-lo, sabendo dos seus limites e das suas possibilidades.

Sendo assim, avanços são necessários na organização pesquisada, quanto os aspectos atinentes à gestão estratégica de pessoas. Há de existir um alinhamento entre os planos e estratégias da instituição hospitalar, às competências essenciais (da organização) e às competências individuais.

Além disso, as expectativas dos colaboradores e parceiros deverão estar afinadas às da instituição. Os olhares necessitam mirar na mesma direção. Tal sintonia influenciará diretamente na retenção e no desenvolvimento de seus talentos, fortalecerá os vínculos e favorecerá significativamente a realização pessoal e profissional de todos que dela participam.

Essa modalidade de atuação viria ao encontro da necessidade de compatibilizar desempenho com objetivos organizacionais exigindo do empregado competências que iriam além da execução de tarefas. Isso faria com que a instituição hospitalar buscasse incentivar a capacidade de aprender e reaprender do seu corpo funcional.

Sobre incentivos porventura a serem adotados, sugestões embrionárias podem ser formuladas como pagamento por desempenho, que no caso do HSJ não poderá ser pecuniário, uma vez que não tem autonomia para modificação da folha de pagamento com verbas governamentais. Há, no entanto, a possibilidade de gerir administrativamente dias, horas, esquemas de afastamento por mérito, negociado e compromissado em equipe, conscientizado pelo atendimento a padrões de desempenho construídos e considerados ótimo pelos participantes. Como por exemplo, índices colhidos com base em avaliação dos pacientes sobre os atendimentos

havidos em determinado período de acompanhamento. Necessário estabelecer quais resultados são desejáveis, em quanto tempo, assim como os padrões referenciais de qualidade e quantidade.

Por outro lado, no que diz respeito à síndrome de *burnout* e à qualidade de vida no trabalho - referidos nos itens 3.3 e 3.4 através dos autores Codo e Vasques-Menezes (1999) Vasques-Menezes (2002); Benevides-Pereira (2002); Limongi-França e Arellano (2002); Limongi-França e Rodrigues (2002); WHOQOL (1998); Pilatti; Bejarano (2005); Rosa; Pilatti (2006); Maslach e Leiter (1999) – vários dos aspectos por eles citados estão presentes à realidade do SAE do HSJ. Faz-se mister atuar em prol de sua amenização ou extinção, enquanto fatores de sofrimento em decorrência do desgaste físico e emocional no trato com os sujeitos objetos de suas preocupações.

Indicam-se ações visando a criação de soluções e estímulo ao saneamento de situações dificultadoras ou impeditivas da satisfação nas práticas laborais desses profissionais da saúde. Adiante, comentam-se os aspectos que justificam tais medidas.

A realidade de trabalho vivida naquele ambulatório, apesar de ser, em muitos aspectos, estressante e desgastante é mantida pela própria equipe, na medida que tende a aceitar e se adaptar às “intempéries”, convivendo com aspectos negativos de peso, sem modificá-los, apesar de enxergá-los, ter consciência deles e criticá-los.

Esse estudo vem se juntar a toda essa realidade, constituindo uma fenda para que colocações, reflexões e atos aconteçam. Os principais empecilhos remetem a uma reflexão da instituição, da direção e dos profissionais de saúde quanto a real decisão em agirem em prol de uma intervenção em si próprios e na organização do seu trabalho, sobre os aspectos que influem diretamente na qualidade e excelência dos serviços oferecidos e na sua satisfação pessoal e profissional.

Como no estudo de Lucca e Schmidt (2004) também essa pesquisa pôde mostrar a contribuição e importância do Psicodrama como instrumento de diagnóstico para as questões relacionadas à qualidade, satisfação e condições de trabalho. A pesquisadora alia-se àqueles autores como testemunha da eficácia do método psicodramático no estudo das relações e na promoção do espaço de fala, escuta, desenvolvimento da percepção de si e do outro, como de

reflexões sobre o cotidiano de trabalho, suscitando idéias para melhoria dos aspectos negativos identificados.

Embora tenha havido um reduzido número de encontros, as avaliações obtidas sinalizaram para aspectos positivos que podem ser alcançados com programações abrangentes (de conteúdos e pessoas) e, quem sabe, contínua para o tratamento da gama de variáveis relacionais esboçadas e que precisam ser enfrentadas.

Apesar das dificuldades e barreiras encontradas para realização dos encontros dos grupos focais, o que se prevê que possa se repetir, ainda se faz indicada a realização de terapêuticas psicológicas e de gestão com a equipe de saúde que atua no SAE do HSJ, por se ter identificado a importância de cuidar desses cuidadores como já concluído no item 6.2.

Enfatiza-se a necessidade de se estudar e avaliar o horário de desenvolvimento dessas atividades terapêuticas, uma vez que ficou patente a indisponibilidade dos profissionais durante os horários de plantão, para que não haja interferência dos compromissos de trabalho e prejuízo no andamento e desenvolvimento das terapias.

Indica-se a criação de grupos de auto-ajuda compostos pelos profissionais de saúde da equipe do ambulatório, com vistas a desenvolver estratégias para enfrentamento do *burnout*. Com vistas a reduzir os custos financeiros, os grupos poderiam ser autogeridos. Isto é, não contar com a presença de um facilitador e sim eleger entre os próprios integrantes, caso sintam-se à vontade para fazê-lo, qual seria o condutor, a cada encontro. Ressalta-se que o indispensável é que se trate o aspecto relacional e da organização do trabalho dessas pessoas.

Estudos posteriores são vislumbrados para se conhecer mais profundamente quais os motivos que levam os indivíduos a cooperar para o atingimento dos objetivos dessa ou de outra organização hospitalar com características similares. Indagações dessa ordem persistem e pairam no ar, como por exemplo: O que move o profissional a dar o melhor de si apesar de lidar com tantas barreiras e sofrimentos no seu trabalho? O que os manterá assim? A satisfação profissional como principal “aliciador”?

Aqui fica o desafio: encontrar saídas através de discussões freqüentes, intensas e permanentes em busca do cuidado ao cuidador, que cuida do outro e cuida de si, e da sua qua-

lidade de vida, privilegiando as suas experiências diante da organização do trabalho que vivencia. Uma postura de ação, atuação, intervenção e decisão para mudança e redução dos danos vivenciados. Há necessidade de articular movimentos, articular pautas e atos que venham transformar continuamente a realidade. Não há porque apropriar-se desse conhecimento ou reclamar da condição vivenciada sem atuar em prol de sua modificação. É preciso ter a dimensão das atitudes individuais nas posturas coletivas da comunidade hospitalar, dos municípios, dos estados, da federação em âmbito nacional e até internacional. Lutar por espaços de acesso às esferas de participação, interlocutar com as instâncias decisórias. Os reflexos e referências advêm dos pequenos espaços e tomam grandes proporções. É preciso ter a consciência do poder da mudança, pelos atos, e o da inércia, pela omissão e submissão.

Construindo-se sujeito do trabalho, desde a formulação do planejamento, formatação de objetivos e metas, controle, cronograma e avaliação de resultados, esse indivíduo obterá o caminho à parada dos estressores e seus sofrimentos. A educação permanente será o elo para elaboração subjetiva, clarificação, conscientização e controle do estresse, tornando a ocupação laboral um processo humano de trabalho e não só um processo produtivo. O paradoxo produzir e viver bem precisa encontrar saída. A auto-gestão, a gestão participativa, a co-gestão, enfim formas reflexivas, conscientes e responsáveis quanto à qualidade de vida no trabalho, envolvendo tecnologias, aprendizado coletivo e capacidade de compartilhar.

Destaca-se que qualquer intervenção que venha a ser procedida na organização e forma de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no SAE HIV/Aids do HSJ seja feita de forma a respeitar os aspectos históricos de sua formação e trajetória, assim como as concepções dos funcionários, a realidade sócio-histórica desse grupo, que vem se formando, desinformando e deformando ao longo de todos esses anos, resultado de progressos e regressos de abordagens e contingências experimentadas.

Por tudo que foi presenciado, estudado e analisado não há como deixar de reconhecer que a Aids constitui uma das grandes e graves doenças da contemporaneidade. Seu vínculo com a educação do povo é eminente e nunca poderá ser ignorado. Se não há mais grupo de risco focalizado e qualquer pessoa pode vir a contrair o vírus, a informação educativa é, de longe, a melhor prevenção. Ainda se depara com políticas públicas precárias e na singularidade do povo brasileiro isso toma proporções incontroláveis. Tudo o que possa ser feito, o mais mínimo possível, será válido.

Os dados apreendidos nesse estudo permitiram iniciar-se o processo de compreensão dos significados das práticas de trabalho construídos pelos profissionais de saúde que cuidam de PVHA. A experiência foi carregada de sentimentos e emoções, enfatizando-se o envolvimento irrefutável frente a imensa tarefa de cuidar de soropositivos. Tarefa que também é aprazível e empolgante à pesquisadora que prosseguirá na busca de respostas através de estudos futuros, de ações e projetos voltados à minimizar o sofrimento desse ser humano trabalhador.

A autora avalia o resultado desse processo como construtivo e organizador favorecendo a emersão de sentimentos de satisfação e realização quanto a tudo que foi estudado, compreendido e introjetado. No percurso de 2 anos tão aceleradamente transcorrido, por ser pouco para o que se queria fazer, mas entendendo-se e aceitando-se que a criação é infinita e inacabável a pesquisadora desse trabalho dá-se por satisfeita, temporariamente.

REFERÊNCIAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Boletim ABIA 53 / Agosto 2005. Disponível em:

http://www.abiaids.org.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/_abia/view.htm?editionsectionid=35&inford=11024&user=reader. Acesso em 15 Jun. 2006.

_____. Boletim ABIA 51 / Agosto 2004. Disponível em:

<http://www.abiaids.org.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm>. Acesso em 15 Jun. 2006.

ABONG-Associação Brasileira de Organizações Não governamentais. Informes ABONG Nº 86 - Abril de 2000 - Série Direitos Humanos. Os portadores de HIV e o resgate da cidadania.

ADERALDO, M. A. D. **A Aids na terceira idade**: uma aproximação do problema. Fortaleza, 2003. 119 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual do CE.

ALBUQUERQUE, L. G. de. A gestão estratégica de pessoas. In: **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. Parte 1. p. 35-49

ALMEIDA, W. **Captação e seleção de talentos**: repensando a teoria e a prática. São Paulo: Atlas, 2004. 183 p.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Novos rumos na psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira, 2002a. 187 p.

_____. **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2002b. 225 p.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicoterapia existencial**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1998a. 103 p.

_____. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998b. Cap. 3. p. 41-60.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. **Grupo focal** – estratégica metodológica qualitativa: um ensaio teórico. Disponível em:

<http://www.google.com/search?q=cache:0al4kywuAVYJ:calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewPDFInterstitial/1700/1408+Grupo+focal+como+uma+estrat%C3%A9gia+para+coletar+dados+de+pesquisa+em+enfermagem&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=3>. Acesso em 01 Jul. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Portugal: Edições 70, 2004. 229 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.) **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 279 p.

