



Fundação Edson Queiroz
Universidade de Fortaleza
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Divisão de Pós-Graduação | Mestrado em Psicologia

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

FLAUBÊNIA MARIA GIRÃO DE QUEIROZ

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

FLAUBENIA MARIA GIRÃO DE QUEIROZ

**SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia, do Centro de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins

Q3s Queiroz, Flaubênia Maria Girão de.
Sofrimento psíquico na experiência laboral de profissionais da saúde /
Flaubênia Maria Girão de Queiroz. - 2008.
157 f.

Cópia de computador.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.

“Orientação : Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins.”

1. Trabalho – Aspectos psicológicos. 2. Saúde ocupacional. 3. Ócio.
4. Sofrimento – Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.9:331.1



Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Mestrado em Psicologia
Ambiente, Trabalho e Cultura nas Organizações Sociais

Dissertação intitulada “*Sofrimento psíquico na experiência laboral de profissionais da saúde*”, de autoria da mestranda Flaubênia Maria Girão de Queiroz, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins – UNIFOR – Orientador

Prof. Dr. Alexandre Carneiro de Souza – (UFC)

Profa. Dra. Tereza Gláucia Rocha Matos – (UNIFOR)

Prof. Dr. Victor David Salis – (PUC-SP)

Prof. Dr. HENRIQUE FIGUEIREDO CARNEIRO
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
UNIFOR

Fortaleza, 17 de outubro de 2008.

Agradecimentos...

A Deus Pai, Filho e Espírito Santo, soberanos.

A Honorato e Francisca, amor-de-pai-e-mãe..

A Elione, companheiro ímpar, um presente.

A Marcela, Marina e Léo, filhos amados, três presentes.

A Fátima Carvalho, mais do que amiga, irmã generosa, outro presente.

A Fabíola, Fábio, Flávio e Flaubert, amados torcedores a distância.

Ao Grupo Vitorioso (grupo de convivência de idosos), coluna de oração.

A Altevir e Júlia, exercício de afeto.

Aos profissionais do Ambulatório do Hospital São José, mestres da força e coragem.

Aos sujeitos da entrevista narrativa, particular admiração.

À dra. Fátima Maia - Diretora Administrativo-financeira do HSJ, personificação do entendimento.

À dra. Airtes Vieira Vitoriano, admirável parceira.

À Clemilde Parente, colega ajudadora.

À dra. Lúcia Duarte, uma iluminada.

Ao Prof. Dr. Clerton Martins, diligente orientador.

Ao Laboratório OTIUM, singular espaço de aprendizagem e alegria.

Aos colegas de mestrado, companheiros na luta de amor e dor.

Às professoras doutoras Júlia Bucher, Sylvia Cavalcante e Clara Virgínia, tríade acolhedora.

À professora Tereza Gláucia, ocularidade privilegiada.

Ao Prof. Francisco Araújo, ser visionário.

À Taciana, secretária amável.

À Dete Adriano, a solidariedade de que precisava.

A Lúcio Flávio e Josué, colaboradores amados a tempo e a fora de tempo.

Às Faculdades Cearenses, expressão de confiança.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – *Acquired Inmune Deficiency* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

AMB – Ambulatório.

AZT – Zidovudina.

CDP – Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas.

CDA – Comida, Diversão e Arte.

D.O. – Diário Oficial.

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo.

DST – Doença Sexualmente Transmitida.

GITQ – Gratificação de Incentivo ao Trabalho de Qualidade.

HIV - *Human Inmodeficiency Virus* (Virus da Imunodeficiência Humana)

MS – Ministério da Saúde.

MT – Ministério do Trabalho.

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência adquirida.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SPI – Salis Paschoal Informática.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

WLRA – *Word Leisure and Recreacion Association*. (Associação Mundial de Lazer e Recreação).

LISTA DE QUADROS

1. Níveis do Ócio.....	49
2. Perfil dos Sujeitos da Pesquisa.....	66
3. Questão 1 da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.....	90
4. Questão 2 da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.....	108
5. Descrição das Estratégias de Defesa.....	124
6. Vínculos: Estratégias de Defesa/Cultura.....	127
7. Características que Garantem o Sentido do Ócio “Estratégias Privadas”	130
8. Características que Garantem o Sentido do Ócio “O Reconhecimento”.....	131

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	23
2.1 O trabalho.....	24
2.2 O trabalho em saúde.....	28
2.3 Trabalho em saúde mental.....	31
2.4 Sofrimento psíquico no trabalho e as estratégias de defesa	34
3 O ÓCIO NA CONTEMPORANEIDADE.....	42
4 CULTURA ORGANIZACIONAL.....	53
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
5.1 Campo da pesquisa	65
5.2 Sujeitos da pesquisa	67
5.3 Instrumento de coleta de dados	68
5.4 Análise de dados	71
6 ETNOGRAFIA DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL	73
6.1. Discurso do Sujeito Coletivo – “Ambulatório: um pouco de história”.....	77
6.2 Descrição etnográfica	80
7 ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	93
7.1 Vínculo das estratégias de defesa com a cultura organizacional.....	134
7.2 Vinculação das estratégias de defesa com o sentido do ócio.....	139
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXOS.....	153
APÊNDICE.....	161

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde do ambulatório do Hospital São José. Buscou também identificar situações geradoras de sofrimento psíquico; descrever as estratégias de defesa ante o sofrimento psíquico; conhecer quais são a(s) forma(s) de defesa desenvolvida(s); verificar a possível vinculação entre as estratégias de defesa e a cultura organizacional e analisar a vinculação das estratégias de defesa com o sentido de ócio. A Psicodinâmica do Trabalho, de Christophe Dejours, foi o principal marco teórico fundamentador. Trabalhou-se a cultura à luz de Aguirre Baztán e Clifford Geertz. Em Manuel Cuenca Cabeça fundamentou-se o conteúdo de ócio. A investigação, de abordagem qualitativa valeu-se do método etnográfico. Os dados foram coletados por meio da entrevista narrativa e observação etnográfica. Com base na observação, elaborou-se o Relato Etnográfico e as entrevistas foram tratadas utilizando a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa revelou situações geradoras de sofrimento ligadas à organização do trabalho. Foram apreendidas, ainda, sete estratégias de defesa elaboradas pelos trabalhadores. Destas, uma se caracteriza como individual e as demais revelam-se coletivas. Encontraram-se fortes indícios de que o ambulatório constitui uma subcultura do hospital manifesta no modo do grupo agir e se relacionar no trabalho. Dentre as estratégias elaboradas, duas delas expressam muito claramente a presença do sentido de ócio (características).

Palavras Chave: Trabalho em saúde. Sofrimento psíquico. Estratégia de defesa. Cultura Organizacional.

ABSTRACT

The present study objectified to analyze the situations which potentially cause psychic suffering in health workers from the ambulatory of Hospital São José. It also attempted to identify situations which cause psychic suffering, to describe defense strategies in face of psychic suffering, to know what the way(s) of defense developed are, to verify the possible link between defense strategies and organizational culture, and to analyze the link between defense strategies and the meaning of idleness. The psychodynamics of work, by Crhistofhe Dejours, was the main theoretical mark. We worked culture in the light of Aguirre Baztán and Clifford Geertz. We based the content of idleness on Manuel Cuenca Cabeza. The investigation of qualitative approach used the ethnographical method. The data were collected through narrative interview, field diary and ethnographical observation. . From the observation we prepared the Ethnographical Report and dealt with the interviews using as analysis technique the Discourse of the Collective Subject by Lefèvre. The research showed situations which cause suffering linked with work organization. These were named after their characteristics: subjective singularity, job organization, environmental risk, the lack of interdisciplinarity at work, relations in the work group, the disease, work centrality. We also perceived seven defense strategies created by the workers: adaption/adequateness; the sharing; private strategies; family links with the institution, enchanting work, and recognition. From these, one is individual and the others are collective. We have found vivid indications that the ambulatory is a sub-culture of the hospital which is manifested on the way the group acts and relates at work. From the strategies created, two of them show the presence of the meaning of idleness (characteristics) clearly.

Key words: Health work, Psychic suffering, Defense strategy, Idleness. Organizational Culture.

INTRODUÇÃO

“Duas trilhas se abriram num bosque e eu – Eu tomei a trilha menos percorrida. E isso fez toda a diferença.”

*Robert Frost (1874-1963) in
Donkin, R. (2003)*

A história deste estudo nasce já no memorial apresentado como exigência quando da admissão ao Mestrado em Psicologia, em meados de 2006. O interesse pelo tema continua, contudo, a trajetória teórica realizada conduziu a recortes pertinentes a prática profissional, notadamente impactada e ressignificada durante a pós-graduação.

Na segunda metade do século XX, saúde mental e trabalho, duas áreas vitais para o ser humano, ganham a atenção da Psicologia e passam a representar importante objeto de pesquisa, a despeito da inexistência de comprovação de um nexos causal entre transtorno mental e trabalho (Lima, 2006). Tal evolução responde à necessidade de considerarmos a dimensão subjetiva da atividade produtiva, sua implicação como mediadora das dimensões psíquica e social do ser humano. Portanto, dentro da temática referida, realizamos um recorte que possibilitasse, além dos novos aprendizados do dia-a-dia profissional, cumprir a missão de chamar a atenção para a proximidade entre subjetividade e trabalho. Assim, resolvemos investigar as situações de trabalho potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, bem como as estratégias de defesa elaboradas ante o sofrimento.

Para tanto, é necessário entender o trabalho como algo que ultrapassa o atendimento das necessidades objetivas, acima da perspectiva político-econômica. Codo e Sampaio (1998) argumentam que é na produção da própria existência que o ser humano se torna humano. Para os autores, o trabalho é uma “dupla transformação de si e do mundo (ou do outro), que caminha em direção a engendrar o homem, este ser de necessidades e imaginação, capaz de construir suas condições e existência, portanto sua sociabilidade”. (P.71-72).

Nesta perspectiva, encontramos a saúde mental do trabalhador, influenciando e sendo influenciada pelo trabalho, definindo-se como a capacidade do homem de transformar, de constituir a si próprio e aos seus pares, produzindo e reproduzindo a si próprio e a espécie. Quando se registra o rompimento desta capacidade, a doença mental se instala, comprometendo integralmente a vida do sujeito.

Leopardi (1999) alerta, porém, para a idéia de que as questões do trabalho no mundo atual não podem ser pensadas de modo simplificado, numa relação imediata entre sujeito(trabalhador) e objeto(trabalho) que deságüe em transformação. As intensas transformações do mundo do trabalho, com sua complexidade organizacional e tecnológica, levam as instâncias que dão forma ao trabalho a adaptarem-se a novas necessidades historicamente expressas. Assim, “o trabalho e os trabalhadores, sendo mutantes por definição, são formas transitórias”. (P. 10).

O trabalho em saúde surge no Renascimento, quando a estrutura político-econômica da Idade Média não dá conta da miséria e da exploração emergentes. A Medicina e a Enfermagem foram as duas primeiras profissões institucionalizadas. A primeira consolidou-se socialmente como voltada para o processo global de tratamento e cura; a segunda assumiu a organização da assistência e o cuidado (Leopardi, 1999). Trata-se de um trabalho essencial à vida humana, inserido no setor de serviços, cuja produção não material se completa no ato da sua realização, contando com a indispensável colaboração do objeto da intervenção, ou seja, o paciente.

O trabalhador em saúde lida com as limitações humanas, sua impotência, dor, doença e finitude. Imerso em um cotidiano de situações inesperadas, enfrenta espírito de competição, o inusitado, uma estrutura de trabalho hierarquizada e organizada que transpõe sua ação e um ambiente que o expõe a riscos. Convive ainda com a exigência de estar sempre atualizado, em formação continuada de seu saber (Campos, 2007). Tal caracterização constitui apenas a mostra do que é o trabalho em saúde. É importante considerar a existência de muitas outras questões, inúmeros desdobramentos de uma atividade laboral que acontece em uma relação entre seres humanos: como trabalho em turno, legalidades, novas patologias etc.

O interesse pela temática saúde mental e trabalho nasceu no desenvolvimento de uma prática profissional ao longo dos anos, como profissional responsável pela Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas em um hospital de doenças infecciosas, lidando, entre muitos outros quefazeres, com o confronto entre o sujeito e sua prática desafiadora, numa tentativa de prestar atenção aos produtos desse encontro: problemas de ordem emocional, afetiva, técnico-profissional, familiar e outros que afetam a saúde mental do trabalhador.

Representada pelo sofrimento psíquico no trabalho, a relação saúde mental e trabalho é estudada por três vertentes teóricas: estresse, psicodinâmica do trabalho e epidemiologia do trabalho. A abordagem do estresse acredita que o trabalho pode e deve ser uma realidade sem conflito, uma vez que a pessoa quer e precisa de paz no espaço laboral. Para a epidemiologia do trabalho, a atividade produtiva deve ser prazerosa sempre, pelo fato de representar o jeito de a pessoa se construir a si própria. Com isso, o sofrimento no trabalho deve ser combatido, pois significa um produto de algum tipo de alienação (Codo, Soratto & Vasques-Meneses, 2004).

O presente estudo fundamenta-se na Psicodinâmica do Trabalho, teoria para a qual a atividade laboral pode ser agente de sofrimento e realização; elemento fundamental na própria formação do sujeito, pois retrata “um mediador privilegiado, senão o único, entre inconsciente e campo social, e entre ordem singular e ordem coletiva.” (Dejours, 1994, p. 143).