_____ ; MORENO-JIMÉNEZ, B. O *Burnout* em um grupo de psicólogos brasileiros. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.) **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. cap. 6. p. 157-183.

BERMÚDEZ, J. G. R. **Introdução ao psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou, 1977.

BIBLIOTECA VIRTUAL BIREME/OPAS/OMS. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em 04 Abr. 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, ano 15, n. 1, 2002.

BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 19 de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. *Mundo Saúde*, 1996; 21 p. 52-61

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Revisão da Definição Nacional de Casos de Aids em Adultos. Brasília, 1992. 12 p.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 6. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jul./set. 1999, vol.15, no.3 p.647-654. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso em 27 Jun. 2006.

CARNEIRO, H. F. **Aids**: a nova desrazão da humanidade. São Paulo: Escuta, 2000. 151 p.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. Educar, educador. In: **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. Brasília: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. 434 p. Cap. 1

CRMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de SP. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=540>>. Acesso em 4 Set. 2005.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. Tradução Ideli Domingues. Título original: *Equilibre ou fatigue par le travail?* Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1980. In: **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Coord. Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1994.

DORTA, C. B. **Sobre la muerte y los moribundos**. Disponível em: <http://www.fisterra.com/human/1libros/cbd/sobre_la_muerte.asp>. Acesso em 23 Jul. 2006.

DUTRA, J. de S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004. 206 p.

Encyclopædia Britannica from Encyclopædia Britannica Premium Service Disponível em: <<http://www.britannica.com/eb/article-9004173>>. Acesso em 4 Set. 2005.

Ética Hospitalar. Programa Terceiro Milênio. Coleção Ética 4. São Paulo: Loyola Multimídia, [1990]. (década provável). 1 fita de vídeo VHS/NTSC (20 min)

FELICIANO, K. V. de O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o *burnout*. In: **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.5 no.3 Recife July/Sept. 2005. p. 319-328

FERRAZ, F. **Cuidar-educando em enfermagem**: passaporte para aprender/educar/cuidar em saúde. In: Revista Brasileira de Enfermagem-REBen. v.58, no.5. set-out, 2005. p.607-610

FERREIRA, C. V. de Lima. **Aids e exclusão social**: um estudo clínico com pacientes com o HIV. São Paulo: Lemos Editorial, 2003. 318. p.

FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores**: integrando teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 284 p.

FISCHER, A. L Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas. In: **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. p. 11-34

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 37, n. 6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 Out. 2006.

GIL, A. C. **Gestão de pessoas**: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2001. 307 p.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOI, A. F. de. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo. São Paulo: Ícone, 2004. 167 p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades: uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em ciências sociais. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, v.35, n. 2, mar/abr. 1995. p. 57-63

GONZÁLEZ-REY, F. L. La subjetividad: su significación para la ciencia psicológica. In: FURTADO, O.; GONZÁLEZ REY, F. L. (Org.) **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 105 p.

_____. **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Thomson, 2003.

GOSPEL, H. **Quality of working life**: a review on changes in work organization, conditions of employment and work-life arrangements. Disponível em: <http://209.85.165.104/search?q=cache:IKI2U0pTCRwJ:www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/1cws.pdf+%22quality+of+working+life%22&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=2#18>. Acesso em 22 Out. 2006.

GRAMIGNA, M. R. **Árvore das competências do trabalho em equipe**. Publicado em 30.07.2002. Disponível em: http://carreiras.empregos.com.br/comunidades/rh/fique_por_dentro/050902-rh_arvores_competencias.shtm. em 19 Jun.2006.

_____. **Gestão por competências**: uma nova opção para tornar as empresas mais competitivas. Publicado em 13.03.2000. Disponível em: <http://www.rh.com.br/ler.php?cod=1640&org=6>>. Acesso em 07 Jan. 2005.

_____. **Modelo de competências e gestão de talentos**. 3 ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

GRANDE DICIONÁRIO DE ENFERMAGEM ATUAL. 3. ed. Coord. Francisco Mario Viceconti Costa. Rio de Janeiro: **Revista Editorial Ltda** e R.B.E. Editorial Ltda, 2005.

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA-GIV. Disponível em: <http://www.giv.org.br/dstaid.shtm>. Acesso em 01 Jul. 2006.

GRUPO WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), 1998. FAMED - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/HCPA. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>. Acesso em 19 Set. 2005.

HOLANDA, A. B. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [1986?].

HOSPITAL SÃO JOSÉ, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NUHEP. Informativo NUHEP/HSJ. Ano I – Número 1. 15 Fev.2006

JORNAL O POVO. Disponível em: <http://www.opovo.com.br>. Acesso em 08 de Out. 2006.

KÜBLER-ROSS. Atitudes diante da morte e do morrer. In: KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1981. Cap. II. p. 23-48

_____. **O túnel e a luz:** reflexões essenciais sobre a vida e a morte. Tradução Magda França Lopes. São Paulo: Verus Editora, 2003. 218 p.

_____. **Sobre a morte e o morrer.** 3. ed. Tradução Paulo Menezes. Título original: On death and dying. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 290. p.

_____; KESSLER, D. **Os segredos da vida.** 3. ed. Tradução Cláudia Gerpe Duarte. Rio de Janeiro: Sextante, 2004. 218 p.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; ARELLANO, E. B. Qualidade de vida no trabalho. In: Vários autores. **As pessoas na organização.** São Paulo: Gente, 2002. p. 295-306

_____; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho:** uma abordagem psicossomática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, A. M. C.; SÁ, L. D. de; VILLA, C. S. Crescendo na diversidade: qualidade de vida e saúde. In: **Anais do 52 CBEN – Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Pernambuco: ABEn, 2000. p 121-132

LUCCA, S. R. de; SCHMIDT, M. L. G. Psicodrama: uma abordagem metodológica qualitativa para o estudo da saúde do trabalhador. **Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología** n.2 Ago. 2004. Disponível em: <<http://www.psicolatina.org/Dos/psicodrama.html> >. Acesso em 7 Jul. 2006.

MAIA, M. A. B.; OSÓRIO, C. **Trabalho em saúde em tempos de biopoder.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, 2004. 56 (1-2), p. 81-92. Disponível em:<http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/include/getdoc.php?id=279&article=36&mode=pdf>

MALAGON-LONDOÑO, G. ; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração hospitalar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editorial Médica Panamericana, 2000. 476 p.

MALDAVSKY, D. **Processos e estruturas vinculares:** mecanismos erogeneidade e lógicas. Trad. Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTIN, L.; BALDESSIN, A. **Conviver com a aids:** subsídios para o doente, sua família e grupos de apoio. São Paulo: Santuário, 1990.

MARTINELLI, M. L. Uma abordagem educacional. In: MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES ON, M. L.; MUCHAIL, S. T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 139-151.

_____ ; RODRIGUES ON, M. L.; MUCHAIL, S. T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MASLACH C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Trad. Mônica Saddy Martins. São Paulo: Papirus, 1999. 239 p.

MATOS, E.; GONÇALVES, J. R.; RAMOS, F. R. S. **A epistemologia de Ludwick Fleck**: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. Rev. Texto Contexto em Enfermagem, no. 13. Jul-Set, 2005. p. 383-390

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MERRIEN-WEBSTER ON LINE. Disponível em: <http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary?book=Dictionary&va=HIV&x=17&y=17>. Acesso em 15 Set. 2005.

MINAYO, M. C. de. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80 p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças relacionadas com trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2005.

_____. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático de DST e Aids. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2006.

MONTEIRO, R. F. **Jogos dramáticos**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980. 91 p.

MOREIRA, D. A. A natureza da pesquisa qualitativa. In: **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Tomson, 2002. Cap. 4. p. 43-57

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975.

MORERA, R. G. Eficiência de gestão. In: MALAGON-LONDOÑO, G. ; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editorial Médica Panamericana, 2000. p. 439-443.

MORGADO, A.; LOVISI G. **Aids**: hipótese do excesso “aidético” sobre seus distúrbios emocionais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul/set, 1991. p. 426-429.

MORIN, E. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 3. ed. Rev. Amp. Rio de Janeiro: LTC, 1985. 217 p.

_____. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 5. ed. rio de Janeiro: José Olympio, 1999. 240 p.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem. In: **Rev. Latino-americana de Enfermagem** 13(2), março-abril, São Paulo: USP, 2005. p. 255-261.

NERI, A. A. (org). **Gestão de rh por competências e a empregabilidade**. Campinas: Papi-rus, 1999.

NOOLHAR. Disponível em:
<http://www.noolhar.com/opovo/colunas/drauziovarela/586281.html>. Acesso em 26 Abr. 2006.

OLIVEIRA, H. C. **O grupo como estratégia de sobrevivência**: configurações vinculares de crianças na favela. 427 f. Campinas, 2000. Tese de doutorado em Ciências Médicas, UNI-CAMP.

PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M; MATUMOTO, S; MISHIMA, S. M. Colectando da-tos em grupo. In: **Revista Panamericana de Enfermería**. Federación Panamericana de Pro-fesionales de Enfermería - V.2, n. 1, enero/junio, 2004. p. 27-45.

PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A.; GUTIEREZ, G. L.; VILARTA, R. (Org.). **Gestão da qua-lidade de vida na empresa**. Campinas: IPES, 2005. p. 85-104.

PIRES NETO, R. J. **Análise do teste de resistência genotípica do HIV-1 como método au-xiliar na terapia anti-retroviral de resgate em condições reais de assistência**. 2006, 117 p. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade se São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

RABAGLIO, M. O. **Seleção por competências**. 4.ed. São Paulo: Educador, 2001. 126 p.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. (2002). **Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem**. International Journal of Qualitative Methods 1 (2), Article 5. Disponível em:
<http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/ressel.pdf>. Acesso em 10 Ago. 2005.

REVISTA ÉPOCA. Edição 422 - 15/06/2006. Disponível em:
<<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG74518-5990-422,00.html>>. Acesso em 25 Jun. 2006.

ROSA, M. A. S.; PILATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho e a legislação pertinente. **In: Revista Digital** - Buenos Aires - Ano 10 - nº 93 – Fev. 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em 03 Abr. 2006.

SABER VIVER: uma revista para quem vive com o vírus da Aids. Ano 6 no. 35 JAN/FAV/MAR, Rio de Janeiro: MCE, 2006.

SAÚDE MENTAL E AIDS: a incidência da subjetividade I. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/c-geral/saudem1.html>>. Acesso em 05 Ago. 2005.

_____ : a incidência da subjetividade II. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/c-geral/saudem2.html>>. Acesso em 05 Ago. 2005.

SEBASTIANI, R. W. A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: ANGERAMI-CAMON, W. A. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998. Cap. 2. p.31 a 39.

SECRETARIA DA SAÚDE ESTADO CE-SESA. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/internet/>>. Acesso em 05 Ago. 2005.

SEFFNER, F. **Atividade profissional e aids**: Impacto das situações de morte civil e morte anunciada. Parte de dissertação de mestrado para educação, intitulada “O Jeito de Levar a Vida: Trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada”. UFRGS. Disponível em: <<http://www.unilasalle.edu.br/seffner/artigo02.htm>>. Acesso em 29 Jul. 2005.

SOARES, M. A **Aids**. São Paulo: Publifolha (Folha Explica), 2001. 107 p.

SOTO, E. **Comportamento organizacional**: o impacto das emoções. Tradução Técnica Jean Pierre Marras. São Paulo: Pioneira Thomsom, 2005. 313 p.

SOUZA, M. L. R. de. **Os diferentes discursos na instituição hospitalar**. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs23/LaurindaDiscursos.htm>>. Acesso em 27 Jun. 2006.

TANKE, M. L. **Administração de recursos humanos em hospitalidade**. Tradução Roberto Galman. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004. 503 p.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo. São Paulo: Atlas, 2003. 156 p.

TRASATTI, S. R.; COSTA, M. I. Administração de recursos humanos por competências: a gestão do novo contrato entre pessoas e empresas do terceiro milênio. In: NERI, A. A. (Org.). **Gestão de rh por competências e a empregabilidade**. Campinas: Papyrus, 1999.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 685 p.

ULRICH, D. **Os competões de recursos humanos**: inovando para obter os melhores resultados. 9. e. Trad. Cid Knipel. São Paulo: Futura, 1998. 340 p.

_____. **Recursos humanos estratégicos**. Tradução Cristina Bazar. Título originalk Delivering rsource professionals. São Paulo: Futura, 2000. 379 p.

UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update. Disponível em: <http://www.unaids.org>. Acesso em Dez. 2003.

VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. In: JACQUES, M.da G.; CODO, W. (Org.) **Saúde Mental & Trabalho**: leituras. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 193-208.

WENDHAUSEN, A. L. P.; RIVERA, S. **O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem**. Rev. Texto Contexto Enfermagem. Jan-Mar, 2005. p. 111-119.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANELLI, J. C. **Pesquisa qualitativa em estudo sobre gestão de pessoas**. Revista Estudos de Psicologia. v. 7. 2002. p.79-88. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000300009&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt>. Acesso em 23 Jul. 2002.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 267 p.

ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DA EQUIPE DE SAÚDE DO SAE OU AMBULATÓRIO HIV/AIDS DO HSJ

Data: ___/___/___

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Estado civil: _____

Tempo de trabalho: no HSJ: ___anos No Ambulatório HIV/Aids: ___ anos

Formação Educacional: _____ Formação Técnica: _____

Cargo/Função: _____

Atividades desempenhadas atualmente:

II. SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO

1. Conte-me sua história profissional.

2. Para você o que significa trabalhar com PVHA (Pessoas que vivem com HIV/Aids)?

3. Para você, o profissional de saúde que cuida de pessoas com HIV/Aids precisa ter quais competências?

4. Em relação às competências interpessoais o que você identifica como primordial a ser trabalhado? Dê algumas sugestões.

5. Como se sente sendo um trabalhador da saúde no HSJ?

6. O quê você poderia dizer sobre as dificuldades do seu trabalho no HSJ?

7. O quê poderia dizer sobre as facilidades do seu trabalho no HSJ?

8. E se fosse em outro local, o que mudaria para você?

9. Como é o espaço físico que você ocupa para atendimento no seu trabalho com HIV/Aids?

10. Qual o relacionamento que você tem com sua equipe de trabalho?

11. Como é o relacionamento que você tem com os pacientes HIV/Aids?

12. Que sentimentos afloram em você em relação ao seu trabalho?

13. Como vê, pensa e sente que a sociedade em geral, a comunidade, sua família, seus amigos o percebem como profissional da saúde que cuida de soropositivos?

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações Gerais

Este é um convite para sua participação voluntária no projeto de pesquisa “**PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM COM HIV/AIDS: CONSTRUINDO SIGNIFICADOS ACERCA DO TRABALHO**”, a ser desenvolvida pela mestranda **ELOISA VILAS BOAS ROSAS GREGGIO**, como parte do Mestrado em Administração da UFC/FEAAC.

Essa pesquisa tem como objetivo investigar os significados que os profissionais de saúde, que atuam com HIV/Aids, atribuem ao seu trabalho.

O projeto envolverá profissionais do SAE de HIV/Aids do HSJ e constará de dois instrumentos de coleta de dados: uma entrevista semi-estruturada e encontros do grupo focal.

A pesquisa constará da aplicação de entrevistas, que serão conduzidas, lidas, preenchidas e gravadas pela pesquisadora e terão a duração prevista de 50 a 70 minutos, dependendo do seu ritmo e minuciosidade às respostas.

Caso você tenha interesse e disponibilidade poderá participar do grupo focal, a ser formado após as entrevistas, onde serão discutidos alguns temas propostos, à luz da metodologia psicodramática (etapas, instrumentos e técnicas) que será desenvolvido pela pesquisadora que é psicóloga, terapeuta, especialista em Psicodrama, professora e supervisora em curso de formação de Psicodramatista. Estará, portanto, acompanhado por profissional especializado que lhe dará o suporte técnico caso seja necessário.

Sua participação é voluntária e poderá ocorrer somente na entrevista ou nas duas situações (entrevista e grupo focal).

Você estará à vontade para pedir esclarecimento e para se retirar do estudo, em qualquer fase, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização à sua pessoa.

As informações coletadas nas entrevistas e nas discussões em grupo serão confidenciais preservando sua privacidade e de todos os participantes. Serão trabalhadas em grupo, sem nenhuma possibilidade de identificação individual do profissional participante.

Os benefícios potenciais que você pode esperar pela sua participação neste estudo são informações que possam vir a ajudar a entender melhor você, como profissional de saúde que assiste pacientes soropositivos, no sentido da compreensão dos significados acerca do seu trabalho, beneficiando o seu desempenho, a sua realização profissional e o melhor atendimento dos pacientes com tal patologia.

Se você tiver perguntas sobre seus direitos como um participante de pesquisa você poderá falar com o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São José, Dr. Érico Arruda, Coordenador do CEP/HSJ.

Se você entendeu tudo o que está escrito neste termo e quiser participar deste estudo, pediremos que assine e date este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você receberá uma via deste documento, assinado e datado por você.

Fortaleza,

Profissional de saúde

Eloisa Vilas Boas Rosas Greggio

Pesquisadora

eloisa@ceara.net.br

Rod. Ce. 225 Km 18 Casa 4

Tabuba - Caucaia

Telefones: 3318.82.31 e 8899.68.92

Hilda Coutinho de Oliveira

Orientadora

oliveirahilda@bol.com.br

Av. Pe. Antonio Tomás, 3206 Ap. 501

Pq do Cocó - Fortaleza

Tel. 3262.68.75

ANEXO 3 - Caderno de Campo para as Entrevistas

Sujeito 01 (S-01)

Comentários, observações e percepções:

- Espaço da entrevista: consultório de enfermagem no SAE em sala iluminada, refrigerada, silenciosa com uma mesa e 2 cadeiras.
- Já não haviam pacientes a serem atendidos por este profissional na hora da entrevista face já estarmos no final do horário de atendimento normal, no qual se marcam as consultas.
- A entrevistada foi afável ao convite para participação na pesquisa. Sentou-se à mesa e convidou a pesquisadora a sentar-se na cadeira à sua frente. Indagou se havia sido submetido o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP do hospital e se estava “tudo OK”. -
- Assinou, sem relutar, o TCLE.
- Quando formuladas as perguntas constantes do roteiro de entrevista, repetia sempre a pergunta como se estivesse refletindo para dar a resposta.
- Sua verbalização era fácil.
- Foi sentido certo receio quanto às respostas com preocupação quanto à propagação de seu conteúdo. Foi, então, tranquilizada pela entrevistadora a respeito do sigilo em relação aos informes.
- Durante a parte da identificação – inicial do roteiro – já deu várias informações sobre significados e relações no seu trabalho.
- Foi interrompida 2 vezes por chamadas particulares no celular e justificou a necessidade (familiar) de atender.
- Falava em bom tom, com ritmo contínuo sem faltar conteúdo. Demonstrou ficar à vontade na entrevista.
- Mostrava-se com fisionomia séria, às vezes, mas de forma geral era simpática e sorridente.
- Aceitou a participação no grupo focal. Ficou interessada e disse que o horário e dia coadunavam com seus dias de plantão no HSJ.
- O clima da entrevista foi amistoso e agradável, evoluindo com facilidade o diálogo.
- Ao final, sugeriu que viesse entrevistar os colegas em outros horários mais cedo, quando havia mais profissionais atuando (no horário de sua entrevista poucos profissionais permaneciam ainda no SAE). Esta afirmativa demonstrou-nos que estava interessada em que a pesquisa evoluísse.
- Deu sugestões para melhora do relacionamento em equipe:

a) Discutir casos clínicos; estudos de caso.

b) Reunião sistemática de toda equipe (semanal ou quinzenal, de forma comprometida).

c) No grupo focal trabalhar situações críticas que evidenciam falta de contato entre os membros da equipe versus usuários dos serviços ambulatoriais.

- Foi dada a seguinte devolução pela pesquisadora, sobre a qual a entrevistada concordou: Você fala de um passado (época em que começou aqui) e de um presente, distintos. Antes era menor, menos gente, poucos profissionais. Eram mais próximos. Parece que tem saudade... Hoje se sente um pouco menos paciente que outrora. Talvez esteja ficando cansada?

Sujeito 02 (S-02)

Comentários, observações e percepções:

- Espaço da entrevista: consultório de enfermagem no SAE em sala iluminada, refrigerada, silenciosa com uma mesa e 2 cadeiras.
 - Desde o momento em que foi convidada, demonstrou interesse e disponibilidade em ser entrevistada. Procurou logo uma sala para isso.
 - Os profissionais do Ambulatório nem sempre têm sala fixa para seu atendimento. Quando não estão atendendo cedem para outros profissionais fazerem isso. Porque o número de salas é menor que o de profissionais, por plantão. (?!)
 - A entrevista foi interrompida várias vezes. Por 4 pessoas diferentes, sendo que uma delas voltou 3 vezes e fez perguntas, interrompendo a entrevista. E sem pedir licença! Uma pessoa só abriu a porta e olhou. Fechou novamente. As outras 2 pessoas também fizeram que parássemos a entrevista, pois formularam perguntas à psicóloga.
 - A porta fica fechada, mas sem chave porque acham melhor assim. Então, quem está do lado de fora abre a porta e fala o que quer o simplesmente olha (para ver se alguém que procura está na sala). Dizem que se assim não for, a pessoa fica batendo direto e não conseguem nem ouvir o paciente. (?!)
 - A entrevistada tem sotaque mineiro. Denotou ser uma pessoa simples, simpática e colaborativa, embora sucinta em algumas respostas.
 - Percebi que ficou mais à vontade para responder a questão 1, que é mais aberta.
 - Interessou-se, também, em participar do grupo focal.
 - É bem calma. Fala compassado. Parece ser bem paciente. Reagiu sem anormalidades mesmo com tantas interrupções. Lida com isso como se fosse, pra ela, já usual. Não lamentou em nenhum momento o fato. Disse que lá é assim mesmo.
- Ao final da entrevista quando perguntada como foi a entrevista para ela, disse que se sentiu bem à vontade, sem inibições e que a pesquisadora era uma boa entrevistadora.