No Brasil, encontramos estudos sobre a temática saúde mental e trabalho nas pesquisas de Wanderley Codo, do Instituto de Psicologia do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da UNB; Leny Sato, do Instituto de Psicologia da USP; Ana Magnólia Bezerra Mendes, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, que evidenciam a ubíqua relação do trabalho com a saúde mental do indivíduo.

Christophe Dejours, doutor em Medicina, psiquiatra e pesquisador francês, é o principal representante da Psicodinâmica do Trabalho, abordagem que partiu dos estudos da Psicopatologia do Trabalho, disciplina que surge nos anos de 1950-1960, criada por L. Le Guillant, C. Veil, Poul Silvadon, A. Fernandez-Zoila, J. Bérgein (Lancman & Sznelwar, 2008). Dejours (1994) ainda conservou o termo psicopatologia por algum tempo, subtraindo deste a conotação restrita de morbidez, e incorporando uma dimensão que correspondesse à “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho” (p. 120), o que viria a chamar de psicodinâmica do trabalho.

É importante saber que, para a Psicodinâmica, o equilíbrio psíquico e a saúde mental do trabalhador derivam da realidade do trabalho, mais

especificamente de sua organização. Dejours (1992, 1994, 1996) assegura que a organização do trabalho, contraditando a condição de trabalho, é representada pela divisão de tarefas (modo operatório prescrito, cadência) e divisão dos homens (repartições de responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc.), que alcança as relações dos trabalhadores entre si e o local de trabalho. Já a saúde do corpo está mais relacionada com as condições de trabalho, ou seja, ao ambiente físico, ao estado de higiene, de segurança e às propriedades antropométricas do posto de trabalho.

O sofrimento psíquico, derivado das situações caracterizadas pela organização do trabalho de modelo taylorista-fordista, faz parte de toda atividade produtiva. Assim, representa uma questão essencial e enigmática para o estudo da saúde mental do trabalhador. Dejours (1994) define-o como vivência subjetiva entre a doença mental e o bem-estar no trabalho. O autor aponta uma articulação entre o sofrimento singular, advindo da história própria de cada indivíduo e o sofrimento atual, com origem no reencontro do sujeito com seu trabalho (Dejours, 1996).

A relação destas duas dimensões produz a tipologia do sofrimento. Quando, em estado de sofrimento, o indivíduo desenvolve respostas criativas e originais favoráveis à saúde e à produção, temos caracterizado o sofrimento criativo. De outra forma, o sofrimento será qualificado como patogênico, ou seja, quando na luta contra o sofrimento o indivíduo desenvolve soluções desfavoráveis para sua saúde e para a produção.

Deste modo, é na dinâmica da relação sofrimento psíquico e trabalho que o indivíduo desenvolve as ações possíveis de mudar o destino do sofrimento, favorecendo a sua transformação em criatividade, exprimindo benefício à identidade. Portanto, temos no sofrimento o campo que separa a saúde da doença.

Em relação à atividade produtiva de modo geral, já podemos afirmar que o equilíbrio e a saúde mental estão ligados à natureza da organização do trabalho. Para o trabalho em saúde, não é diferente. Profissionais e gestores que trabalham em uma unidade hospitalar precisam atentar para a problemática saúde mental/trabalho, investigá-la e acompanhá-la cuidadosamente em um nível de responsabilidade compatível com as atividades desempenhadas profissionalmente, transcendendo a preocupação restrita à saúde somática (Dejours, 1996). Considerar essa complexa questão, ou seja, atentar para a subjetividade/trabalho e suas relações, fará o trabalhador em saúde ampliar sua capacidade de compreender a si

mesmo e o contexto organizacional, ampliando ainda sua capacidade de decidir e agir em situações concretas do seu dia-a-dia (Campos, 2007). Tais considerações acenam à relevância do presente ensaio.

Inserido na área de saúde mental e trabalho, o estudo ora focalizado tem sua proposta principal na análise de situações laborais de um hospital de doenças infecciosas, potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, vividas por seus trabalhadores. Por conseguinte, para que houvesse a identificação do fenômeno, fez-se necessário conhecê-lo e significá-lo, lançando mão, principalmente, de pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, uma vez que esta abordagem prioriza a subjetividade da relação homem/trabalho, com origem na percepção dos trabalhadores acerca da dimensão organizacional.

Para esse momento de produção do feito científico, é relevante que tenhamos compreensão também dos limites e possibilidades do processo investigativo. Minayo (1999) assegura que a realidade social apreendida apenas pela aproximação constitui-se muito mais rica do que qualquer teoria ou pensamento que antecipamos dela. Assinala ainda, “que o real está sempre colocado como premissa, embora operacionalmente, partamos da elaboração do abstrato para o concreto”. (P.21). Esse real dinâmico, que apenas se insinua e nos inquieta como profissional cujo trabalho (na organização) está voltado para o bem-estar do trabalhador e sua qualidade de vida, desenha o objeto do presente estudo.

O esforço teórico ocorreu no sentido de buscar conhecer o fenômeno trabalho e sua organização desde Marx (1985) e Codo (2002, 2006). Mais adiante, aproximamo-nos da temática trabalho e saúde mental, trabalho em saúde, seguida do que é sofrimento psíquico no trabalho, utilizando o referencial da teoria da Psicodinâmica do Trabalho em Dejours (1992, 1994, 1996). Completando o marco teórico, uma vez que o cenário do estudo se constitui a própria cultura da organização, estudamos o que é cultura organizacional, com fundamento em Aguirre (1993, 2004), favorecendo um entendimento da influência desta sobre o nosso objeto de exame.

Assim, temos o trabalho que, por suas características historicamente estabelecidas, ocasiona sofrimento psíquico no trabalhador, afetando sua saúde mental no confronto de sua subjetividade com as atividades produtivas. Ante este

fato, o sujeito elabora estratégias de defesa que o protejam do adoecimento mental, influenciadas por sua história individual e pela própria cultura organizacional.

A aproximação teórica à temática saúde mental e trabalho fez-nos reconhecer e ressignificar situações observadas em nossa prática profissional e, de imediato, perceber a relevância do tema para os trabalhadores do hospital. Ao referido hospital chegamos ao final do ano de 1999. Até 2001, atuamos no Serviço Social de uma unidade de tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (sigla em língua portuguesa), com 32 pacientes. No segundo ano de casa, fomos convidada a implantar a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas, cuja missão era criar um ambiente organizacional de desenvolvimento integral do trabalhador e a conseqüente busca de resultados para a organização.

A Coordenação desenvolve um trabalho estratégico e transversal. A natureza das ações (capacitação, valorização, integração e motivação) possibilita maior proximidade com toda a organização: a assistência à saúde dos pacientes; às Diretorias Geral, Técnica, Clínica e Administrativa; o Comitê da Gestão¹; usuários; corpo funcional; fornecedores; Ouvidoria etc., favorecendo um *locus* privilegiado de observação do trabalho e dos trabalhadores diante da totalidade organizacional.

Desta forma, fazem parte do trabalho da Coordenação a atenção voltada para o trabalhador, seu desenvolvimento e qualidade de vida. Com suporte na observação diária e nos relatórios da Coordenação, notamos que o grupo de trabalhadores do ambulatório de HIV/AIDS era o menos presente nas atividades e cursos ofertados. O número elevado de reclamações junto à Ouvidoria do hospital, apresentadas contra o atendimento do setor em questão, era outro dado digno de nota. Conversando mais de perto com os trabalhadores, o argumento apresentado por muitos deles é a falta de tempo, alegando o grande número de pacientes para atendimento até o final do dia. Outra alegação é o restrito número de funcionários, o que impossibilita a cobertura da lacuna ensejada pela saída de uma colega a cursos e atividades culturais do hospital.

A natureza das patologias, principalmente da AIDS, é outro fator significativo para o trabalho no ambulatório. O *Glossário Temático DST e AIDS* (Ministério da Saúde, 2006) apresenta a

¹ Órgão consultivo formado por todos os gestores e direção do Hospital em estudo.

AIDS, fem. Sin. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Doença clínica decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo HIV de tipos 1 e 2. Notas: 1. A AIDS caracteriza-se por supressão profunda da imunidade mediada, principalmente por células T, resultando em infecções oportunistas, neoplasias secundárias e doenças neurológicas. 2. A transmissão do HIV ocorre por meio das seguintes condições: i) pelo contato sexual; ii) pela transmissão do vírus de mães infectadas para fetos ou recém-nascidos; iii) pelo sangue, em transfusões de sangue e hemoderivados; iv) uso compartilhado de drogas injetáveis. 3. O HIV tipo 2 não tem relevância epidemiológica no Brasil. (P.15).

Em um contexto sócio-histórico, a doença constitui algo influenciado pelas relações sociais, econômicas, individuais, políticas, filosóficas, ou seja, um processo inserido na dimensão cultural do indivíduo. Desta forma, a AIDS, sigla estadunidense da Síndrome, representa um evento sociocultural, que aparece no início dos anos oitenta do século passado nos Estados Unidos. Por ter atingido os cinco continentes, é chamada de pandemia e, no princípio, era considerada como “peste gay”, em relação à alta infecção de homossexuais masculinos à época. Os avanços dos estudos sobre a AIDS levaram à superação da idéia de grupo de risco para contaminação com vírus da imunodeficiência humana (HIV), utilizando a expressão “comportamento de risco”. Hoje, apresenta-se o conceito de vulnerabilidade, que “possibilita a avaliação objetiva, ética e política das condições de vida a que se submete cada indivíduo exposto ao problema”. (Schaurich, Coelho & Motta, 2006, p. 455).

Mesmo vivendo hoje uma tendência à cronicidade, com o desenvolvimento do tratamento empregando anti-retrovirais, os indivíduos infectados pelo HIV enfrentam o preconceito, a discriminação e o estigma nas diferentes sociedades, culturas e momentos históricos diversos. Schaurich, Coelho e Motta (2006) acreditam que o “HIV projeta-se sobre o indivíduo e o despersonaliza, o qual deixa de ter uma doença e passa a ser a própria doença”. (P.457).

Ferreira (2003) acentua que “o paciente contaminado com HIV freqüentemente passa por relação discriminada nos mais variados estratos sociais, começando na atenção hospitalar” (p.32), além de ter o medo da morte antecipado. Estamos falando de uma síndrome, até o momento, sem cura e com fortes

implicações morais e éticas por envolver a sexualidade das pessoas e enseja no portador, além das afetações físicas, crise existencial, sentimentos de desamparo, desalento e desassossego.

O lidar com pacientes de doenças crônicas, tratáveis, contudo incuráveis, enseja uma roda viva, um ritmo de atividades e relações exigentes de atenção, habilidade e competência. O inusitado, o reduzido espaço físico; a situação social precária de boa parte dos pacientes em acompanhamento; as perdas e lutos vividos pelos profissionais e familiares de pacientes jovens, crianças, idosos ou homens em idade produtiva; a burocracia dos processos públicos estatais; as relações entre a equipe; a necessária multiplicidade de empregos de alguns profissionais para compensar baixos salários; e o reduzido número de trabalhadores para atender a demanda crescente representam experiências que, a despeito de parecerem piegas, retratam e caracterizam o dia-a-dia dos profissionais do ambulatório do hospital de doenças infecciosas.

É relevante atentar para o fato de que, como parte da dinâmica do trabalho hospitalar, encontra-se ainda a expectativa na qual o fazer do trabalhador deve produzir um equilíbrio entre vida e morte, entre saúde e doença, entre cura e óbito que, na realidade, transcende suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico (Pitta, 1994).

Como espaço laboral semelhante a qualquer outro e ao mesmo tempo particular e especial, contudo, um hospital não é somente um lugar de cura, pois possui uma tradição viva, ativa e atual (Foucault, 1979/2007). Campo de cultura, de relações de trabalho, de contradições e ambivalências (lugar de morte, *locus* de vida), o hospital representa um terreno de práticas cotidianas de trabalhadores que o assumiram como ofício, ambiente de labor.

O volume e a natureza do atendimento, os conflitos produzidos pelas escalas de serviços, o quadro reduzido de profissionais diante da grande demanda, as relações hierárquicas, o adoecimento, a natureza das patologias e o que cada situação revela assinalam uma clara relação com a natureza da organização do trabalho. O observado quando da nossa atuação na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas levou-nos a intenção de investigar as situações de trabalho potencialmente geradoras de sofrimento psíquico vividas pelos profissionais de saúde lotados no Ambulatório do Hospital São José, ao tempo em que tentamos identificar as estratégias de defesa.

O sofrimento se mostra mediante as estratégias de defesa, elaboradas pelos trabalhadores em um espaço de liberdade encontrado entre o trabalho prescrito e trabalho real. Elas permitem adaptar a organização do trabalho ao seu desejo e necessidades, transformando o sofrimento em resposta criativa que fará bem a sua saúde e à produção por aportar prazer à atividade produtiva.

Em assim sendo, acreditamos na possibilidade de que algumas destas estratégias de defesas podem ser sugestivas do sentido de ócio, compreendendo que o ócio, uma dimensão esquecida e descaracterizada da vida humana na contemporaneidade, desempenha uma função compensatória essencial para o equilíbrio psíquico do indivíduo, uma fonte de saúde e prevenção de enfermidades físicas e psicológicas (Cuenca, 2003).

As defesas têm a função de preservar o equilíbrio psíquico por meio da normalidade, ou seja, do não-adoecer (Dejours,1996). Considerando a pertinência entre as estratégias de defesas estabelecidas, o sofrimento psíquico enfrentado, o trabalho e a cultura organizacional onde as relações estão imersas, algumas questões passaram a nos interessar. Que situações de trabalho são potencialmente geradoras de sofrimento psíquico do trabalhador? O que os trabalhadores em saúde fazem para não adoecer mentalmente perante às situações de trabalho, potencialmente geradoras de sofrimento psíquico? Como eles toleram esse sofrimento?

A natureza do objeto investigado é soberana na definição da escolha da metodologia. Portanto, decidimos por uma pesquisa etnográfica, com abordagem qualitativa, entendendo as “metodologias de pesquisa qualitativa como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”, considerando seus aspectos subjetivos não quantificáveis.

O método etnográfico, com esteio em Aguirre (1995), Laplantine (2004) e Geertz (1989), justifica-se por ser adequado à compreensão e identificação dos fenômenos culturais de uma organização, quando se busca o entendimento do significado das ações de seus participantes.

Como instrumentos, foram utilizados a etnografia e a entrevista narrativa. Cumpre-nos explicar que a observação etnográfica realizada foi indispensável para compreender e significar as situações geradoras de sofrimento psíquico como um todo. Precisamos, porém, lançar mão da entrevista narrativa, instrumento qualitativo, de profundidade, que complementou a solicitação do objeto. Dejours(1994) considera que “em matéria de sofrimento no trabalho, não se pode proceder a uma observação(...). É preciso, para se ter acesso ao sofrimento, passar necessariamente pela palavra dos trabalhadores”. (P. 68).

O sofrimento psíquico, campo que separa a doença da saúde (Seligmann-Silva, 1994), é inerente à atividade produtiva marcada pela distância entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real. Dejours (1996) aponta uma articulação entre o sofrimento singular, advindo da história própria de cada indivíduo, e o sofrimento atual, com origem no reencontro do sujeito com seu trabalho.

Conta o mito que Sísifo, astuto e inescrupuloso, por castigo de Zeus em virtude de seu hedonismo e desdém aos deuses, foi condenado a passar a eternidade a rolar uma pesada pedra morro acima e, ao chegar próximo ao topo, a pedra rola novamente até o sopé, e tudo recomeça, continuamente. Salis (2003) apresenta a mítica história, fazendo ver que o esforço repetitivo e inútil de Sísifo representa a realização de um trabalho sem sentido, e, ainda pior, sem direito algum ao seu próprio destino, ficando ele estagnado, subtraído do talento de evoluir.

Borges e Yamamoto (2004) referem o mito mediante uma reflexão de Albert Camus em seu ensaio filosófico *O Mito de Sísifo*, de 1942. Para os autores, o escritor considera que

O auge do desespero de Sísifo não está na subida: o imenso esforço despendido não deixa lugar para outros pensamentos. A descida ao contrário, não exigindo esforço, é o momento em que Sísifo é confrontado com o seu destino: o aspecto trágico é conferido pela consciência que tem da sua condição. (P.24).

Muitos dos trabalhadores da saúde desconhecem a proximidade entre sua saúde mental e sua atividade produtiva. São levados a ignorar seu trabalho sem sentido, repetitivo e alienante, a exemplo de Sísifo, como fonte de sofrimento psíquico. Para a Psicodinâmica, o trabalho pode igualmente ser fonte de prazer, desde que permita ao homem pensar, dar-se conta, abrir espaços entre o trabalho prescrito e o real, permitindo ao trabalhador intervir no processo usando seu talento e criatividade.

Assim, consideramos que a relevância do presente estudo, o primeiro sobre essa temática a ser realizado no espaço laboral da pesquisa, encontra-se em favorecer o entendimento da relação saúde mental e trabalho; em atentar para sua decisiva interface para a vida do indivíduo trabalhador, favorecendo a que reflitam

sobre a vinculação da organização do trabalho e o sofrimento psíquico, possibilitando, enfim, nova perspectiva sobre a subjetividade do indivíduo como totalidade, o que ensejará certamente, uma prática profissional menos adoecedora e mais realizadora do homem.

A estrutura de tópicos do estudo referido objetiva organizar a apresentação dos resultados e análises dos dados pesquisados, com base em uma teoria que fundamentou o trabalho de pesquisa.

A introdução apresenta a temática, antecipando justificativa, relevância, conceitos e metodologia, seguida da declaração dos objetivos da pesquisa ora realizada. O segundo capítulo busca exibir sua base teórica edificada de forma que esta subsidie a compreensão do caminho e a pesquisa em si, ao longo da leitura. Para tal, estudamos trabalho à luz, principalmente, de Marx e Codo, em cujas reflexões o trabalho é divisado como uma relação entre o homem e a natureza geradora de significado. Sobre a temática saúde e mental e trabalho, vimos o sofrimento psíquico, objeto de estudo da Psicodinâmica do Trabalho. Dejours, seu principal teórico, apresenta o sofrimento psíquico como inerente a todo e qualquer trabalho, desde que não haja espaço entre o trabalho prescrito (tarefa) e sua forma real (atividade), não permitindo ao trabalhador inserir-se na tarefa. Esse sofrimento psíquico força a elaboração de estratégias de defesa que, por via da criatividade, faz surgir o prazer na prática produtiva. No terceiro capítulo, pelos estudos de Manuel Cuenca, apresentamos uma compreensão de ócio, numa tentativa de favorecer o entendimento de um dos objetivos específicos da pesquisa, que é verificar a existência de sentido de ócio nas estratégias de defesa formuladas em relação ao sofrimento. O quarto capítulo, com fundamento intenso em Aguirre e Geertz, nos reportamos à cultura organizacional, buscando clarear o cenário cultural da seara de pesquisa, de maneira a possibilitar a identificação da cultura com o objeto investigado. O percurso metodológico encontra-se no quinto capítulo; no sexto, encontramos uma descrição etnográfica do serviço de saúde pesquisado como produto da observação participante. Apresentamos a análise do Discurso do Sujeito Coletivo e sua discussão no sétimo capítulo seguido das considerações finais, referências utilizadas no estudo, anexos e apêndices. As considerações finais ensejam os aprendizados e desafios conhecidos no decorrer do estudo. Desde já, podemos asseverar que a imersão no campo e as entrevistas com os sujeitos fizeram-nos ver que o fato mais desafiador, no entanto, não menos prazeroso, de um trabalho acadêmico de investigação provavelmente está na expectativa que ele suscita de contribuir com a evolução do tema estudado, com suporte na sua transformação em conhecimento teorizado, possibilitando um partilhamento fecundo.

Em última instância, nossa intenção é possibilitar a discussão na senda organizacional da saúde que favoreça a percepção de trabalhadores e gestores a respeito da ubíqua relação subjetividade/trabalho.

Nessa intenção, o presente estudo sugere uma inter-relação do sofrimento psíquico, ocasionado por situações no trabalho, com as estratégias de defesa e a cultura organizacional, alusão esta que surgiu no decurso de nossa experiência de alguns anos de trabalho no hospital campo da pesquisa.

Fazendo uso do método etnográfico, o objetivo geral da investigação traduz-se em analisar situações de trabalho potencialmente produtoras de sofrimento psíquico dos trabalhadores de um hospital de referência em doenças infecciosas. Na busca de examinar estas circunstâncias potencialmente geradores de sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde do ambulatório do Hospital, o alcance de outros objetivos é matéria de nosso interesse. São eles:

- identificar situações geradoras de sofrimento psíquico em trabalhadores de uma unidade hospitalar referência em doenças infecciosas;
- descrever as estratégias de defesa dos trabalhadores frente ao sofrimento psíquico;
- conhecer quais são a(s) forma(s) de defesa desenvolvida(s);
- verificar a possível vinculação entre as estratégias de defesa e a cultura organizacional; e
- analisar a vinculação das estratégias de defesa com o sentido de ócio.

Girin (2007) define situação sob três aspectos - por seus participantes (trabalhadores da saúde), por uma dimensão espacial (Hospital estudado) e por uma dimensão temporal (apreensão na observação). Podemos perceber a situação com apoio em um grande número de pontos de vista que não se esgota nunca. Portanto, nosso objetivo geral constitui-se em analisar situações sob o prisma da Psicodinâmica do Trabalho, cujo potencial gerador de sofrimento psíquico se expresse como por estratégia de defesa.

2. TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO

“O trabalho é por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente.”

(Dejours, C. in Lancman & Sznelwar, 2008).

Estudar as situações de trabalho que ocasionam sofrimento psíquico possibilitou (superando aprendizados e desafios) chamar a atenção do próprio trabalhador para a onipresente relação entre saúde mental e trabalho.

Para compreensão da caminhada teórico-metodológica, situamos, em breve exposição, o universo do estudo. A investigação, em sua totalidade, desde o recorte do tema à recolha e exame dos indicadores, teve suporte em alguns autores com quem exercitamos um contínuo diálogo, favorecendo a compreensão de como o objeto se mostra, ratificando posições teóricas, ao tempo que nos conduziu a olhar com novos olhos as atividades dos trabalhadores sujeitos do estudo.

Fundamentada, principalmente, na Psicodinâmica do Trabalho, teoria que tem como objeto de estudo o sofrimento psíquico do trabalho, utilizamos um suporte teórico a respeito do que é trabalho (e sua organização), seguido de uma aproximação ao binômio saúde-mental/trabalho e sofrimento psíquico/estratégias de defesas. Levantamos ainda um estudo teórico sobre o ócio como experiência de prazer livremente eleita, da ordem do desejado e do sentido de quem vivencia (Cuenca, 2003), considerando a possibilidade de que as estratégias de defesa elaboradas pelos sujeitos no confronto às situações de trabalho potencialmente adoecedoras possam expressar um sentido de ócio.

Entendendo que a cultura organizacional constitui “um conjunto de significados (...) compartilhados, mantidos por meio da socialização e da linguagem, (...) de manifestação do consciente e do inconsciente, e como tal constituída de experiências subjetivas” (Mendes, 2004, p.61), portanto, acreditamos que nela estão imersas as situações de trabalho que ensejam sofrimento psíquico, como também a elaboração de estratégias de defesa. Assim, estudar o que é cultura, bem como saber o significado de cultura organizacional, representou uma exigência para melhor compreensão do objeto.

2.1 O trabalho

A análise de situações de trabalho que, em potencial, originam sofrimento psíquico, objetivo do presente estudo, solicita um conhecimento mínimo do que seja trabalho, com sua significação para o homem. A vastidão e a importância do tema nos obrigam a recortá-lo, trazendo-o para o *locus* de sua relação com a saúde mental.

Dos tempos primitivos até hoje, a história do trabalho como fenômeno humano transitou por transformações em sua natureza e concepção. Cada vez mais assume uma centralidade na vida das pessoas, chegando a se caracterizar como um fim em si mesmo.

Na Antiguidade, *Erga* e *Douléia* representavam duas formas de trabalho. *Douléia* dizia respeito ao trabalho necessário à sobrevivência da vida humana, aquilo que tinha que ser realizado, gostando-se ou não. *Erga* estava ligado ao trabalho voltado à criação, visando à satisfação e caracterizando uma cumplicidade do homem com os deuses; contudo, “isso só poderia ser conquistado a partir dos talentos de cada um e qualquer forma de criação teria valor desde que deles partisse, e desde que voltada para a consolidação e recriação da vida.” (Salis, 2004, p.77).

Arendt (2007), em sua *Condição Humana* infere como preconceito dos historiadores modernos “a opinião de que o labor e o trabalho eram ambos vistos com desdém na antiguidade pelo fato de que somente escravos os exerciam”. (P. 94). Explica que nas Cidades-Estados, as ocupações políticas dedicada à *pólis* tinham a dedicação quase exclusiva dos cidadãos gregos. Aquelas atividades que serviam apenas à subsistência eram vistas com desprezo na medida em que elas expressavam dependência a uma necessidade. Esclarece que,

No mundo de Homero, Paris e Ulisses ajudam na construção de suas casas, a própria Nausicaa lava roupas dos irmãos, etc. Tudo isso faz parte da auto-suficiência do herói homérico, de sua independência e supremacia autônoma de sua pessoa. Nenhum trabalho é sórdido quando significa maior independência; a mesma atividade pode ser sinal de servilidade se o que estiver em jogo não for a independência pessoal, e sim a mera sobrevivência. (Arendt, 2007, p. 93).

Nos primeiros anos deste século, o trabalho aufere características de atividades complexas, com tecnologias sofisticadas, e apresenta práticas e relações racionalizadas, com tendência nítida de distanciar o homem de seus talentos e poder criativo. Arendt (2007) assevera que a Era Moderna inverteu todas as tradições, tendo glorificado o trabalho (*labor*) como fonte de todos os valores, transformando todas as atividades em necessidade e opondo a contemplação a todo e qualquer tipo de atividade.

Marx (1985) considera que “antes de tudo o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza.” (P.149). Codo (2006) acrescenta que a dimensão mais essencial do trabalho está representada pelo duplo vínculo de transformação entre o homem e a natureza, no entanto, alerta para a noção de que não é qualquer transformação, mas aquela geradora de um significado.

Na ação vulgar, o sujeito se transforma ao transformar o objeto e vice-versa; no trabalho, o circuito se abre para uma terceira relação, um signo que fica (signo-ficare), o significado, o qual por sua vez se transforma e é transformado pela ação recíproca do sujeito e/ou do objeto. O significado se define pela permanência além e apesar da relação como objeto, ou seja, se define pela transcendência à relação S<->O. (Codo, 2006, p. 81).