Sujeito 03 (S-03)

Comentários, observações e percepções:

- Espaço da entrevista: consultório de enfermagem no SAE em sala iluminada, refrigerada, silenciosa com uma mesa e 2 cadeiras.
- Apesar de ter sido um pouco resistente ao primeiro convite do dia, na segunda vez que foi convidada mostrou-se solícita em ser entrevistada.
- Inicialmente emitiu vários “hum-hum” a cada informação sobre a entrevista. Não transparecia ter disponibilidade interior para colaborar com essa pesquisa.
- Nessa entrevista houve apenas uma interrupção.
- Mostrava-se calma, com certo ar de vaidade, balançando os cabelos e com ar sorridente.
- Apesar do sorriso, que denotava simpatia, suas respostas eram sucintas e passou por mim se havia certa resistência à pesquisa.
- Denotou ser muito ocupada. Disse que gostaria de participar do grupo focal, mas não teria disponibilidade, porque ia viajar na data estimada.(?!)

Sujeito 04 (S-04)

Comentários, observações e percepções:

- A entrevistada foi simpática, solícita, cooperativa.
- Como sua formação é em psicologia, como da pesquisadora, ficou à vontade para falar detalhadamente sobre vários aspectos, inclusive éticos, de formação dos profissionais. O diálogo transcorreu muito bem.
- Foi minuciosa nas respostas, fornecendo muitos detalhes.
- Tem uma fala calma e voz meiga.
- No início falou mais, estava despreocupada quanto ao tempo. Depois começamos a ser interrompidas por pessoas que batiam à porta e entravam e ela foi ficando mais preocupada, foi falando menos, dando respostas mais sucintas. Realmente isso interferiu muito.
- Fomos interrompidas 4 vezes por pessoas diferentes (internas e externas à organização).
- Quando comentei o fato disto ter ocorrido em outras entrevistas também, disse que já convive com esta realidade e é melhor ficar com a porta aberta, do que a pessoa batendo do lado de fora da sala ou mesmo forçando a maçaneta para entrar. Tal afirmativa me fez questionar o por que submeter-se a esta condição de trabalho desrespeitosa. (?!)
- Ao final, agradeceu a possibilidade de participar e se interessou em ser convidada para o grupo focal.

Sujeito 05 (S-05)

Comentários, observações e percepções:

- Esta pessoa, logo na minha chegada, foi afável, simpática e me auxiliou a saber, quais os profissionais que estavam de plantão e quais os que eu teria mais sucesso em entrevistar. Meio a todo o seu serviço (era agitada, andava de um lado para outro do ambulatório, falava com os pacientes, médicos, entrava e saía de diversas salas diferentes, executando seu serviço), falava comigo de vez em quando, perguntando quem eu já tinha conversado e me indicava outro para a entrevista. Dessa forma facilitou, em muito meu trabalho.
- A entrevista foi realizada nas dependências do arquivo do SAE, onde ficam as pastas dos prontuários dos pacientes em atendimento (atuais).
- O espaço era diferente dos consultórios. Utilizamos uma mesa que fica dentro da sala do arquivo. Ao nosso lado havia muitas estantes de aço com as pastas suspensas dos prontuários.
- Fomos interrompidos 4 vezes e como outros já entrevistados, não se posicionou de forma a evitar a repetição da ocorrência. Também é acostumado a ser interrompido. Aliás, disse que também interrompe os outros, entrando nos consultórios. Isto é comum e usual no SAE (?!).
- A entrevistada era falante. Meio agitada.
- Denotava precisar falar muito. Transparecia ser ansiosa.
- Utilizou vários minutos da entrevista falando de um procedimento técnico que passou muito tempo sem conseguir executar, mesmo dando todos os seus plantões. Mostrou o quanto esta situação mexeu com ela, por muito tempo e todo o percurso que fez para superar sua deficiência. Precisava falar disso e não consegui interrompê-la. Era como se quisesse aproveitar a entrevista para desabafar e compartilhar o desafio que teve e esta experiência exitosa, na sua carreira profissional. Denotou que esta situação era, foi e ainda é muito importante para ela.
- Num outro momento, com uma determinada pergunta, agiu de forma semelhante. Também compartilhou uma situação delicada de relacionamento no trabalho e como havia se comportado. Parecia querer mostrar sua capacidade de sobrepôr dificuldades e problemas.
- Sugeri telemarketing no atendimento. (!?) Não entendi porque. Quando quis esclarecer disse que era para atender melhor (?!).
- Ao final parabenizou-me pelas perguntas. Disse que gostou da entrevista. Disse “parabéns pela sua pesquisa. Fico feliz em saber que tem pessoas interessadas em conhecer e entender como é trabalhar com pessoas HIV. Gostei muito. Eu agradeço.”

Sujeito 06 (S-06)

Comentários, observações e percepções:

- Como no caso do sujeito 5, a entrevista foi realizada nas dependências do arquivo do SAE, onde ficam as pastas dos prontuários dos pacientes em atendimento (atuais).
- O espaço era diferente dos consultórios. Utilizamos uma mesa que fica dentro da sala do arquivo. Ao nosso lado havia muitas estantes de aço com as pastas suspensas dos prontuários
- A entrevistada mostrava-se tranqüila. Parecia estar bem adaptada ao serviço e feliz com ele. Era risonha, simpática.
- Simples em suas respostas, usava uma linguagem bem comum.
- Desde quando havia começado as entrevistas não tinha me deparado com alguém tão satisfeito.
- Parecia estar bem com o que faz. Gostar muito de seu trabalho. Mostrava-se empolgada, dedicada, com paciência e interesse em ajudar a todos. Ser útil.
- Denotou gostar de aproximação com as pessoas, pacientes e colegas de trabalho.
- Ao final deu o seguinte feedback: Me senti bem, sem nenhuma inibição para falar. Nunca ninguém tinha feito essa entrevista comigo. Sempre é bom falar o que você sente. Foi bom. Gostei. Nem sempre se tem oportunidade de falar. Só em curso, mas é só um pouco e não é sozinha, como aqui. Foi bom.

Sujeito 07 (S-07)

Comentários, observações e percepções:

- Como no caso dos sujeitos 5 e 6 a entrevista foi realizada nas dependências do arquivo do ambulatório, onde ficam as pastas dos prontuários dos pacientes em atendimento (atuais). - A entrevistada era agitada, balançava a cabeça continuamente. Parece ter um cesto.

- Fomos interrompidas 7 vezes. O maior número de interrupções durante todas as entrevistas.

- Da mesma forma que os demais entrevistados, convive com esta realidade, sem reclamar. (?!)

- Apesar de tantas interrupções esta entrevista foi uma das que demorou menos. Aliás, penso que as próprias interrupções eram entendidas como se a entrevistada estivesse “tomando tempo do seu trabalho”. Em alguns momentos perguntou: falta muito?

- Foi uma entrevista conturbada, com pouca disponibilidade por parte da entrevistada, apesar de ter aquiescido em participar, sem colocar restrições. (?!)

- Ao final quando convidada ao grupo focal disse que, a princípio achava que ia dar certo.

Sujeito 08 (S-08)

Comentários, observações e percepções:

- Espaço da entrevista: consultório de odontologia do SAE. Sala iluminada, refrigerada, silenciosa com uma mesa encostada na parede, ao lado da porta de entrada. 2 cadeiras, uma em frente à mesa (entrevistada ocupou) e a outra ao lado da mesa, próxima à porta, onde a pesquisadora ficou, de costas para a porta. Além disso, havia a cadeira, mesa odontológica e acessórios utilizados em um consultório desse tipo. (forno de esterilização, pia com torneira etc).
- Quando convidada para a entrevista disse que estava próximo de seu horário de saída, mas poderia contribuir com suas informações e não se importava em atrasar um pouco sua saída.
- A entrevistada foi atenciosa, solícita, muito educada, risonha, participativa.
- Queixou-se de estar sofrendo dor no braço, na mão. Disse já ter um problema de trabalho (LER) e que já tinha havido outras ocorrências deste tipo com ela.
- Como a entrevista é mestrandada, isso foi um facilitador por toda a entrevista. Mostrou-se interessada, queria saber sobre a pesquisa. Explicou o que ia pesquisar, sua motivação e interesse.
- Revelou claramente em sua fala e expressão fácil que era satisfeita com seu trabalho. Gosta do que faz, apesar de ver que tem restrições de espaço e de maior contato com os outros membros da equipe de saúde.
- Foi uma das entrevistas mais longas realizadas.
- Um único momento que senti sua fala faltar, ou melhor, mais reflexão mental do que discurso foi na 12^a. questão (Quais os sentimentos que afloram em você em relação ao seu trabalho?). Ela teve dificuldade em falar disso, o que demonstra certa resistência e defesa no envolvimento emocional com o paciente.
- A pessoa entrevistada era detalhista, contava os casos minuciosamente, com diálogos, demonstrando ter satisfação em relatá-los e gostar de contar histórias sobre o seu percurso profissional.
- Quando convidada para participar no grupo focal disse que não poderia, pois sempre trabalha no HSJ pela manhã e às tardes são ocupadas com o Hospital Alberto Sabin.
- Indicou para ser ouvida a palestra: A educação no Brasil aumenta a individualidade, de um médico jovem, menino novo, muito bom. (disse ela) Um colunista do jornal. Achei fantástica!
- Feedback da entrevista: Me senti bem. Minha sugestão é que apareçam mais trabalhos destes e que tenham um feedback para a Instituição, que muitas vezes não tem. Você como observa-

dora vê diferente. Você vê com uma visão que a gente não tem. E levando para um trabalho científico, é importante. A gente não tem tempo, a gente também se acomoda.

- Ao final, desejou boa sorte à pesquisadora.

Sujeito 09 (S-09)

Comentários, observações e percepções:

- Entrevista feita no consultório médico, como usual.
- O entrevistado sentou-se atrás da mesa, de costas para a parede. Ficou de lado para a porta de entrada. A pesquisadora de frente para a porta.
- O entrevistado foi atencioso, sorridente, bem simpático e cooperativo.
- Por várias vezes falou “pra facilitar a vida deles”, referindo-se ao atendimento que faz a soropositivos cadastrados no HSJ de Fortaleza, mas atendidos por ele no posto de saúde no interior, em Tianguá.
- Falou de si com orgulho, por ser o médico que é.
- Deu a transparecer que está satisfeito com o trabalho e gosta do que faz.
- Quando convidado para o grupo focal disse que poderia ser possível participar, mas que viajava muito e não sabia se iria coincidir.
- Ao final, a pedido, deu o seguinte feedback sobre a pesquisa e entrevista: Eu senti assim... Aonde você vai chegar eu não sei. (ria) Acho que você vai fazer um aglomerado, para fazer a análise. Acho que vai conseguir tirar um retrato.

Sujeito 10 (S-10)

Comentários, observações e percepções:

- Espaço da entrevista: consultório de atendimento no Ambulatório (o mesmo espaço e layout similar aos das enfermeiras, médicos, assistentes sociais, psicólogas). Sala iluminada, refrigerada, silenciosa com uma mesa e 2 cadeiras.
- Inicialmente teve alguma resistência em participar da pesquisa. Estava meio desconfiada.
- Parece ser uma pessoa curiosa, questionadora. Quis saber detalhes sobre o gravador, a tecnologia do equipamento, como iria trabalhar com ele (instrumento) e também com os dados coletados.
- O “quebra-gelo” aconteceu durante a primeira questão (atividades desempenhadas), quando percebi fortes dificuldades relacionais para desenvolvimento do seu trabalho.
- Foi séria, fechada, reticente em dar informações. Pouco afável.
- Aos poucos foi se tornando mais amena, embora continuasse séria, refletindo antes de responder. Inclusive teve uma questão que disse ter medo em dar detalhes. (!)
- Por várias vezes suspirou enquanto pensava na resposta que ia dar.
- Parece estar insatisfeita com o seu trabalho. O que já traz problemas existenciais para ela.
- Diz não estar arrependida de ter vindo para o HSJ, mas sente mau humor, desgaste profissional, cansaço. (*Burnout?*)
- Teve dificuldade de lembrar o no. do seu próprio celular. Tentou umas 3 vezes me dar o no. para ser convocada para o grupo focal. Disse até: “Depois eu lembro. Agora deu um branco”. Segundos depois lembrou. Acredito que tenha ficado relutante em participar, mesmo tendo dito que era importante ter uma oportunidade como essa. (!)
- Esta foi a entrevista mais significativa que foi realizada. Mesmo com tantas resistências iniciais a entrevistada forneceu muitos dados.

Comentários gerais às entrevistas

- Como pesquisadora tive que conviver com longas esperas para realização das entrevistas.
- Muitas vezes ficava em pé no corredor porque se saísse, perdia a vez de entrar no consultório e se esperasse todos os pacientes serem atendidos possivelmente não conseguiria mais conversar com os profissionais em seu final de plantão e exaustos.
- O espaço era muito disputado. Em alguns momentos não tinha onde ficar, nem no corredor, nem na sala de espera, com seus bancos lotados, nem do lado de fora do SAE, também repleto de pacientes à espera.
- As interrupções foram freqüentes, em quase todas as entrevistas. Mesmo aquelas feitas no final do expediente, quando eram poucos os pacientes no ambulatório. Mesmo assim fomos interrompidos.
- As pessoas parecem contar o tempo todo com isso, sem reclamar. Para mim é um desrespeito à privacidade de quem está se consultando ou mantendo um diálogo com o profissional de saúde.
- Há um eterno improviso de espaço, de manobras com o tempo de consulta, com a demanda excessiva de pacientes e o número reduzido de profissionais plantonistas.
- As adversidades reinam no SAE. É o dia-a-dia deles.
- Vários profissionais transmitiram sentimentos de pena, solidariedade à dor e relataram comportamentos visando amenizar o tipo de vida que os pacientes levam.
- Os médicos foram os menos disponíveis para conversar e serem entrevistados. Parece que há pouca abertura, flexibilidade e interesse para fazer algo que não seja consultas ou atendimento médico no ambulatório e hospital-dia.
- Como a pesquisadora convive no mesmo espaço (HSJ), às vezes se deparava com algum médico que já havia convidado para a entrevista, tendo sido declinado o convite. O médico fazia questão de não vê-la, trocava seu caminho para mais uma vez não se arriscar a ser novamente convidado e ter que se negar. Alguns davam desculpas diferentes para não serem envolvidos na pesquisa.

ANEXO 4 - Caderno de Campo para os Grupos Focais

1º. Encontro

Data: 20.06.2006

Foco temático: competências necessárias aos cuidadores de PVHA

Comentários, observações e percepções:

- A sala que havia sido cedida para o evento estava disponível. O que diferiu do dia marcado na semana anterior, que apesar de cedida e reservada, encontrava-se ocupada com pessoas em reunião de trabalho da enfermagem.
- O ambiente precisou ser arrumado. A disposição dos móveis foi levemente alterada para favorecer as atividades e a mesa redonda desocupada das pastas e objetos de pessoas que ocupam normalmente a sala. Foi também disponibilizada a chave da sala para evitar interrupções, já que é freqüentada por várias pessoas do HSJ.
- Ao chegar no espaço definido para o encontro foi necessário convocar os profissionais para comparecerem.
- Houve atraso para o início do encontro face os profissionais não terem conseguido se “desvencilhar” de seus afazeres no SAE.
- Só eram duas pessoas no grupo e isso reduziu substancialmente o nível de discussão, pois as mesmas tinham opiniões bem aproximadas sobre o tema, foco do encontro.
- Uma das pessoas encontrava-se adoecida (bastante constipada, com crise de sinusite). Quis ficar de jaleco, mesmo na etapa de aquecimento e expressão corporal.
- A outra participante disse que só poderia permanecer até às 18:00, embora tivesse falado em data anterior que poderia ficar até às 19:00.

- Aquecimento e expressão corporal:

Continuando a tocar a música lenta. Houve o ato-convite do diretor para quem quisesse tirar os sapatos. Sob a direção da pesquisadora iniciado o caminhar pela sala, percebendo o ambiente, olhando cada canto, os detalhes dos móveis, piso, teto, iluminação, temperatura, odores e olores. Na continuidade, pisando com as pontas dos pés, com os calcanhares, com a parte lateral externa dos pés, com a parte lateral interna, com o pé todo, com um só pé, com o outro pé. Em seguida, formou-se um círculo com os integrantes do grupo, sob a coordenação do diretor. Iniciaram-se os movimentos de alongamento dos membros do corpo, pelos dedos das

mãos, “lubrificando-se as dobradiças”, com movimentos de abrir e fechar os dedos, rotar os pulsos, abrir e fechar os braços esticá-los para cima, espreguiçar. Dobrar um dos braços para traz das costas, passando pelo tórax, retornando. Em seguida, o outro braço. Retornando. Passar um braço pela frente do corpo, para encontrar o outro braço atrás, nas costas. Inverter os braços. Mexer os ombros, um de cada vez. De frente para trás. De trás para frente. Fechar os dois braços, na altura do tronco, pela frente. Abrir os braços. Colocá-los na cintura. Virar o tórax para direita e depois para a esquerda. Esticar o braço esquerdo, dobrando-o na cabeça e virando para a direita todo o corpo. O inverso. A seguir, dobrar para trás e depois para frente. Fazer um rodízio na cintura com o tronco. Rebolar. Ir para os pés. Mexer todos os dedos dos pés, para cima, para baixo. Rotar um pé, da esquerda para a direita. O inverso. O outro pé. Colocar os pés no chão. Levantar uma perna, dobrando o joelho. A outra perna. Dobrar um pouco os joelhos e rodar os dois juntos da direita para a esquerda e vice-versa. Agachar. Andar devagar, agachado. Levantar calmamente. Esticar. Explorar o plano alto do corpo, na ponta dos pés, mexer de um lado para outro as mãos e os braços. A seguir, o mesmo no plano médio, na altura da cintura, no ritmo da música. Em seguida, o plano baixo, com os mesmos movimentos. Subir o corpo. Relaxar os membros superiores e inferiores, balançando-os.

- **Automassagem:** Fechar os olhos, tocar o rosto, com as pontas dos dedos, depois com as mãos, apertando levemente a testa, as sobrancelhas, o nariz, as bochechas, os lábios, o queixo, os olhos. Em seguida massagear as orelhas, o couro cabeludo, o pescoço, atrás, mais forte, na frente, mais leve, a garganta. Os ombros, os seios, o tórax, a cintura. Dar-se um abraço, bem gostoso, envolvente, bem apertado. Cumprimentar-se. Parabenizar-se. Saudar-se. Sorrir para você.

- Na seqüência, passar a compartilhar os momentos: Sorrir para o outro. Cumprimentar com gestos, sem palavras os outros membros do grupo. Seguindo o ritmo da música, sob a coordenação de um, iniciar um movimento para os outros acompanharem. A seguir, um outro participante coordena, e os outros acompanham, até o último integrante. Ao chegar ao final, todos agradecem uns aos outros com movimentos corporais.

- As pessoas foram convidadas a sentar em volta da mesa.

- **Apresentação, leitura e discussão do Quadro 7**

- De forma geral pode-se perceber que entre os participantes havia um clima de amizade e respeito, sempre uma ouvindo com atenção a outra, aceitando o que dizia e complementando a opinião explanada.

- A avaliação, ao final, foi positiva, expressando-se a validade do encontro, desde a preparação corporal dos participantes e as discussões havidas.
- Revelaram que estavam saindo da sala melhor do que entraram e que tinham gostado das atividades.
- Encerrado o encontro, marcando-se para a terça-feira, após 15 dias, face o jogo do Brasil na Copa do Mundo, quando todos os trabalhadores do SAE seriam dispensados ao meio-dia.

2º. Encontro

Data: 04.07.2006

Foco temático: Competência interpessoal – trabalhando o preconceito por parte do profissional de saúde.

Comentários, observações e percepções:

- O Encontro começou no horário e local combinado.
- Um dos participantes chegou atrasado porque estava concluindo um atendimento no plantão do ambulatório.
- A duração do encontro foi de 16:00 às 17:30, sendo que um dos participantes teve que se ausentar às 17:15.
- Um dos componentes do grupo era a primeira vez que comparecia. Disse ter vindo porque recebeu informação positiva do encontro, que a primeira reunião tinha sido boa e valia a pena vir. Sua declaração foi: “vim, porque soube que foi bom”.
- Fiz, então, sua introdução, dando as explicações iniciais que aconteceram no 1º. Encontro, do qual não participou.
- Furneci a ela, também, o Quadro 7 utilizado para análise das competências apontadas pelos 10 profissionais entrevistados.
- Essa mesma pessoa inquiriu a pesquisadora sobre o que estava fazendo e o objetivo dos exercícios corporais de alongamento constantes da primeira etapa – aquecimento. A indagação foi esclarecida e nada mais foi questionado por tal componente. Tal comportamento denotou necessidade de segurança quanto aos procedimentos da facilitadora do grupo para que o profissional se sentisse melhor. Acabou inserindo-se muito bem nos exercícios corporais, demonstrando possuir ritmo, criatividade e interesse musical.
- Após a exposição por cada um dos participantes sobre um atendimento que envolvia preconceito por parte delas, houve uma discussão entre as participantes e a integrante novata do grupo foi eleita pelas outras para ser o protagonista e dramatizar sobre o conteúdo foco.
- Percebi por 2 momentos que a nova participante insistia que uma das outras (sempre a mesma) se expusesse, ao invés dela. Uma das vezes foi no aquecimento, quando “convidou” a integrante que acabava de chegar fosse a coordenadora dos movimentos para as outras pessoas acompanharem. A segunda vez, após eleita, tentou que a integrante fosse em seu lugar. O que não foi aceito. Então, tentativas existiram de autoridade, mas nem sempre reconhecida.
- Na dramatização a protagonista não olhava para mim, o que denotou que não estava à vontade na condição de ser avaliada como profissional, nesse caso. Transpareceu insegurança e

dificuldade neste atendimento. Tinha dúvida de como agir (era latente sua barreira em relação ao caso. Questionava seu próprio atuar, saindo do papel e conversando com o Diretor, durante o ocorrer da cena. (No psicodrama se lê claramente “a fuga” do protagonista perante o impasse, ou seja, do conteúdo – preconceito – pois convive mau com isso).