Compreendemos, assim, que, alterando a natureza, o homem muda o mundo (dimensão cultural), os homens (dimensão social) e a si mesmo (dimensão psicológica) (Codo, 2002). Vendo por esse ângulo de mútua relação, fica mais fácil perceber a dimensão subjetiva profundamente marcada pela atividade produtiva e vice-versa.

O alcance dessa relação aproxima-se quando entendemos que a hominização ocorre por meio da conquista da individualidade pelo trabalho, ou seja, quando o indivíduo produz os meios de sua existência, fazendo-se a si mesmo ao fazer o mundo mediante sua atividade produtiva. (Marx 1985, *apud* Codo, Sampaio & Hitomi, 1998). Esse processo passa a ser afetado com o aparecimento do trabalho na indústria em detrimento da atividade dos artesãos. Desde então, ele passou a ser uma mercadoria de troca, cuja força de trabalho é paga por salário. A reificação do trabalho (seu distanciamento do homem) representa o marco histórico da mudança do conceito, na natureza do trabalho e na forma do homem se relacionar com ele. De tal modo, quando o trabalhador “desaparece” no “chão da fábrica” (espaço de produção), se transforma em força de trabalho (mercadoria), e volta à individualidade quando passa a consumidor (espaço de reprodução).

Em decorrência dessa caracterização do trabalho, o indivíduo (que se confunde com ele) perde sua condição de ser transformador e transformado; aliena-se não se percebendo sujeito – assumindo um papel de estranho a sua condição humana, fragilizando-se. Assim, por meio do trabalho, efetiva-se uma alienação, aquela vista como divórcio entre o homem e o produto do homem. (Codo, Sampaio & Hitomi, 1998). Com isso, Borges e Yamamoto (2004) alertam para a noção de que “quando uma forma de exercer o trabalho tenta eliminar a intencionalidade humana ou as suas capacidades cognitivas, está tentando descaracterizar o próprio trabalho em uma condição humana central”. (P.25).

O trabalho é gerador de significações psíquicas para o sujeito, como cita Codo (2006), por constituir um mediador entre subjetividade e objetividade. Ferreira e Barros (2003) apresentam as vivências psíquicas dos trabalhadores tecidas no cotidiano do trabalho, em especial mediante a “gestão do trabalho prescrito, da interpretação do trabalho real, da construção de novos saberes, da gestão de relações socio-profissionais e da elaboração de significação psíquica em termos de prazer-sofrimento”. (P. 9).

Assim sendo, a centralidade do trabalho na vida das pessoas enseja situações contraditórias. Por um lado, temos o trabalho como atividade potencializadora da identidade do trabalhador, com importante função na garantia de sua saúde. Aliás, Freud (1997) considera o trabalho como fonte de felicidade, o que quer dizer fonte de prazer, satisfação e bem-estar, quando livremente escolhido. De outra parte, encontramos também uma atividade laboral encarada como necessidade de sobrevivência, com pouco espaço para o desenvolvimento criativo, reproduzido em condições e organização precárias, contribuindo para o adoecimento físico e mental. Mendes e Cruz (2004) expressam que:

O trabalho pode ser um prazer, dependendo das condições nas quais é realizado, da atitude em relação à tarefa e da compatibilidade entre exigências e capacidade do indivíduo, e um desprazer quando é uma atividade restringida por forças externas e que exija um gasto de energia maior do que o indivíduo seja capaz de produzir. (P. 42)

Malvezzi (2004) ajuda-nos a pensar trabalho de maneira pertinente ao estudo realizado, considerando a atividade produtiva balizada por valores, relações de poder, significados e conhecimentos que fundamentam sua institucionalização. O autor vê o trabalho como

(...) uma prática transformadora da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano. Por meio do ato e do produto de seu trabalho o ser humano percebe sua vida como um projeto, reconhece sua condição ontológica, materializa-se e expressa sua dependência e poder sobre a natureza, produzindo os recursos materiais, culturais e institucionais que constituem o ambiente, e desenvolve seu padrão de qualidade de vida. (P. 13).

Como vemos, maior aproximação à temática trabalho possibilita ultrapassar o reducionismo que o circunscreve à dimensão objetiva unicamente e ampliar sua compreensão como fenômeno determinante sim, mas ocorrente em uma relação social, histórica, subjetiva e intersubjetiva. Assim, importa ainda considerar o fenômeno trabalho não completamente apreensível à medida que se trata de algo historicamente dado, em permanente mudança.

Chegando mais próximo do objeto de estudo, o trabalho em saúde constitui um exemplo do que foi há pouco teorizado. Trabalhamos para os pacientes e usuários, mas também para nós; transformamos e somos transformados. Trabalhamos ainda para a reprodução ampliada das condições de trabalho e de vida (Campos, 2007).

2.2 O Trabalho em saúde

Como parte do setor terciário da economia, o trabalho em saúde pertence ao Setor de Serviços, que compartilha características da produção da sociedade capitalista, onde se insere. Desta forma, as transformações que ocorrem nos setores mais dinâmicos da economia, como a indústria ou serviços, influencia o setor saúde (Ribeiro, Pires & Blank, 2004). Isso porque o trabalho em saúde se desenvolve atendendo necessidades socialmente elaboradas, que se alteram no tempo e no espaço. A constante utilização de altas tecnologias, exames de alçada complexidade e “medicalização” crescente são fatos que comprovam e exemplificam a influência da lógica de mercado na saúde.

Outro ponto de identificação do trabalho em saúde com as características de uma produção capitalista está na fragilização dos vínculos trabalhistas e na negação ou omissão dos direitos constitucionais dos profissionais, a qual segue a tendência neoliberal de exploração do trabalhador. A presença de cooperativas, empresas de locação de mão-de-obra especializada que atuam com modelos precários de vínculo, acena muito fortemente para o *status quo*, contudo, o impacto que as modernas formas de produção globalizada, centrada em um processo produtivo flexível, provoca no trabalho em saúde ainda precisa ser melhor compreendido (Peduzzi, 2002).

Mesmo sendo o trabalho em saúde atividade produtiva semelhante a qualquer outra, temos que considerar a especificidade de sua natureza. Peduzzi (2002) o caracteriza como um trabalho reflexivo, uma vez que seu objeto é representado pelas necessidades de saúde, sentidas e apresentadas aos serviços pelos sujeitos/ usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos /agentes do trabalho. Nesta circunstância, o trabalho representa “um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se”. (P. 83).

Deste modo, o trabalho em saúde se completa no ato da sua realização. Seu produto imaterial, sendo a própria realização da atividade, é indissociável do processo de produção. Sua finalidade constitui-se na ação terapêutica de saúde; seu objeto de intervenção é o indivíduo ou grupos doentes, sãos ou expostos a riscos, necessitando de ações curativas, que preservem a saúde ou ações preventivas de doenças; os instrumentos e condutas são seu instrumental; e o produto final é representado pela própria prestação da assistência de saúde, produzida e consumida ao mesmo tempo (Pires, 2000).

Vasques-Menezes (2004) chama a atenção para a existência de duas realidades contraditórias presentes na ação do trabalhador em saúde. A relação afetiva faz parte do exercício diário do profissional em saúde, no entanto essa realidade é interdita por exigência de uma relação profissional repleta de questões normativas, como escalas, horários, salário e atribuições, caracterizando um grande conflito: “vincular-se afetivamente *versus* não vincular-se afetivamente. (...) implica em fazer e não fazer o seu trabalho.” (P. 37).

Fazendo acontecer seu trabalho, o trabalhador em saúde desenvolve suas ações de maneira processual, caracteristicamente em equipe baseadas em um saber operante. Por saber operante compreendemos aquele possuidor de uma dimensão tecnológica, que configura possibilidade de intervenção, mesmo sem a dimensão material de instrumento (Mendes-Gonçalves, 1994, *apud* Peduzzi, 2002). A autora acredita que a categoria saber operante permite ver o trabalhador como mediador, estabelecendo relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos. No dia-a-dia ele se manifesta na relação objeto (necessidade de saúde dos sujeitos), instrumentos e a atividade do trabalho.

Os trabalhadores em saúde têm características diferentes quanto a sua natureza e ao dimensionamento na assistência. Assim, temos o grupo de profissão com o controle do processo (Medicina, Odontologia, Psicologia e outros) e o grupo de profissões para auxílio no diagnóstico e tratamento (Nutrição, Enfermagem, Serviço Social etc.). Defendendo o direito à autonomia da profissão, resistindo ao controle de uma sobre a outra, há uma reação que aponta para uma perspectiva em que seja considerado um novo paradigma, onde o desenvolvimento social seja o pano de fundo.

Leopardi (1999) defende um novo dimensionamento das profissões da saúde, com fundamento numa associação das ciências da saúde com as ciências sociais, dando à luz uma nova ciência da saúde, que tematiza a condição humana como expressão da vida do sujeito (a morte, os eventos de adoecer e morrer); considera o indivíduo alvo da ação terapêutica nem igual nem superior a outro e torna a enfermidade um conceito amplo que cultiva o simbólico e o imaginário.

Para o presente, a mudança defendida por Leopardi (1999) está na ordem do vir-a-ser, cuja possibilidade mostra-se no caráter não permanente da vida social. No momento, o trabalho em saúde desenvolve-se caracterizado por

Inovação tecnológica ao lado de uma reorganização burocrática de modo que as conquistas são superficiais e não estruturais; aprofundamento da coisificação do paciente em que a manipulação relativa aos problemas de saúde, preventivos ou curativos, promove um maior distanciamento entre terapeuta e enfermos, interpondo-se mais e mais artefatos entre ambos, de modo que o contato direto, até mesmo com o corpo se torna cada vez mais raro, mais ainda em relação ao contato afetivo; a hierarquização está mais centrada no médico, mesmo que seu trabalho venha perdendo espaço no mercado; o trabalhador da saúde vem sendo basicamente consumido no trabalho, pelo excesso de responsabilidades, inclusive legais, pelas cargas ocupacionais e pelas condições inadequadas no ambiente, além da perda do espaço de lazer. (P.20)

Como ação de saúde, entre inúmeras, podemos enumerar: decisões clínicas; previsão de riscos; intervenções psicossociais; processos de educação para a saúde; ajuda para escolha de estratégias terapêuticas; cuidado e conforto; avaliação das funções vitais; avaliação dos resultados das ações de saúde; manutenções de padrões fisiológicos possíveis; suporte para a morte e o ato de morrer; suporte nas situações de desenvolvimento, crises e mudanças, entre outras (Leopardi, 1999).

O fazer expresso há pouco insere-se na especificidade do trabalho em saúde que ocorre mediante seu processo e ritmo, sua divisão técnica e social, distribuição das atividades e a forma como sucedem as relações hierárquicas e entre iguais no desenrolar das atividades. Chamada de organização do trabalho, toda essa estrutura, caracterizada pela cultura organizacional, marca, interfere e até determina a relação do trabalhador/atividade produtiva.

Seguindo o caráter histórico, podemos salientar que nenhuma organização de trabalho acontece de maneira linear, e em saúde não é diferente. Ela atende a um determinado modelo de processo e gestão historicamente demandado, como também a posições ideológicas hegemônicas que acenam para determinadas

concepções de trabalho e saúde, ignorando algumas especificidades do próprio setor saúde.

O estudo ora realizado leva-nos a ver que a incerteza, o inesperado e a descontinuidade são características do trabalho em saúde, incompatíveis com a rigidez, controle e uniformidade dos processos da organização científica do trabalho. Podemos considerar, no entanto, que o trabalho em saúde possui características de uma lógica taylorista de organização e gestão. Esta se manifesta mais clara mediante uma divisão pormenorizada e fragmentada das ações, que cada vez mais é buscada, onde o processo perde a noção de totalidade, levando o profissional à falsa percepção de que sua ação sucede de maneira isolada, sem interfaces com outros sujeitos e saberes. Mostra-se, ainda, por intermédio do controle permanente das atividades e tempo de labor; como também aparece quando o trabalho considerado pensante está reservado a uma minoria, normalmente profissionais do nível superior, enquanto um grupo numeroso fica com a operacionalização das tarefas (Ribeiro, Pires e Blank, 2004).

Comprometida com características da organização científica do trabalho de Taylor, a organização do trabalho em saúde, desconsiderando suas singularidades, separa o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho, desenhando assim uma realidade em que o trabalhador “é despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro.” (Dejours, 1994, p. 27). Esta realidade é sensível no campo de pesquisa utilizado.

2.3 Trabalho e saúde mental

Somos obrigada a concordar que a atividade produtiva moderna traz um relativo conforto material para as pessoas sob a forma de altas tecnologias da comunicação, por exemplo. Não se pode negar, no entanto, que produz também problemas sociais e humanos, enseja conseqüências desagradáveis à saúde dos principais agentes do processo produtivo. Esta perspectiva leva-nos a considerar que, de “beneficiário da produção o homem é, amiúde no mesmo movimento, vítima do trabalho.” (Dejours, 1996, p. 150).

O homem é vítima de um modo de vida apressado e acelerado que não permite a transformação e a evolução pessoal que, em princípio, conduziria sua vida. Salis (2004) alerta para o fato de que a escravidão moderna, com sua esperteza, consegue educar o homem, de modo que ele se ache feliz em ser escravo ao tempo em que se vê livre. Viciado e dependente do trabalho,

transformou-se em um escravo aprisionado pelo consumo e “assim não consegue pensar por conta própria, não conquista a liberdade criadora”. (p.29). Isso lhe custa a saúde e um modo de vida vazio e sem sentido, aos moldes do mito de Sísifo.