- Isto foi bem entendido, ao final, quando declarada e notória foi a sua dificuldade em lidar com o tema do preconceito. Mostrou-se pouco afetiva com o paciente atendido e por mais que eu (como diretor) suscitasse a possibilidade “de fazer algo mais” pelo seu cliente, só mencionava ajudas materiais, pouca sensibilidade emocional e resistência ao conteúdo trazido.

- Ficou mais claro o fato - quando usando a técnica de espelho - houve a substituição do profissional que atendia no SAE, simuladamente, por outro que demonstrou carinho, afetividade e compreensão e aceitação da condição do paciente.

- Por várias vezes percebi os participantes olhando o relógio para o controle da hora para sair.

- Uma dos participantes eu sabia que seu plantão iria até às 19:00. As outras 2, eu não sabia o horário de término do plantão.

- Conseguem pouco se desligar de seus afazeres externos (ao grupo). Deixam o celular ligado, no “modo silencioso” e ficam monitorando as chamadas, sem atendê-las, mas demonstrando nitidamente que estão “ligadas” no exterior, ou seja, as tarefas deixadas pendentes no ambulatório, compromissos pessoais, horário de saída normal, não cumpridos por força da reunião.

- Ao final foi feita uma avaliação positiva, a começar pela integrante nova, que precisou sair antes das outras, dizendo:

Gostei. Só vou sair porque preciso mesmo. Acho importante trabalhar os temas ligados ao cotidiano do SAE.

Outra pessoa falou:

Foi bom. Gostei. Em pouco tempo a gente vê muitas coisas e conteúdos para refletir. Ex: o que comemos durante o almoço, no Hospital. Como estamos nos alimentando aqui (comida real e psicológica).

A terceira disse:

Precisava ter mais vezes. É tão bom! Precisamos muito trabalhar nossas coisas, nossas dificuldades, trocar nossas idéias, nossos conflitos.

- Foi acertado para o próximo encontro, como sugestão da pessoa que havia ingressado no grupo, neste dia, para que começássemos as 15:30.

- Uma das outras integrantes vai viajar, de férias, e não comparecerá aos próximos eventos. Só retornará em agosto de 2006.

- Ficou bem patente a personalidade forte da 3^a. participante. Os demais membros submetem-se a ela, na maioria das vezes.

3º. Encontro

Data: 11.07.2006

Foco temático: Meu trabalho no ambulatório do HSJ

Comentários, observações e percepções:

- Inicialmente seriam 2 participantes, mas 1 delas teve que se ausentar por força do trabalho, restando somente 1 pessoa, que se colocou à disposição para realizar qualquer tarefa atinente ao grupo focal. Informou que já tinha passado para outro colega os exames cujos pacientes aguardavam na sala de espera e que teria um espaço de tempo a ser utilizado.
- Agradei a disponibilidade e optei em permanecer no consultório de atendimento que este profissional usa.
- Sem a costumeira preparação do ambiente, uma vez que ocupávamos o espaço de trabalho, no horário de plantão (já intenso normalmente) passamos a dialogar sobre a dificuldade da equipe de saúde do SAE do HSJ não favorecer as oportunidades de cuidado com os cuidadores de trabalho dos seus próprios conteúdos. Resumi o percurso que tinha feito para chegar às 3 pessoas que vieram aos encontros e as seguidas dificuldades no seu prosseguimento.
- A verbalização transitava pelas dificuldades encontradas no dia-a-dia de plantão, a não estimulação por parte da gerência em que se fizessem outras atividades que não o aconselhamento, que toma boa parte do tempo dos profissionais e que muitas vezes não atinge seu público-alvo – os soropositivos. Como exemplo citou o atendimento de pessoas que fizeram sexo inseguro, temem ter sido contagiadas e que solicitam uma “terapêutica de emergência”.
- Outros tópicos foram abordados versando sobre a insistência em compor um grupo de cuidadores de crianças soropositivas e a situação atual desse empenho. Já realizaram 4 reuniões e o crescimento do grupo já pode ser notado.
- Passamos em seguida à aplicação da técnica “desenho livre e temático”, que era parte da programação elaborada.
- Foi dada uma folha de papel, conjuntos de canetas hidrográficas coloridas, lápis, borracha. A orientação foi a seguinte:

“Aqui está um material que você poderá utilizar. Por favor, faça um desenho livre, que você quiser. Você terá o tempo que precisar”.
- Terminado este desenho foi pedido: “Por favor, dê um nome ao seu desenho”.
- Em seguida, conversamos sobre o desenho que tinha feito. Os tipos de traços, as cores, o tamanho, estética e o quê o desenho transmitia.

- Passamos à aplicação da técnica “desenho temático”, que da mesma forma que a anterior, era parte da programação elaborada.

- Entregue uma nova folha de papel em branco, foram dadas as seguintes instruções:

“Utilizando o mesmo material faça, por favor, um outro desenho, agora com o tema ‘o meu trabalho aqui no ambulatório do HSJ’”.

Quando informado o término do desenho, solicitado:

“Por favor, localize-se no desenho, indicando com uma seta. Dê um nome ao seu desenho e escreva uma estória sobre ele”.

- Pedi que comparasse os dois desenhos e falasse a respeito.

- Ao final conversamos como se sentiu fazendo os desenhos e como se via agora, após a conclusão.

- Para que soubesse sobre a finalidade da aplicação da técnica dei alguns informes sobre como poderia ter sido conduzida a caso tivéssemos outros membros no grupo.

- Dei por encerrada a atividade e pedi uma avaliação sobre o encontro. Ela disse, então:

Gostei de desenhar. Aliás, sempre gosto de usar este tipo de material. Para mim foi bom. Foi uma catarse. Acho sempre válido participar deste tipo de atividade. Considero de grande importância trabalhar tudo isso. Eu agradeço a oportunidade e sua persistência. Lamento não estarmos em mais pessoas.

- Encerramos, com a sugestão de realizarmos o próximo encontro, na sexta-feira seguinte, na mesma semana. Informou que o profissional que precisou sair hoje estaria - como ela - de plantão.

- Fiquei de convocar ambas para sexta-feira seguinte.

4º. Encontro

Data: 14.07.2006

Foco temático: Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade na equipe de saúde do ambulatório do HSJ.

Comentários, observações e percepções:

- Iniciada a reunião no horário combinado (15:30).
- Houve uma troca de sala, uma vez que a sala da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas estava disponível, enquanto que a do Depto. de Enfermagem encontrava-se ocupada com grupo de estudo e supervisão de estagiários da área.
- Ao iniciar, um membro do grupo informou que os 2 profissionais que participavam da reunião, eram também os únicos em plantão no SAE e isso significava que poderiam ser interrompidos a qualquer instante.
- Mesmo assim, a porta foi fechada à chave e o telefone retirado do gancho, para assegurar o mínimo de privacidade, pois nessa sala também há o acesso constante de funcionários.
- Diante do fato, optei por não fazer a etapa de aquecimento e ir direto para a atividade programada, para ganhar tempo.
- Acessei o material a ser utilizado: canetas hidrográficas coloridas, caneta, lápis, folhas de papel A4 em branco e o disponibilizei na mesa à qual estávamos as 3 pessoas em volta.
- A consigna (instrução, orientação, em linguagem psicodramática) dada foi:

“Vocês vão pensar na equipe de saúde que atua no ambulatório do HSJ e no tema multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Utilizando este material (aponte). Por favor, cada um faça um desenho que represente os profissionais de saúde, lá. Vocês têm o tempo que precisarem para isso. Quando terminarem, me avisem”.

- Ficaram muito tempo calados, concentrados na tarefa. Cada um fez um desenho retratando sua visão quanto a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade da equipe de profissionais do SAE.

- Aguardado o tempo necessário, dei a segunda instrução:

“No desenho que fizeram, por gentileza, façam uma estória para ele. Da mesma forma, ao final, informem”.

- Aguardado o tempo necessário, foi incitada uma apresentação e discussão sobre os desenhos. Houve comentários sobre a estética, a beleza, a simplicidade ou não das “obras” e a caracterização, em ambos os desenhos, da multidisciplinaridade que reconhecem existente.

- Ao final, foi proposto o 2º. Desenho:

“Representem - individualmente ainda - em desenho, a multidisciplinaridade, que é como vêm que a equipe de saúde do SAE funciona hoje. Quando terminarem, avisem-me, por favor”.

- Depois de terminada a tarefa foram comentados os desenhos e suas representações.

- Em seguida, solicitei:

“Desejo que agora representem a equipe de saúde, se ela fosse interdisciplinar. Vocês preferem mexer, cada um no desenho do outro, ou construir um novo, dos dois?”

- Preferiram mexer no desenho do colega, do que fazer um desenho único (!?). Então eu disse:

“Ok. Como antes, declarem quanto terminarem, por favor”.

- Ao concluírem a etapa, pedi: “Expliquem os desenhos, por gentileza”, o que foi feito, inclusive interagindo-se as percepções dos “desenhistas”.

- Houve várias declarações nesse momento, inclusive que uma das pessoas era artista plástica e seu desenho, ao certo, seria lindo.

- A artista informou que faz pintura mista, nunca única. Usa materiais diversos. Mas, fazia tempo que não pintava.

- Prosseguindo, fiz a declaração:

“A próxima atividade é trocar os desenhos. Feito isto (a troca) olhe o desenho do colega. Veja o que dá vontade de incluir, modificar, complementar. Não antes de pedir permissão ao ‘dono’ para fazê-lo. Então, mãos à obra! Quando terminarem, informem, por favor”.

- Isto foi feito com grande facilidade. Um mexeu à vontade no desenho do outro, mas sempre respeitando os traços já feitos, o que denotou o respeito ao outro e a possibilidade de atuarem em conjunto, com facilidade.

- Ao fim disso, falei:

“Agora, vamos trocar, de novo os desenhos. Comentem como se sentem vendo as modificações havidas. Avaliem como ficou. Melhor? Pior? O que foi mais significativo ao seu ver?”

- Vários comentários ocorreram, sempre num clima bem descontraído, com muitos risos denotando satisfação no desempenho das atividades.
- Ambos demonstraram terem gostado das mudanças que o colega fez, dizendo: “ficou melhor, mais colorido, havia fluidez e leveza, mais representativo, mais alegre, forte, com maior peso”. “Em harmonia, mais alegre, com uma nuvem de gotículas coloridas e embelezadoras.” Enfim, foram boas as modificações.
- Pedi, para finalizar o Encontro, a avaliação dos participantes.
- Expressões como: Achei muito bom! Foi legal! Deu bem para ver estes aspectos de nossa equipe e no que precisamos melhorar nesse sentido o nosso trabalho. Foi construtivo. Eu gostei!
- Informei que os desenhos ficariam comigo e fariam parte da minha dissertação. Após *scaneados* poderiam ser entregues a eles, se desejassem.
- Um deles brincou comigo e disse: Ah, não! Vou levar agora, porque gostei muito. (risos)
- Encerramos as atividades do grupo focal, agradecendo a participação e colaboração à pesquisa.

Comentários gerais aos grupos focais

- Foram inúmeros os obstáculos transpostos para a realização dos encontros dos grupos focais.
- Houve, realmente, a insistência e persistência por parte da pesquisadora para que essa etapa acontecesse.
- A realidade de trabalho vivida naquele ambulatório, apesar de ser, em muitos aspectos, estressante, desgastante é mantida pela própria equipe, na medida que tende a aceitar e se adaptar às “intempéries”, convivendo com aspectos negativos de peso, sem modificá-los, apesar de enxergá-los e criticá-los.
- Os principais empecilhos remetem a uma reflexão quanto a real decisão por parte dos profissionais em agirem em prol de uma intervenção em si próprios e na organização do seu trabalho, sobre os aspectos que influem diretamente na qualidade e excelência dos serviços oferecidos e na sua satisfação pessoal e profissional.
- Apesar do reduzido número de encontros, as avaliações obtidas sinalizaram para aspectos positivos que podem ser alcançados com programações abrangentes (de conteúdos e pessoas) e, quem sabe, contínua para o tratamento da gama de variáveis relacionais aqui esboçadas.