Destarte, percebemos que o mesmo elemento trabalho carrega a possibilidade de realização (quando o trabalhador transforma e é transformado por sua atividade produtiva, utilizando seus talentos e fazendo-se a si mesmo) e de sofrimento do hPmem (quando a organização priva seu agente da liberdade de intervir na produção, permitindo sua recriação, seja ele qual for).

Assim, “o trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando ele se opõe à sua livre atividade” (Dejours, 1994, p. 24), não permitindo uma articulação dialética com a tarefa. Para a economia psíquica, havendo a adaptação espontânea do trabalho ao homem, esta representa uma experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Desse modo, ancorado em uma organização do trabalho que lhe permite contribuir, o sujeito luta contra a insatisfação, a indignidade, a inutilidade, a desqualificação e a depressão. Ocorrendo o contrário, nenhuma adaptação do trabalho à personalidade é possível (Dejours, 1992). Portanto, dependendo, principalmente, da natureza da organização do trabalho, este pode ensejar sofrimento ou ser mediador de saúde e fonte de prazer.

A psicopatologia do trabalho, no início de suas pesquisas, evidenciava o tratamento de doenças que poderiam ser ocasionadas pela atividade produtiva. A expressão “Psicopatologia do Trabalho” foi usada pela primeira vez por Paul Sivadon² (1952, citado por Lima, 2006), participante do movimento da Psiquiatria Social na França do pós-Segunda Guerra, em artigo publicado em 1952, que tratava da possibilidade de utilizar o trabalho como recurso terapêutico em portadores de transtornos mentais graves. Com o amparo no seu interesse pelo trabalho como potencial terapêutico, Sivadon evidenciava a noção de que, dependendo da sua organização, ele poderia ser potencialmente patogênico.

Le Guillant (Dejours, Abdoncheli & Jayete, 1994), principal representante da psicopatologia do trabalho, foi quem iniciou os estudos sobre as síndromes que afetavam especificamente a saúde mental do trabalhador. Seu ensaio mais conhecido é o estudo acerca da atividade das telefonistas em Paris, em 1956, no qual identificou o que veio a chamar de Síndrome Geral da Fadiga Nervosa (alterações de humor e de caráter, modificações no sono, angústias e outras

² Sivadon, P. (1952/1953) Psychopathologie du travail, in Psiquiatrie et socialites. Ed. Erés.

manifestações somáticas). Identificou ainda a Síndrome Subjetiva Comum da Fadiga Nervosa (sensação de irritação, repetição de expressões verbais do trabalho), manifestada pela manutenção do ritmo de trabalho durante as férias (Merlo, 2002). Contudo, o “contexto de então era caracterizado por um corpo de conhecimentos muito dominado pela patologia profissional somática.” (Merlo, 2002, p. 121).

Com o desenvolvimento dos estudos de Dejours, a psicopatologia passa a ser definida como a “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho”. (Dejours e Abdoncheli, 1994, p. 120). Essa dinâmica diz respeito ao movimento constante, às vezes contraditório, entre os agentes da organização, que busca, via negociação e compromissos, garantir a produtividade e a saúde (Mendes, 2004). Inserida, inexoravelmente, nesse *contínuum* está a estrutura psíquica do trabalhador que afeta e é afetada singularmente pela dinâmica da atividade produtiva, com um papel relevante para a organização (produção) e para o sujeito (saúde).

Possuidora de um histórico recente e em plena evolução, a psicodinâmica, nascida da psicopatologia do trabalho e tendo Dejours como principal expoente, estuda a relação saúde mental e trabalho investigando o papel do trabalho no sofrimento psíquico do trabalhador, porém, privilegiando a normalidade em detrimento da doença.

A normalidade nesse contexto é tomada como condição de normal, numa conotação de saudável, representando resistência e não passividade em relação às imposições sociais (Mendes, 2004). Aqui, ela se caracteriza como equilíbrio psíquico entre situações adoecedoras no trabalho e aquilo que o indivíduo faz para não adoecer; uma tensão, um equilíbrio precário, um estado de normalidade recheada de sofrimento, representado como “espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado o ‘bem-estar’ (...), e de outro, a doença mental ou a loucura.” (Dejours, 1996, p. 153).

Para relacionar neste nível saúde mental e trabalho, a abordagem psicodinâmica divisa o homem como sujeito, aquele que pensa sua relação com o trabalho, interpreta a situação em que está inserido e socializa suas interpretações via intersubjetividade. Em função destas, reage e organiza-se, mental, afetiva e fisicamente, sobre o processo de trabalho, contribuindo para o estabelecimento e evolução das relações de trabalho (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Ante a análise dinâmica da subjetividade mobilizada na relação do homem com o trabalho, Dejours (1996), utilizando-se do referencial psicanalítico, chama a atenção para essa idéia de homem utilizada pela psicodinâmica, a qual é essencial para o entendimento da relação entre organização da personalidade e a organização do trabalho. O autor sugere considerar dois enfrentamentos importantes: primeiro “o encontro entre registro imaginário (produzido pelo sujeito) e o registro da realidade (produzido pela situação de trabalho).” E, em segundo lugar, “o encontro entre o registro diacrônico (história singular do sujeito, seu passado, sua memória, sua personalidade) e registro sincrônico (contexto material, social e histórico das relações de trabalho)”. (Dejours, 1996,p.154).

Essa compreensão é imprescindível para nossa investigação, uma vez que a relação (o enfrentamento) do sujeito com a realidade do trabalho é produto de três dimensões: da subjetividade do trabalhador, um indivíduo único, com história de vida desejos e necessidades; da organização do trabalho, exigência de eficácia, normas, padrões de comportamento; e da coletividade, normas de convivência, relações entre iguais e relações hierárquicas. Conhecer essas interfaces favorece a busca de entendimento da dinâmica que leva trabalhadores, não só, a contribuir com o funcionamento eficaz da realidade de trabalho mas também a identificar a necessidade de formular estratégias que os fazem conviver e sobreviver a um trabalho potencialmente fonte de sofrimento.

Desta forma, do interesse acerca daquilo que faz adoecer o trabalhador, a pergunta que interessa à abordagem psicodinâmica passa a ser: “como os trabalhadores, em sua maioria, conseguem, apesar dos constrangimentos da situação do trabalho, preservar um equilíbrio psíquico e manter-se na normalidade?” (Dejours, 1996, p. 152).

2.4 Sofrimento psíquico no trabalho e as estratégias de defesa

O sofrimento presente na atividade laboral é, como citado, o objeto de pesquisa da psicodinâmica do trabalho. Dejours (1996) caracteriza-o como inevitável e sempre presente e o apresenta como o salvaguarda do equilíbrio psíquico, exigindo, porém, uma série de procedimentos de regulação (Dejours,1994). Uma vez onipresente nas situações de trabalho, o sofrimento garante sua presença em todas

e quaisquer atividades produtivas, inclusive no trabalho em saúde, considerando sua especificidade, já mencionada.

Como vivência subjetiva entre doença mental e o bem-estar, o sofrimento se apresenta dinamicamente como estado de luta do sujeito no enfrentamento das forças que o conduzem em direção à doença mental. (Dejours, 1994) Essas forças podem ser consideradas as pressões que afetam o desequilíbrio psíquico e a saúde mental e advêm da organização do trabalho, representada pela divisão das tarefas (modo operatório), divisão dos homens (hierarquia).

Com tal entendimento, fica mais clara a compreensão da estreita e determinante interface saúde mental e organização do trabalho. Mendes (1996) apresenta a organização do trabalho como resultante de “compromissos entre os homens para definir regras defensivas e regras do ofício, e entre níveis hierárquicos para negociar essas regras, e obter novos compromissos renegociáveis posteriormente” (P.180).

Isso porque, para a abordagem psicodinâmica, não há com o trabalho uma relação puramente técnica, cognitiva ou física como a existente no paradigma taylorista-fordista. Pelo contrário, a técnica está sujeita a um contexto intersubjetivo, uma vez que a relação com a técnica é sempre mediatizada pelas relações hierárquicas, relações de solidariedade, relações de subordinação, de formação, de reconhecimento, relações de luta e geradoras de conflitos. Nesta perspectiva, a intersubjetividade surge no centro da organização do trabalho, sobredeterminada pelas relações de trabalho (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Na medida em que a definição técnica da organização é sempre insuficiente à prova da realidade produtiva e que ela exige sempre reajustes e reinterpretações pelos operadores, somos levados a deslocar o centro de gravidade da análise para a organização real do trabalho. Esta (...) passa, também, fundamentalmente, por uma integração humana que a modifica e lhe dá sua forma concreta. Forma que se caracteriza (...) por sua

evolutividade em função de homens concretos, de coletivos, da história local e do tempo. (Dejours & Abdoucheli, 1994, p.138).

A forma de o trabalhador enfrentar as forças da organização do trabalho, como sujeito singular e coletivo, é que faz a diferença na relação saúde mental e trabalho. Alguns trabalhadores, na luta contra o sofrimento psíquico, desenvolverão estratégias originais favoráveis a sua saúde e ao trabalho, caracterizando, assim, o sofrimento criativo. Em contrapartida, outros chegam a ações desfavoráveis à saúde e à produção, caracterizando-se aí o sofrimento patogênico (Dejours, 1996). “A diferença entre as duas formas estará na dependência das condições individuais (estrutura do sujeito, história individual) e sociais (organização do trabalho, relações interpessoais no trabalho).” (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004, p. 286).

Mesmo classificando o sofrimento, Codo (2002) alerta para o fato de que “o processo de sofrimento psíquico não é linear: depende do contexto, da história de vida e do encadeamento dos eventos em uma situação concreta.” (P.184). O autor, discordando da teoria psicodinâmica que confirma a presença do sofrimento em qualquer espaço laboral, acentua que “o sofrimento psíquico e a doença mental ocorrem quando, e apenas quando, afetam esferas de nossa vida que são significativas, geradoras e transformadoras de significado”. (Codo, 2002, p.174), condições repletas de singularidade.

Martins e Pinheiro (2006) esclarecem que o sofrimento pode favorecer a produtividade por intermédio dos mecanismos de defesa empreendidos no confronto com a organização do trabalho. Como estratégia defensiva, o trabalhador pode vir a ser mais cauteloso e atento à realização de sua atividade produtiva como resposta ao medo advindo do risco que esta favorece; ou, ainda, há a possibilidade de ele desenvolver um ritmo mais acelerado em função da ansiedade de perder o emprego.

O sofrimento patogênico localiza-se na negação do reconhecimento de uma discordância entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real (Dejours, 1996). Ele produz sentimentos de insatisfação e ansiedade, ao passo que o sofrimento criativo representa a transformação do patológico via ressonância simbólica, a qual permite a negociação do desejo do trabalhador com sua realidade de trabalho. Ressonância simbólica entendemos a ambigüidade entre o teatro da infância e o teatro do trabalho (desencadeador do processo), que mobiliza a imaginação e a criatividade. Desta forma, o trabalho possibilita um reencontro do

indivíduo com o sofrimento vivenciado em algum momento das suas relações primárias. (Mendes & Abrahão, 1996).

As estratégias de enfrentamento elaboradas pelos indivíduos diante do trabalho que não os realiza terão o poder de mudar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação em criatividade e prazer, beneficiando sua identidade. (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004).

Partindo da normalidade (equilíbrio psíquico entre sofrimento e bem-estar), o objetivo da psicodinâmica do trabalho é compreender as estratégias de defesa de que os trabalhadores se utilizam para não adoecer. Considerando que o sofrimento pode ser ocasionado na esfera individual do sujeito e/ou no âmbito coletivo das questões do trabalho, as defesas psíquicas podem ser elaboradas coletivamente pelos trabalhadores (chamadas de defesas coletivas e de ideologias defensivas de profissão); como também podem ser desenvolvidas de maneira individual. Dejours (1996) garante que estas últimas presidem o aparecimento de doenças do corpo em resposta às pressões organizacionais, lembrando que as pressões psíquicas do trabalho não se limitam à saúde mental.

Chanlat (1996) considera o ser humano um ser espaciotemporal por serem espaço e tempo dimensões inseparáveis que definem a ação humana por meio de sua geo-história. A vinculação ao espaço-tempo (na organização no nosso caso) favorece para o homem, seja em sua dimensão individual e/ou coletiva, espaços de investimentos afetivos, materiais, profissionais, político e outros. O autor assinala que, como “fontes de enraizamento, estes investimentos reafirmam a identidade pessoal e coletiva” (Chanlat, 1996, p.31). Consideramos que as estratégias defensivas, por seu caráter subjetivo, representam tal investimento nos termos em que cita Chanlat. Por meio das formas de defesa, inseridas e elaboradas desde determinado tempo-espaço, o trabalhador transcura o sofrimento psíquico e revela-se como sujeito de sua história.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) argumentam que as estratégias de defesa, individuais e coletivas, podem proteger o trabalhador do sofrimento, mas podem ainda aliená-lo quando o afastam dos problemas causados pela organização do trabalho.

A possibilidade de superação do impasse entre proteção e armadilha só é possível mediante a compreensão, por parte dos trabalhadores, de como o sofrimento foi produzido, para, a partir deste entendimento, buscar

coletivamente condições para modificar o que o causou. (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004, p. 286).