ANEXO 5 - Desenhos Criados no 3º e 4º Encontros do Grupo Focal

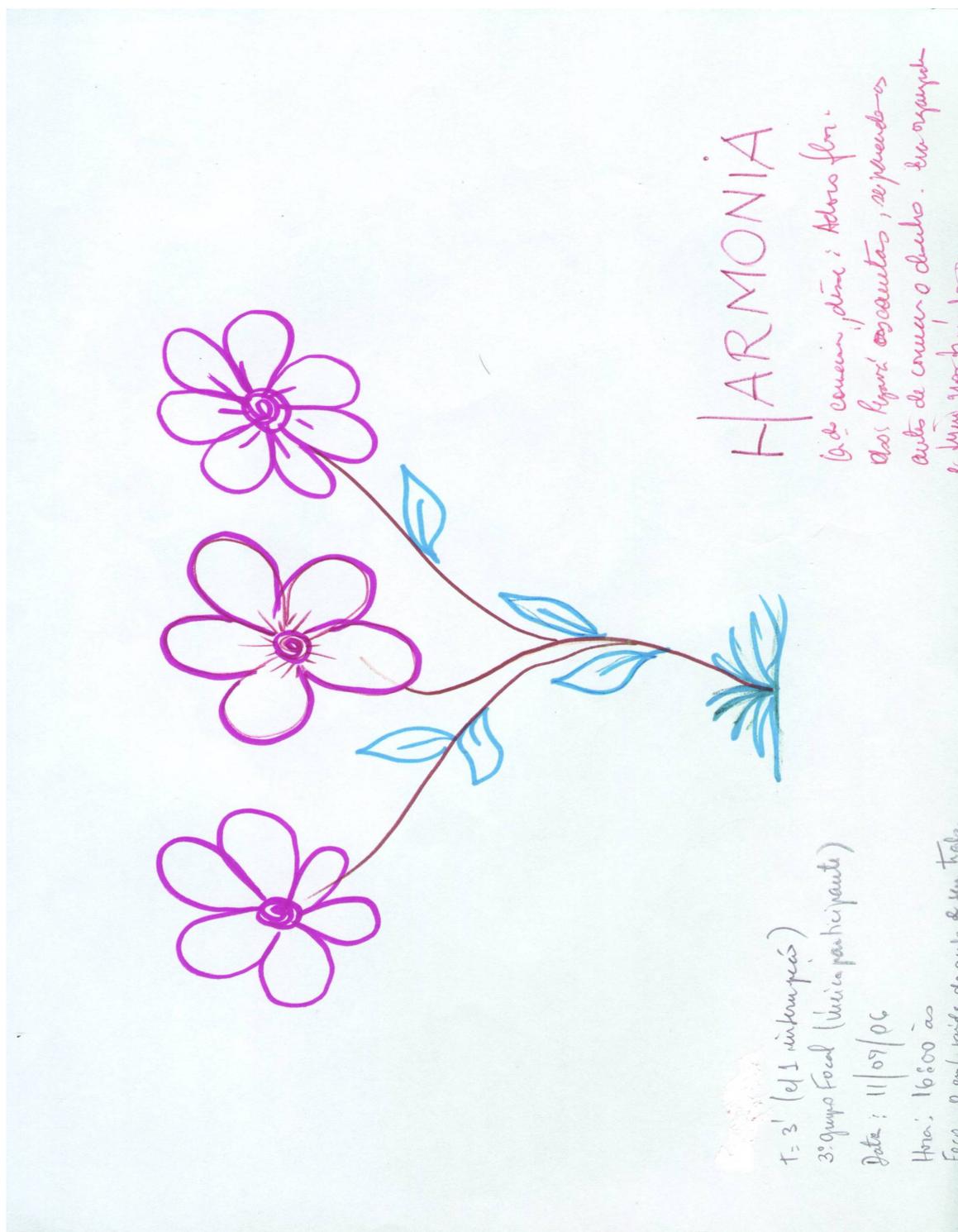


Ilustração 1 - Desenho livre

Fonte: 3º. Encontro do Grupo Focal

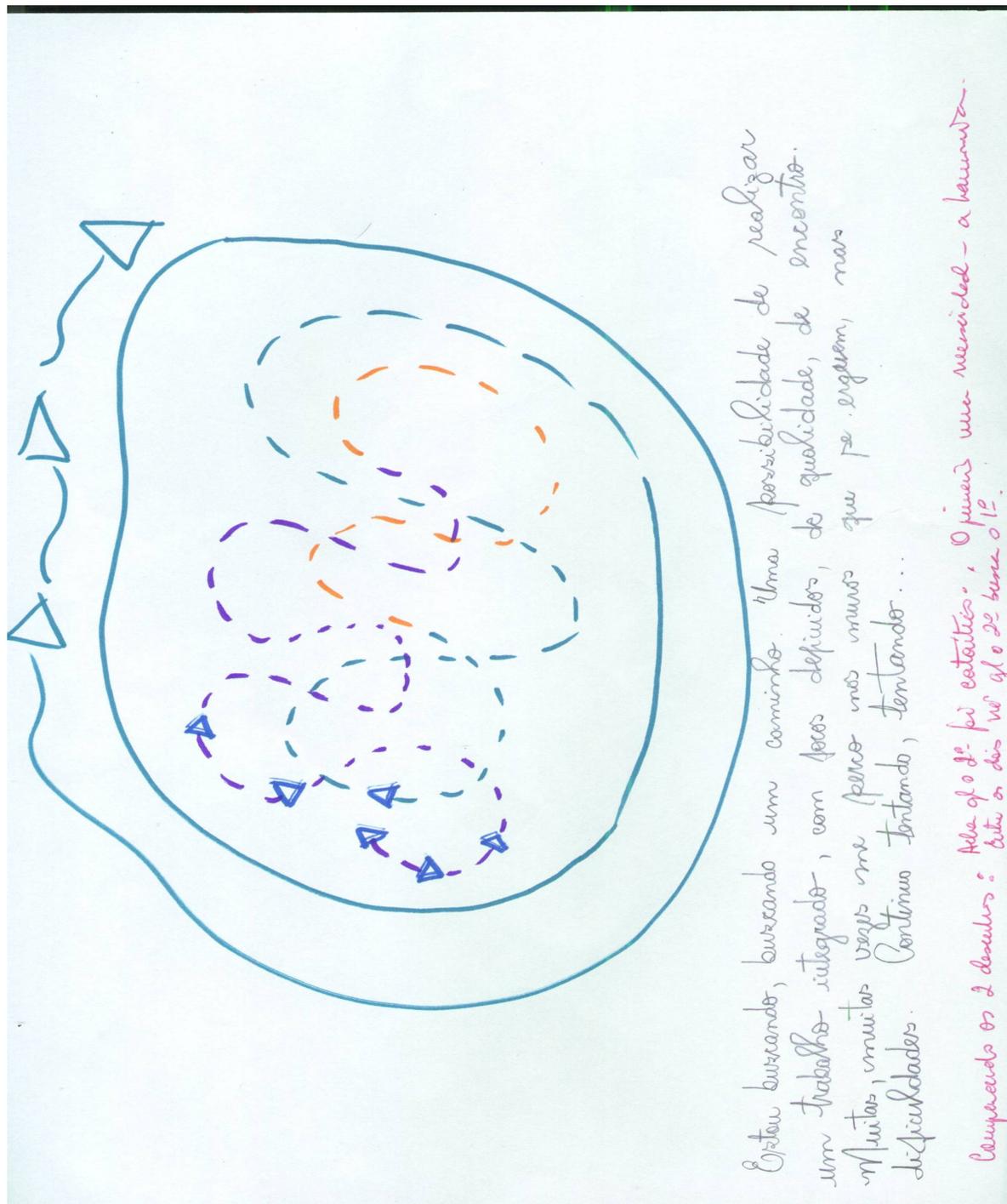


Ilustração 2 - Meu trabalho no HSJ

Fonte: 3º. Encontro do Grupo Focal

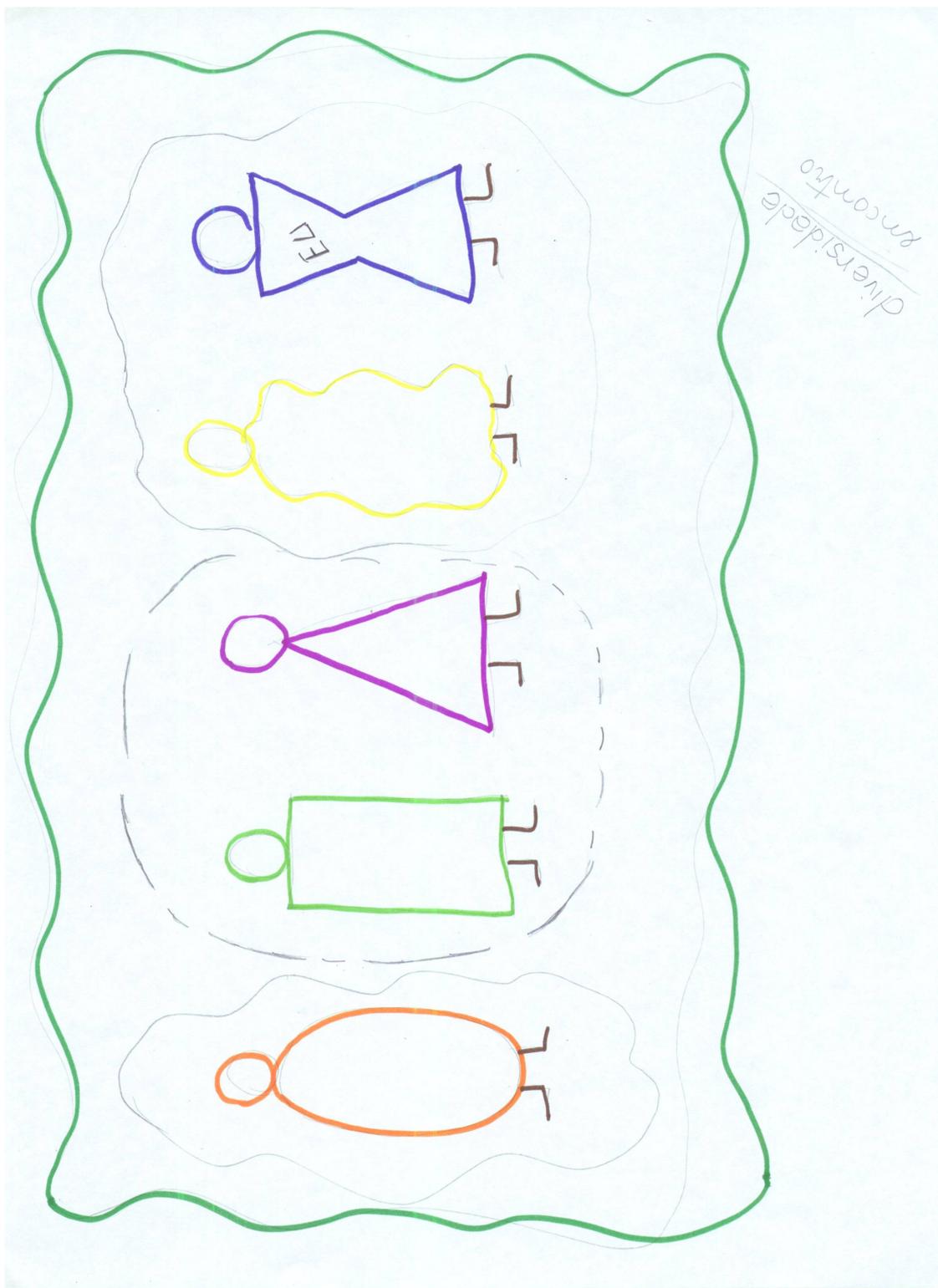


Ilustração 3 - Multidisciplinaridade da equipe de saúde do ambulatório do HSJ (Participante “A”)

Fonte: 4º. Encontro do Grupo Focal

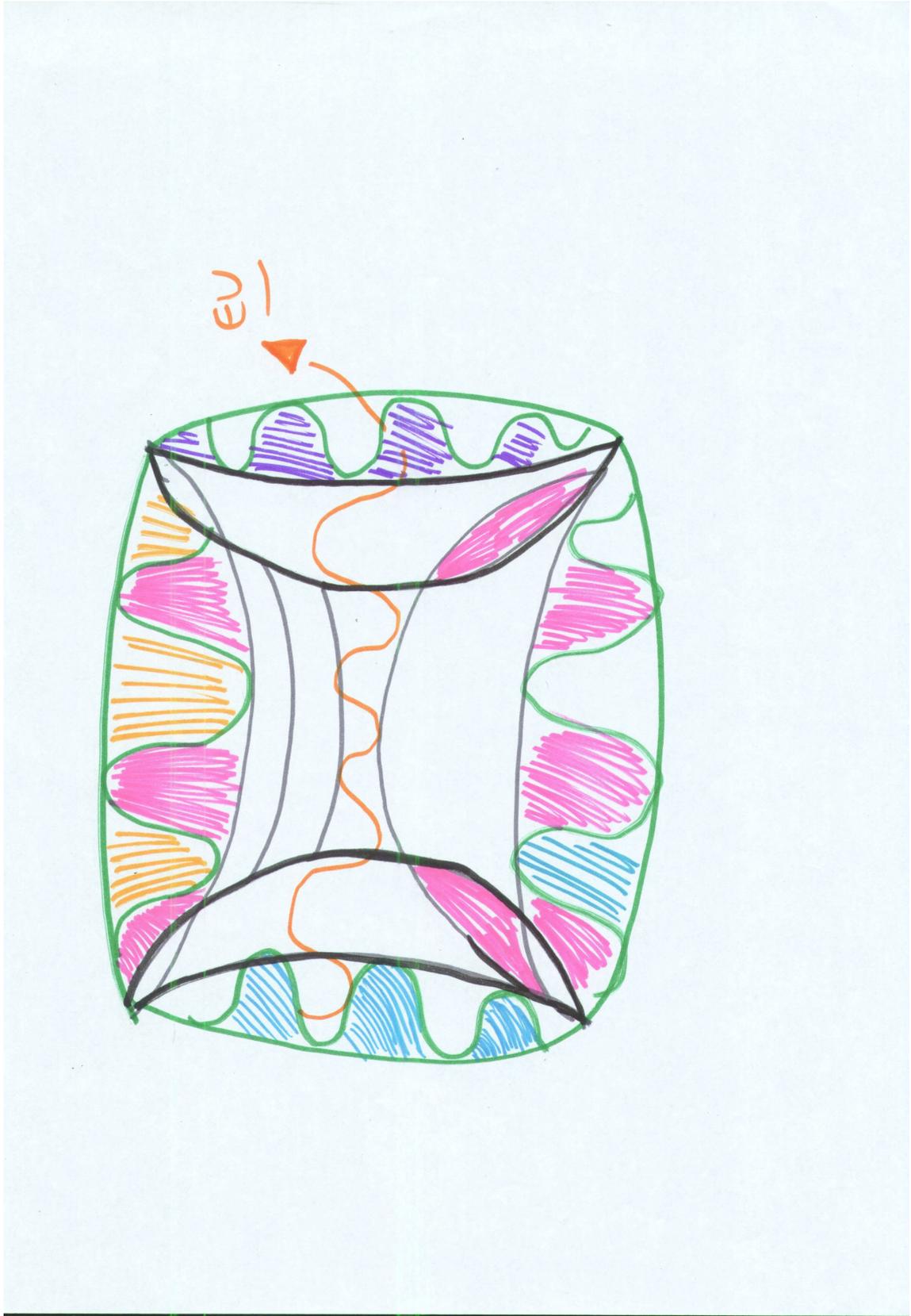


Ilustração 4 - Multidisciplinaridade da equipe de saúde do ambulatório do HSJ (Participante “B”)

Fonte: 4º. Encontro do Grupo Focal



Ilustração 5 - Interdisciplinaridade (desejada) para a equipe de saúde do ambulatório do HSJ (participante A)

Fonte: 4º. Encontro do Grupo Focal



Ilustração 6 - Interdisciplinaridade (desejada) para equipe de saúde do ambulatório do HSJ (participante B)

Fonte: 4º. Encontro do Grupo Focal

ÍNDICE ONOMÁSTICO

Casos

- ABRANCHES 34, 135, 147
ADERALDO 58, 140
ALBUQUERQUE 63, 71, 72, 140
ALMEIDA 66, 70, 71, 72, 134, 140
Angerami-Camon . 19, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 42, 101, 112, 114, 119, 140, 148
ARELLANO 35, 136, 144
ASCHIDAMINI . 86, 110, 140
BARDIN..... v, 20, 90, 93
BEJARANO 37, 136, 147
BENEVIDES-PEREIRA 32, 34, 136, 141
BERMÚDEZ 81, 83, 109, 141
BOFF 37, 141
BROWN 44
CAPRA..... 16, 141
CAPRARA 27, 141
CARNEIRO... 48, 49, 141
CHACHAMOVICH... 36, 143
CODO.. 32, 136, 142, 149
COSTA..... 64, 67, 68, 72, 135, 148
DEJOURS..... 29, 30, 122, 130, 142
DORTA 51, 142
DUTRA 67, 72, 142
FELICIANO . 40, 96, 100, 101, 142
FERRAZ..... 26, 142
FERREIRA47, 48, 49, 61, 142
FIORELLI 39, 142
FISCHER 64, 66, 72, 135, 142
FLECK 36, 143
FRANCO..... 27, 141
FURTADO 143
GALVÃO60
GIL 62, 66, 72, 79, 80, 84, 143
GODOI.....45, 143
GODOY74, 75, 143
GONÇALVES.....42, 145, 147
GONZALEZ81, 147
GONZÁLEZ-REY14, 143
GOSPEL.....39, 143
GRAMIGNA..68, 72, 143
GUALDA81, 147
GUTIEREZ147
HABER73, 144
HOLANDA144
KESSLER144
KOVACS40, 96, 100, 101, 142
KÜBLER-ROSS ...50, 51, 53, 144
LANNA.....51
LAVERDE145, 146
LEITER ..33, 38, 136, 145
LIMONGI-FRANÇA ..35, 36, 136, 144
LOBIONDO-WOOD ..73, 144
LOPES.....37, 144
LOVISI.....146
LUCCA109, 137, 145
MAIA23, 42, 44, 112, 113, 126, 145
MALAGON-LONDOÑO145, 146
MALDAVSKY145
MARTINELLI145
MASLACH32, 33, 38, 136, 145
MATOS42, 145
MAXIMIANO.....146
MINAYO73, 146
MONTEIRO.....83, 146
MOREIRA146
MORENO iii, 34, 109, 146
MORENO-JIMÉNEZ . 34, 141
MORERA42, 43, 45, 145, 146
MORGADO..... 146
MORIN 146
MOSCOVICI.. 20, 40, 41, 134, 146
MUCHAIL..... 145
MUROFUSE..... 135, 147
NAPOLEÃO 34, 135, 147
NERI 147, 148
OLIVEIRA 147
OSÓRIO . 23, 42, 44, 112, 113, 126, 145
PEREIRA..... 85, 86, 141, 147
PILATTI 37, 136, 147, 148
PIRES NETO . 54, 55, 147
RABAGLIO... 69, 72, 147
RAMOS42, 145
RESSEL..... 81, 147
RIVERA 65, 149
RODRIGUES 36, 136, 144, 145
ROSA..... 37, 136, 148
SÁ 37, 145
SARINHO..... 40, 96, 100, 101, 142
SAUPE..... 86, 110, 140
SCHERRER..... 44
SCHMIDT . 109, 137, 145
SEBASTIANI..... 30, 148
SEFFNER 13, 148
SOARES 46, 148
SOTO 41, 124, 148
SOUZA... 23, 24, 27, 114, 148
TANKE..... 41, 148
TARABOULSI... 43, 148
TRASATTI64, 67, 68, 72, 134, 135, 148
TRENTINI..... 36, 143
TURATO . 73, 78, 84, 149
ULRICH 64, 135, 149
VARELLA..... 57

VASQUES-MENEZES
... 32, 96, 136, 142, 149
VILARTA..... 147
VILLA 37, 145
WENDHAUSEN . 65, 149
YIN 73, 149
ZANELLI 73, 79, 149
ZOBOLI 44, 149

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)