Dejours e Abdoucheli (1994) atentaram para a questão entre as estratégias de defesa e a alienação. Consideram que, ao transformar a percepção da realidade, as estratégias coletivas de defesa podem enganar os trabalhadores, mascarando o sofrimento e perturbando a ação ou a luta contra as pressões adoecedoras da organização do trabalho. Isto porque, mesmo sendo necessárias para a continuidade do trabalho e adaptações às pressões enfrentando a loucura, as estratégias defensivas possibilitam a estabilidade da relação subjetiva com a organização do trabalho, alimentando uma resistência à mudança. Outra explicação está no custoso e delicado processo psicológico de formulação da estratégia de defesa, uma vez que os trabalhadores conseguem estruturá-la mas hesitam em questioná-la. Assim, o risco relativo de alienação existe.

Quando o trabalho (ou sua organização) representa uma fonte de realização, ou seja, há uma congruência entre o conteúdo da tarefa e os investimentos pulsionais do trabalhador, há um engajamento deste ao espaço da produção, favorecendo inclusive a transformação de situações adversas por ele enfrentadas. Da transformação e negociação constante do trabalhador com a realidade do trabalho, onde ele se reconhece e por isso se transforma, resulta a vivência do prazer.

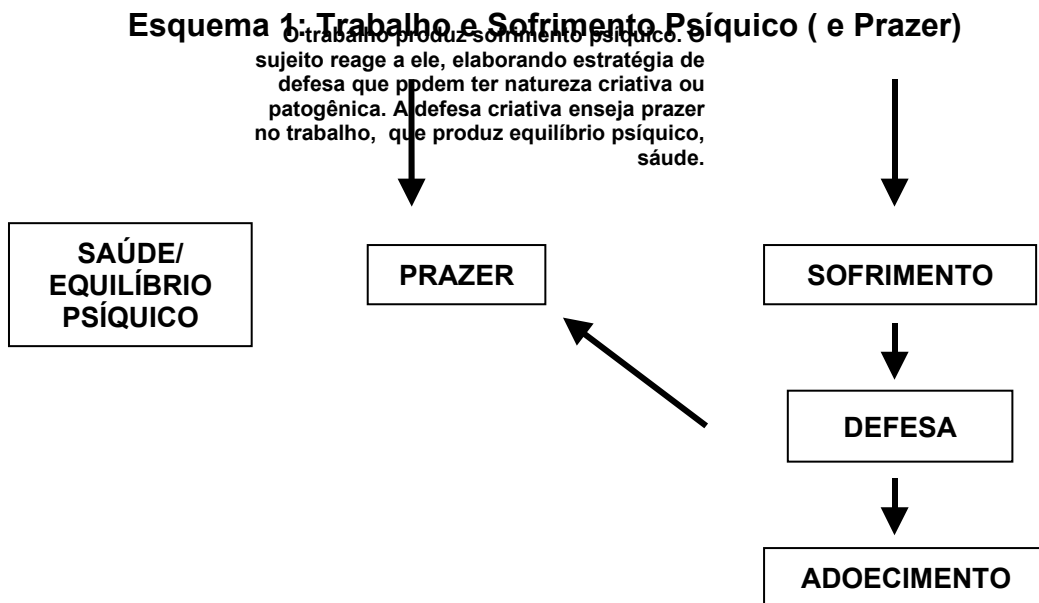
Havendo rigidez da organização do trabalho, ou seja, não acontecendo flexibilidade no que diz respeito à tarefa, o sofrimento psíquico tende a permanecer, levando o trabalhador à constituição dos mecanismos de defesa psicológicos para evitar adoecimento mental ou físico, como antecipamos. Essa dinâmica de formulação de defesas em relação ao sofrimento revela descobertas criativas que podem ser úteis e socialmente reconhecidas. Da mesma forma, a existência de um grande apego ao trabalho de modo a compará-lo com sua família, sua vida, criando vínculos e tudo de mais importante que existe, representa uma forma de atenuar as dificuldades enfrentadas de maneira prazerosa.

Dejours (1996) assevera que o caráter criativo impresso às defesas confere sentido ao sofrimento porque traz, em contrapartida ao sofrimento, reconhecimento e identidade.

O sentido afasta o sofrimento porque em contrapartida à repetição (ressurgimento do sofrimento) ele dá acesso a uma história (a experiência vivida): cada inovação é diferente das outras. Pela série encadeada de

suas descobertas ou de suas invenções, o sujeito se experimenta e se transforma. (P.160).

Nessa perspectiva, nasce o prazer como produto derivado do sofrimento psíquico no trabalho, como expressa o esquema 1, a seguir. Qual processo de sublimação, o prazer constitui-se em uma subversão do sofrimento inerente ao trabalho, destacando-o de sua origem e eliminando a repetição (Dejours, 1996).



(Baseado no Esquema da Professora Tereza Gláucia Matos, apresentado em sala de aula do Mestrado em Psicologia. Unifor, 2007)

Com respaldo nas formulações teóricas apresentadas e no que nos revelou o campo de pesquisa, percebemos que a confrontação do sujeito com a realidade de trabalho ocasiona uma mobilização psíquica, expressão de subjetividade do trabalhador, que acena para as vivências de sofrimento, resistência e criatividade (prazer).

O encontro do sujeito com a organização do trabalho revela também a execução de procedimentos específicos que, além de favorecer a adaptação do sujeito às pressões da tarefa (normalidade/equilíbrio psíquico), produzem uma mudança na própria organização do trabalho. Os estudos de Dejours (1994) citam algumas pesquisas que exemplificam esse caso. Elas mostram que o trabalhador reage ao medo e ao perigo do trabalho, inventando, criando, desenvolvendo macetes que garantem melhor domínio sobre o inesperado do que aqueles procedimentos e regulamentações prescritos. O bom humor, a solidariedade e o partilhamento entre pares são exemplos encontrados no campo.

Os processos psíquicos mobilizados pelos trabalhadores no desenvolvimento destes procedimentos estão ligados a uma inteligência específica, responsável por todo o processo. Trata-se de uma natureza de inteligência cuja gênese está no corpo, nas percepções e na intuição sensível, com forte característica transgressora, que rompe com normas e regras, denominada de inteligência astuciosa. Tomando sua principal habilidade de transgredir, ela rompe sempre com o já instituído, subvertendo a regulamentação prescrita a serviço da eficácia do trabalho.

Dejours (1994) situa a inteligência astuciosa como resultado do sofrimento. Além da atenuação deste, seu exercício bem-sucedido leva ao prazer no trabalho. Ela só entra em atividade, contudo, se a tarefa realizada tiver algum significado para o sujeito. Além disso, a inteligência astuciosa, por sua característica transgressiva, solicita alguns requisitos do grupo, como a validação social pelo reconhecimento da hierarquia e dos pares, a fim de que não se transforme em falta profissional. O desenvolvimento de parcerias /amizades fortes que dividam os acertos e os equívocos do fazer diário representam exemplos do exercício da inteligência astuciosa.

Desse modo, em resumo, temos pela análise psicodinâmica uma relação saúde mental/ trabalho habitada pelo sofrimento psíquico ensejada na organização do trabalho mediante o não-reconhecimento do espaço de criação entre o trabalho prescrito e o trabalho real; sofrimento qualificado como equilíbrio psíquico; um estado de normalidade emergente da tensão entre o bem-estar e o adoecimento. A subjetividade do trabalhador revela-se pela resistência ao sofrimento, em forma de estratégias de defesa decisivas para a saúde mental do trabalhador e para a produção. Estas podem ser consideradas manifestação da criatividade do trabalhador e, por meio delas, o sofrimento ganha sentido, pois a criatividade traz

reconhecimento e identidade ao trabalhador, exprimindo prazer na relação homem/atividade produtiva.

Mendes e Tamayo (2001) garantem que as vivências de prazer-sofrimento formam um mesmo construto, composto por valorização e reconhecimento (prazer) e desgaste no trabalho (sofrimento). Ora, prazer e sofrimento são faces subjetivas do trabalho que só serão conhecidas via estratégias de defesa, pois, é com o enfrentamento que o trabalhador é reconhecido em sua criatividade, e este reconhecimento o conduz à vivência de prazer no trabalho. Tais reações defensivas encerram característica intensa de singularidade pela história do indivíduo e por sua estrutura de personalidade.

O prazer possui um teor inconsciente, não estando submetido ao comando do indivíduo a despeito de existirem situações a ele associadas. Como parte constituinte da saúde, o trabalhador que o vivencia na atividade produtiva experimenta sentimentos de realização e de liberdade, que ensejam um fortalecimento de sua identidade na interação com seus pares (Mendes & Cruz, 2004).

Com origem no referencial teórico apresentado e, considerando a pertinência da relação saúde mental (subjetividade) /trabalho, além de analisar as situações produtoras de sofrimento psíquico em potencial e identificar as estratégias de defesa utilizadas pelos trabalhadores como saídas criativas no embate contra o sofrimento, buscamos, ainda, verificar a vinculação destas estratégias defensivas com o sentido de ócio.

Por sentido de ócio entendemos algo que se aproxima do fenômeno mediante a presença de um mínimo de seus atributos e caracterização. Uma aproximação não define o fenômeno do ócio, apenas o sugere como produto humano, constituinte da cultura, que possibilita e favorece o desenvolvimento humano integral, na saúde mental e no trabalho do indivíduo, inclusive.

O entendimento dessa vinculação carece de explicação. Acreditamos que, por desconhecer o que é ócio e suas vivências na contemporaneidade fluida, e por este constituir-se um fenômeno de natureza subjetiva, podemos lançar mão de atividades de ócio sem caracterizá-las como tais. Entende-se atividades e condutas autocondicionadas, dotadas de sentido próprio, dado pelo fato de fazermos o que queremos e gostamos de fazer, independentemente de espaço e tempo como experiência de ócio (Munné, 1990).

Para clarear a compreensão do fenômeno ócio, importa realizar um percurso teórico-conceitual com esteio, principalmente, nos estudos realizados no Instituto Interdisciplinar de Estudios del Ocio de La Universidad de Deusto – Bilbao - España, iniciados no final do século XX. O instituto nasceu no ano de 1988, com a finalidade de investigar o ócio como fator de desenvolvimento humano, pessoal, comunitário e social (Martins, 2006).

3. O ÓCIO NA CONTEMPORANEIDADE

“A experiência de ócio entendemos aqui como um tipo de experiência humana que o sujeito percebe de modo satisfatório, (...) livre, satisfatória e com um fim em si mesma.”

(Cuenca, 2004, p.45)

Ócio é uma palavra procedente do *otium* latino, termo contaminado negativamente pelo vício da ociosidade relacionada com a preguiça. Por sua oposição ao trabalho em um mundo cuja centralidade é a atividade laboral, o ócio em seu sentido legítimo não tem razão de ser, no entanto, “a vivência do ócio, em seus diversos modos, forma parte em nossa vida e é necessária frente a qualquer pretensão de felicidade.” (Cuenca, 2003, p. 19).

A criatividade representa para os estudiosos do sofrimento psíquico no trabalho um elemento que equilibra a saúde do trabalhador. Seu florescimento ocorre no tempo de ócio e nele tem a condição prévia de sua existência. Csikszentmihalyi, Cuenca, Buarque, Trigo e outros (2001) ressaltam que as sociedades cujas condições materiais de vida são de tal modo tão duras, ao ponto de as pessoas terem a centralidade sempre na sobrevivência, têm poucas possibilidades do surgimento de idéias. Estas precisam estar livres de pressão e necessitam de tempo de reflexão e incubação.

Como citado em Cuenca (2003), Csikszentmihalyi³ defende o argumento de que a criatividade é fonte de sentido na vida das pessoas, primeiro porque a maioria das ações e coisas propriamente humanas resulta da criatividade - a linguagem, a arte, a tecnologia, a inteligência científica são exemplos de talento e nos diferenciam dos macacos. Segundo, porque, quando nos entregamos à criatividade, há o sentimento de que estamos vivendo mais plenamente do que nos outros momentos da vida.

Numa perspectiva histórica, encontramos o ócio na Grécia Antiga, como antítese de trabalho, correspondendo a atitudes ativas e superando o simples fato de não fazer nada. Era desonroso trabalhar em troca de pagamento, no entanto, não representava desonra construir a própria casa ou costurar as próprias roupas. Munguía e Cuenca (2007) assinalam que “abundante bibliografia relacionada com os Estudos de Ócio reconhece que o *otium* clássico parte de uma concepção grega, cujo referencial teórico está em Aristóteles”. (2007, p.11) Sua característica principal

³ Csikszentmihalyi, M., Creatividad. El fluir y la psicología del descubrimiento y la innovación, Barcelona, Paidós, 1998, p. 101.

é o estado de contemplação, propício a momentos de criatividade, geradores de cultura; ócio como atividade fundamental para a celebração da vida e sua consolidação. Victor D. Salis anota que o ócio criador tinha como finalidade ensinar os homens a imitar os deuses, sendo o papel dos deuses a criação da vida. Aos homens, simples mortais, restava imitá-los por meio da existência criativa, em que a vida fosse celebrada, consolidada e enriquecida (Salis, 2004).

A compreensão do ócio nesse contexto histórico exige uma volta ao significado da experiência para os gregos. “O profundo sentido cultural grego idealizou (...) a contemplação dos supremos valores daquele mundo: a verdade, a bondade e a beleza; em síntese, para a contemplação da sabedoria. Esta exigia uma vida de ócio”. (Munné, 1990, p. 40).

Olvidando da forte influência grega, a civilização romana aproxima o ócio do trabalho, reduzindo-o a um tempo de descanso do corpo necessário para à volta a atividade produtiva. O ócio deixa de ser um fim e passa a ser um meio; “a sociedade romana introduz o conceito de ócio de massa (...) ócio dirigido pela classe dominante que organiza as diversões do povo como instrumento de dominação, despolitização e controle.” (Temprano, 1993, p. 458). Perdendo sua essência criativa espontânea à medida que se transforma em fenômeno utilitarista, o ócio como experiência criadora desaparece aos poucos, dando lugar ao *Negum Otio*, origem da palavra “negócio”, “negociante”. (Salis, 2004).

Essa base histórica subsidia a compreensão de ócio utilizado como reposição de força de trabalho, caracterizando-o como tempo livre, tempo de não-trabalho. Desta forma, a distinção entre ócio e tempo livre é vital para o entendimento do objeto de estudo. Para Cuenca (2003), tempo livre representa o espaço/tempo pleno de possibilidades, caracterizado pela ausência de obrigações e que, segundo a vontade de cada um, permite a realização de qualquer ação. Para o autor, a vivência de ócio constitui experiência gratuita, escolhida, prazerosa, necessária e enriquecedora da natureza humana. Diferentemente do tempo livre, o ócio não depende da quantidade de tempo, do nível econômico ou formação profissional da pessoa que o vivencia. Ele tem relação com o sentido e o significado que é dado por quem o experimenta, relacionando-se com o desejado. Portanto, ócio e tempo livre são conceitos distintos e, assim como o trabalho e outras dimensões, fazem parte da vida do homem.

A existência e o valor do ócio como elemento humano independem do trabalho, contudo, “trabalho e ócio, em qualquer de suas dimensões, convivem em um sentido unitário, em uma mesma vida” (Cuenca, 2003, p. 276) numa complementaridade.

Considerando o binômio trabalho e ócio, cujo real significado acha-se alterado e descaracterizado, vamos encontrá-lo igualmente inserido no lugar onde acontece a vida de todo homem e do homem inteiro - o heterogêneo espaço do cotidiano, base econômica do processo histórico. A organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação constituem partes orgânicas da vida cotidiana. (Heller, 1989). Além de heterogêneos, os elementos da vida cotidiana, como o ócio, por exemplo, são ainda hierárquicos.

... diferentemente da circunstância da heterogeneidade, a forma concreta da hierarquia não é eterna e imutável, mas se modifica de modo específico em função das diferentes estruturas econômico-sociais. (...) Nos tempos pré-históricos, o trabalho ocupou um lugar dominante nessa hierarquia; e, para determinadas classes trabalhadoras (para os servos, por exemplo), essa mesma hierarquia se manteve durante ainda muito tempo; toda a vida cotidiana se constituía em torno da organização do trabalho, à qual se subordinava todas as demais formas de atividades. Em troca, a população livre da Ática do século V antes de nossa era ocupava o lugar central da vida cotidiana a atividade social, a contemplação, o divertimento (cultivo das faculdades físicas e mentais), e as demais formas de atividades agrupavam-se em torno destas numa gradação hierárquica. (Heller, 1989, p.18).

Com sua heterogeneidade e hierarquia, a vida cotidiana pode ser a vida inteira para alguns homens, entretanto, para aqueles que conseguem transcendê-la, ela representa uma preparação para o não-cotidiano. A transcendência é a passagem de homem particular (aquele com o objetivo de conservar-se, apropriar-se do mundo) para o homem indivíduo (o ser genérico), que é consciente de si e de sua circunstância (Granjo, 2000).

No exercício do ócio, o homem vive uma experiência de autodesenvolvimento que potencializa a sua transformação, retornando ao cotidiano modificado. O ócio possibilita essa transcendência. “Quando ouvimos uma sonata de Chopin ou lemos um poema de Machado podemos estabelecer contato com realidades que nos transcendem, permitindo-nos recriar em nós mesmos uma arte...” (Cuenca, 2003, p.64).

Como direito humano básico que possibilita o desenvolvimento humano, como a educação, o trabalho e a saúde, nenhuma pessoa deveria ser privada da vivência do ócio por motivos de gênero, raça, crença, nível de saúde ou condição econômica. A percepção e a função do ócio, no entanto, estão atreladas à visão de quem o vê, à idade, ao nível educativo e a outras circunstâncias subjetivas. O ócio pode ser diversão, as diversas expressões da arte, férias, consumo, turismo, ver televisão, ler um livro, conversar com amigos; contudo, como fenômeno vivencial humano, ele possibilita mais do que uma simples e efêmera diversão, pois favorece o desenvolvimento pessoal a quem o experimenta.

Numa visão mais tradicionalista, o ócio é visto como aspecto residual, secundário, pouco significativo, algo periférico da vida. Para Csikszentmihalyi et al. (2001), o ócio funciona para o homem como a embreagem que permite ao carro mudar de marcha e estabelecer um novo nível de velocidade. Ele possibilita a mente desconectar-se provisoriamente do real para que surjam possibilidades de uma nova realidade. Csikszentmihalyi (2005), da Universidade de Chicago, estuda o “fluir” (*flow*), que nomeia de “experiência ótima”, cujas características coincidem com as do fenômeno ócio. Para o autor, tais experiências representam um caminho para a qualidade de vida e representam “epifanias extraordinariamente ricas como resposta a acontecimentos tão simples como escutar um canto de pássaro no bosque, finalizar um trabalho difícil ou compartilhar o pão com um amigo.” (P.17).

O ócio tem papel libertador, criador e contestador; libertando da fadiga e da rotina cotidiana, criando, além do desenvolvimento de habilidades, uma nova ordem com as pessoas e com as coisas. A função contestadora efetiva-se quando as funções libertadora e criadora do ócio ensejam uma atitude crítica e consciente em relação à vida (Munné, 1990).

Conforme citado por Cuenca (2003), Roger Sue⁴ apresenta as várias funções do ócio como consequência de sua experiência. Estas estão organizadas como funções psicológicas, sociais e econômicas. As psicológicas proporcionam compensações essenciais ao equilíbrio psicológico do indivíduo; as de cunho social propõem um contraponto ao isolamento moderno e contribuem para a saúde física e mental; funções econômicas, por sua vez, permitem ativar o sistema produtivo ao tempo em que mantêm práticas que não implicam dispêndios.

Munné (1990) acredita que, durante o tempo de ócio, nossa conduta parece ser mais uma expressão legítima da personalidade do que um atuar por obrigação. Em sua *Psicossociología del tiempo libre*, o autor apresenta o ócio como a tábua de salvação do capitalismo, de tal forma que a burguesia, que antes condenava o tempo de ócio por pretextos morais, fomenta-o hoje por interesses econômicos, ou seja, na qualidade de experiência humana, o ócio serve ao homem e, numa concepção ideológico-social é estrategicamente utilizado pelo capital como importante fonte de consumo e reposição da força de trabalho.

Com origem nesse ponto de vista, pesquisadores das sociedades industrializadas mais avançadas despertaram interesse a respeito do fenômeno do ócio, buscando conhecer os comportamentos dos trabalhadores nas horas de não-trabalho que revelassem o estilo de vida dele derivado. Essa unilateralidade da concepção de ócio como questão sociológica comprometeu o desenvolvimento dos estudos da temática, uma vez que não privilegiava o fenômeno do ócio em sua dimensão psicológica. Como problema social, o ócio foi investigado desde o início do século XX. Munné (1990) apresenta diversas pesquisas sobre a temática nos Estados Unidos. Relatamos algumas delas a seguir: Charles Galpim realizou em 1915 uma pesquisa-ação em uma comunidade rural a qual investigou aonde os seus habitantes iam se divertir. Em 1925, foi efetuado o estudo de Park y Burgess com “gangs” de Chicago, onde o ócio aparece como facilitador da delinqüência. Lloyd Warner estudou uma cidade dos Estados Unidos de 1931 a 1935, cujos resultados revelaram que o ócio não só se diferencia segundo as classes sociais, como representa fonte de *status*. O estudo de Elton Mayo na Western Electric durante os anos de 1927 a 1932, de forma indireta, apresenta o ócio como fator de equilíbrio da personalidade. Em 1934, Lundberg, Komarovski e Mc Illnesy pesquisaram o comportamento em atividades de ócio urbano de um centro norte-americano de 150 mil habitantes dos Estados Unidos, revelando o ócio como um assunto individual, tempo não sujeito a limitantes sociais e econômicos.

⁴ Sue, R., *Le Loisir*, Paris, Presses Universitaires de France, 1980.

O *Direito à preguiça*, de Paul Lefargue, escrito em 1883, é considerado o primeiro manifesto a favor do ócio dos trabalhadores. No século XIX o ócio era reputado como obstáculo por não ensejar nenhuma contribuição para o desenvolvimento da sociedade. Assim, a crítica ao ócio fazia parte da crítica geral do sistema capitalista (Santamaría e Marugán, 2006).

O olhar sobre o ócio vai se transformando. Já no início do século XX, ganha a consideração de que poderia constituir gratificação em relação ao trabalho. O estudo sobre o ócio ao longo dos anos revela o interesse e a importância nas investigações por força da redução do volume de horas de trabalho, o incremento do tempo livre, a existência de novos hábitos de vida, como ver televisão, gozar férias, ouvir rádio, fazer turismo, esporte, ler livros, passear nos finais de semana etc (Cuenca, 1999).

Todo o século XX foi palco de pesquisas e estudos em relação ao ócio. Munné (1990) apresenta vários trabalhos realizados em toda a Europa. Na Inglaterra, em 1947, Adam Curle interessou-se pela ressocialização dos ex-prisioneiros de guerra britânicos nos campos nazistas. Ainda sobre o ócio, B. S. Rowntree e G. R. Lavers estudaram a vida e o ócio dos ingleses em 1957. Na França, Dumazedier inicia uma pesquisa na década de 1950 sobre o comportamento e os problemas do ócio entre os franceses, dedicando-se, ainda, de forma importante, ao estudo do ócio em relação com a família, a terceira idade e a educação permanente (Munné, 1990).

Estudos ianques assinalaram a relevância do exercício do ócio na vida das pessoas. Cuenca (2003) revela pesquisas realizadas nos Estados Unidos sobre o ócio ao longo do pós- Segunda Guerra. Dubin, em 1956, estudou o fato de muitas pessoas terem como aspecto central de suas vidas a sua identidade com o ócio e sua satisfação com importância maior do que o trabalho. Yankelovich, em 1978, demonstrou que a família e o trabalho perderam em importância para o ócio naquele país. Em 1970, Glasser já acenava para o ócio como desenvolvimento e auto-satisfação.

Temprano (1993) garante que os teóricos marxistas se ocuparam de maneira profunda na temática do ócio, opondo-se à concepção burguesa deste. Sob a óptica marxista, o ócio era absolutamente necessário para uma classe trabalhadora que apenas possuía o tempo livre para se alimentar, dormir e rezar aos domingos. Mais do que isso, eles precisavam de tempo para repor suas forças e energias gastas, para satisfazer suas necessidades intelectuais e sociais importantes para um bom desenvolvimento pessoal.

A World Leisure and Recreation Association – WLRA, em 1993, redigiu a Carta sobre a Educação para o Ócio, que caracteriza o ócio de maneira clara e objetiva:

O ócio se refere a uma área específica da experiência humana, com seus benefícios próprios, entre eles a liberdade de escolha, criatividade, satisfação, desfrute e prazer, e uma maior felicidade. Compreende formas de expressão ou atividade amplas cujos elementos são freqüentemente tanto de natureza física como intelectual, social, artística ou espiritual.

O ócio é um recurso importante pra o desenvolvimento pessoal e econômico e é também uma indústria cultural que cria emprego, bens e serviços. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais e do meio-ambiente podem favorecer ou dificultar o ócio.

O ócio fomenta boa saúde geral e bem estar ao oferecer variada oportunidade que permitem aos indivíduos e grupos selecionar atividades e experiências que se somam as suas próprias necessidades, interesses e preferências. As pessoas conseguem seu máximo potencial de ócio quando participam das decisões que determinam as condições de seu ócio.

O ócio é um direito humano básico, como a educação, o trabalho e a saúde, e ninguém deveria ser privado desse direito por razões de gênero, orientação sexual, idade, raça, religião, crença, nível de saúde, incapacidade ou condição econômica.

O desenvolvimento do ócio é facilitado quando se garante as condições básicas de vida, tais como segurança, proteção, comida, salário, educação, recursos sustentáveis, equidade e justiça social.

As sociedades são complexas e inter-relacionadas. O ócio não pode desligar-se de outros objetivos vitais. Para conseguir um estado de bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e alcançar aspirações, satisfazer necessidades e interatuar de forma positiva com o entorno. Portanto, entende-se o ócio como recurso para aumentar a qualidade de vida.

Muitas sociedades se caracterizam por um incremento de insatisfação, estresse, aborrecimento, falta de atividade física, falta de criatividade e

alienação no dia-a-dia das pessoas. Todas estas características podem se aliviadas mediante condutas de ócio.

As sociedades do mundo estão experimentando profundas transformações econômicas e sociais, as quais produzem mudanças significativas na quantidade do tempo livre disponível a longo da vida dos indivíduos. Estas têm implicações diretas sobre várias atividades de ócio, que, a sua vez, influenciarão na demanda e na oferta de bens e serviços de ócio. (Cuenca, 2003, p. 70,71).

Em meio às múltiplas formas e funções de ócio, a concepção que norteou a investigação está ligada ao ócio legítimo, ou ócio humanista, utilizando como referência principal os estudos realizados pelo catedrático Professor Doutor Manuel Cuenca Cabeza, no Instituto Interdisciplinar de *Estudios del Ocio de La Universidad de Deusto – Bilbao - España*.

O ócio humanista caracteriza-se enquanto tal por se definir como um direito do ser humano, experiência de liberdade, benefícios próprios, recurso de saúde e bem-estar, potencial de desenvolvimento pessoal e social. Pode se manifestar em diferentes áreas de ação mediante quatro coordenadas: autotélica, exotélica, ausente e nociva. As coordenadas caracterizam tipos de vivência diferenciados. O ócio autotélico diz respeito às experiências subjetivas gratificantes, que se realizam de modo satisfatório, livres e por si mesmas, sem uma finalidade utilitária. O ócio exotélico é representado por atividades ou vivências que buscam atingir alguma meta, numa prática utilitarista. O ócio ausente caracteriza-se pela subtração de vivência de ócio, em que o sujeito percebe um tempo vazio e não se sente bem com isso. A experiência de ócio deficiente, que traz consequência negativa tanto pessoal como social, representa o ócio nocivo (Cuenca, 2006).

A vivência comunitária do ócio acontece por intermédio de suas cinco dimensões: lúdica, criativa, ambiental-ecológica, festiva e solidária. O ócio humanista não significa algo que se desenvolva espontaneamente e de maneira isolada; representa uma vivência baseada na forma como o indivíduo foi educado, ou seja, diz respeito a sua formação. Sua experiência deve ser integral e relacionada com o sentido da vida e dos valores de cada um, de forma coerente (Cuenca, 2003).

Mesmo possuindo característica social e comunitária forte, o estilo de ócio tem caráter individual. Cada um elege o que quer fazer e como quer fazer. O ócio não se caracteriza como uma experiência geral, mas sim como prática eleita entre muitas outras possíveis; não possui caráter obrigatório ou de dever, mas sim um fim em si mesma e por si mesma (Cuenca, 2004).

Para a compreensão de ócio como experiência, importa conhecer o significado da palavra “experiência”. Bondía (2002) considera experiência aquilo que nos passa, que nos acontece e o que nos toca. “O sujeito da experiência é, sobretudo, um espaço onde tem lugar os acontecimentos”. (P.19) Um componente fundamental da experiência é sua capacidade de formação ou de transformação. “Experiência é tudo aquilo que (...) ao passar nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação”. (P.26). Para o autor, a experiência, ou seja, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, demanda uma atitude exigente para o nosso tempo.

Requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, (...) suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar os outros, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (Bondía, 2002, p. 19).

Durante o exercício do ócio, a pessoa tem a chance de melhor viver sua dimensão psicológica e social, uma vez que o exercício do ócio implica uma tomada de consciência de si mesmo, do contexto onde se está inserido e da realidade (Cuenca, 2003). Tal importância da experiência de ócio para as pessoas dá suporte a sua aproximação ao trabalho, com estímo no prazer e na criatividade, expressos na atividade laboral. Como foi citado anteriormente, o ócio representa fonte de saúde e prevenção de doenças físicas e psíquicas (Cuenca, 2003). Sua vivência constitui condição de qualidade de vida de duas maneiras: diretamente, por satisfazer uma necessidade e um direito humano; e indiretamente, quando o ócio complementa ou substitui outras carências sociais ou pessoais.

Estudos sobre os benefícios do ócio, publicados em 1991, ilustram sua capacidade de fomentar a saúde física e mental, por meio dos seguintes resultados:

QUADRO 1 - Níveis do ócio.

NÍVEL	PROBLEMAS SOCIAIS	QUALIDADE DE VIDA
Individual	Melhora da saúde mental e física Redução do estresse Recreação	Autodesenvolvimento Experiências elevadas Crescimento pessoal
Social	Controle de conflitos Coesão grupal Integração Social	Inovação social Criatividade cultural
Benefício	Função compensatória	Significado intrínseco

Fonte: Estudos de E. Cohen (Cuenca, 2003, p.61)

Como revela o quadro, os níveis individual e social do ócio incidem nos problemas sociais, ensejando experiências que suscitam importantes elementos (de significado intrínseco) de qualidade de vida.

Por seu intenso aspecto cultural, o fenômeno do ócio pode assumir as características do grupo social que o vivencia, da mesma forma que sua dimensão pessoal expressa a nossa maneira de ser, revelando nossa personalidade. Podemos ver que estamos falando de uma “realidade complexa e mutável, com profundas raízes subjetivas, sociais e tradicionais”. (Cuenca, 2003. p.28). “O estilo de ócio é a expressão dos interesses individuais (...). Os chamados estilos de vida de ócio não são outra coisa que conjuntos de atitudes, hábitos e condutas que diferenciam distintas comunidades humanas e determinam seus modelos de ócio.” (Cuenca, 1999, p.21).

Voltando ao que já expressamos, o sofrimento psíquico no trabalho acontece quando o trabalhador não se sente livre para modificar a atividade laboral prescrita, não conseguindo adaptá-la àquilo que o realiza, ou seja, quando a organização do trabalho se caracteriza por um rigor que imobiliza e reifica o homem, subtraindo uma oportunidade de manifestação de sua dimensão criativa.

Assim como o ócio, o sofrimento psíquico no trabalho e a elaboração de seu enfrentamento estão inseridos em um contexto cultural que os caracteriza e institui. Desta forma, as estratégias defensivas perante a organização do trabalho constituídas em um ambiente fabril serão diversas daquelas vivenciadas em uma unidade hospitalar, ou em outro espaço laboral. Nessa perspectiva, a cultura organizacional (responsável pela organização do trabalho) centrada no controle e na rigidez pode vir a ser um instrumento regulador e caracterizador do sofrimento (Mendes, 2004).

Uma cultura na qual não existe espaço para redefinição constante das regras e normas da conduta dos indivíduos dificulta a mediação entre desejo e a realidade e entre as características de personalidade e as exigências organizacionais, reduzindo as condições para crítica e discussão sobre a organização do trabalho e favorecendo, dessa forma, os processos de adoecimento (Mendes, 2004, p.59).

O presente objeto de estudo emerge da relação homem/trabalho, caracterizada triplamente: por uma dimensão subjetiva do trabalhador, pela organização do trabalho e por uma coletividade, com suas normas de convivência e hierarquia. Com efeito, analisar as situações de trabalho potencialmente geradoras de sofrimento psíquico dos trabalhadores de um hospital, mais especificamente de seu ambulatório, representa um recorte imerso na cultura da organização, fato que exige empreender um esforço teórico-conceitual que propicie uma aproximação do que é cultura organizacional.

4. CULTURA ORGANIZACIONAL

“Assumo a cultura (...) não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.”

(Geertz, 1989, p.4)

No final do século XX, a discussão e o estudo do tema cultura transbordaram do contexto antropológico e alcançaram os espaços laborais organizados, na busca de uma compreensão do mundo organizacional, ultrapassando o que preconizavam as teorias administrativas em voga, numa tentativa de conhecer os comportamentos, significados, relações e transformações que preenchem o dia-a-dia da organização e que o mecanicismo taylorista não conseguia esclarecer. Olhar uma organização pelos olhos de sua cultura significa lidar com a considerável possibilidade de reconhecer sua natureza, potencialidade e funcionamento corporativo, valendo-se de uma profundidade reveladora de sua identidade, seu jeito e razão de ser.

Etimologicamente, cultura tem origem no radical latino “cult”, que diz respeito a cultivo, remetendo ao trabalho de plantio. Pode ainda dizer, metaforicamente, sobre o cultivo das letras, do conhecimento, sendo que “um campo trabalhado é um ‘campo cultivado’ e uma pessoa educada é uma pessoa cultivada”. (Aguirre, 2004, p.107).

O *Dicionário Temático de Antropologia* (Aguirre, 1993) apresenta uma classificação por grupos dos conceitos de cultura. Segundo ele, há definições *descritivas* – referentes àquelas que concebem a cultura como totalidade compreensiva de aspectos, os quais são descritos de forma acumulativa; as definições *históricas* apresentam a cultura como herança; nas *normativas*, cultura aparece como norma ou ideal de orientação de conduta; as *psicológicas* reduzem a cultura a comportamentos; nas *estruturais*, a cultura é como um significante universal e as culturas particulares são como significados. Nesse caso, a cultura é um sistema abstrato que independe de uma cultura concreta. As definições *genéticas* trazem a *gênesis* e a evolução das culturas.

As diversas definições de cultura apontam estes elementos básicos: geneticamente, a cultura é uma superação da dinâmica natural (cultura material/cultura simbólica); a cultura, em comparação com a biologia, é uma herança; a cultura se aprende e se encultura, tanto como norma ou pautas de conduta, ou como valores; a cultura pode ser entendida como um modelo estrutural (significante) e como forma culturais concretas (significado). (Aguirre, 1993. p. 153,154).

A definição de Edward Taylor (1871, *apud* Aguirre, 1993), uma das mais antigas e mais utilizadas, assinala que “Cultura é uma totalidade que inclui conhecimentos e qualquer outra capacidade e hábitos adquiridos pelo homem, enquanto membro de uma sociedade”. (P. 123). Taylor acredita em uma unidade cultural da humanidade, sendo que as diferenças culturais representam as diversas etapas em que cada povo se encontra; etapas estas pelas quais a sociedade passa a indicar seu grau de civilização. Apesar do etnocentrismo de Taylor, seu conceito tem o mérito de conseguiu aglutinar (*Cultur* [alemã] + *civilization* [francesa]) em uma única palavra (*Culture* [inglesa]) as possibilidades de realização do ser humano, além de evidenciar que a cultura é aprendida, além das aquisições inatas repassadas. (Zanelli & Silva, 2004).

Geertz (1989) defende um conceito de cultura mais especializado, “teoricamente mais poderoso, para substituir o famoso ‘o todo mais complexo’ de E. B. Taylor (...) que confunde muito mais do que esclarece.” (P.14). Para o antropólogo dos Estados Unidos, cujos estudos encaram a cultura como um sistema simbólico, o conceito de cultura é, em essência, semiótico. Acredita ele que o homem é um animal envolto em teias de significados, as quais ele próprio tece e significa. Assim, assume cultura “como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.” (Geertz, 1989. p. 15).

Conjunto de pressupostos, sistema de conhecimento, modo de pensar organizado, esquema cognitivo de compreensão da realidade, a cultura representa uma totalidade que favorece e proporciona sentido ao nosso comportamento no que diz respeito ao trabalho e a outras dimensões humanas.

Essa rápida aproximação teórica do que é cultura concede-nos uma mostra de quão vasto e complexo é o universo do tema. Não obstante, é possível pensar o fenômeno cultural, sem perder sua amplitude, em um recorte de sociedade, demarcado por um objetivo e uma geografia específicos, ou seja, uma organização. Esse fato nos obriga a pôr os pés na especificidade do campo da cultura organizacional, exigindo uma aproximação do que é organização, contextualizando-a em sua evolução.

A organização é uma estratégia do homem para viver (modificar o meio em que vive) ou sobreviver (conservar sua identidade). Uma vez organizado, elabora, por meio da existência organizativa, uma cultura própria que vai caracterizar as relações, dando-lhes diferencial e força para alcançar os objetivos e as metas comuns (Aguirre, 2004).

Smircich (1983), *apud* Zanelli & Silva, (2006) conceitua organização como

(...) um agrupamento cultural composto de diversos atores sociais que constroem pontes entre os níveis macro e microestruturais, entre sociedade e a organização, entre sociedade e o indivíduo, entre a organização e o indivíduo, como também entre as decisões e as ações, entre os discursos organizacionais e as práticas, entre o comportamento da organização e as estratégias pretendidas. (P. 415).

A palavra organização tem étimo do grego *organon*, que significa instrumento, ferramenta. Para os anatomistas, os órgãos são os centros vitais do corpo. Nesse sentido, órgão representa a ferramenta do corpo para que funcione bem (Aguirre, 2004). Ao longo do século XX, organização passou a ser um lugar de trabalho e produção, até se configurar como organizações fechadas - seitas, quartéis, conventos; e organizações abertas - escolas, empresas etc.

Ao final do século XIX, com a chamada Revolução Industrial, surge a organização aberta, tendo na divisão do trabalho o elemento fundamental para alcançar os objetivos com maior eficácia. Organização aberta, cuja formulação teórica aconteceu apenas no século XX, é todo agrupamento organizado que necessita do exterior para conseguir seus objetivos e fins, ou seja, organizações orientadas para um cliente externo, como as indústrias, os colégios, hospitais etc.

Os autores clássicos da Administração (Aguirre, 2004) centraram-se na dimensão formal da organização, com liderança centralizadora e burocratizada, à margem das transformações ocorridas no seu entorno. Nessa concepção, a organização é vista como máquina e os três importantes teóricos são Taylor, Fayol e Weber.

No mundo do trabalho, o taylorismo é condenado por transformar o trabalhador em máquina, separando o pensamento da ação, anulando a criatividade participativa e as emoções dos homens mediante atividades repetitivas.

Os teóricos neoclássicos (Mayo, Roethlisberger, McGregor) assinalam que somente com um tratamento mais humano da dimensão do trabalho se chega a maior produtividade. A este período se chama de sistema natural, deixando claro que o trabalho mecânico praticado não era natural para o homem. Mesmo rompendo com o tecnicismo, os neoclássicos não conseguiram alcançar o entorno, o exterior da organização. Três enfoques relevantes, porém, no desenho das organizações, compreendem o período neoclássico (Aguirre, 2004):

a) a Escola das Relações Humanas e das Teorias de Grupo, ponto de partida da ênfase nas relações humanas, em que se encontram os trabalhos de John Elton Mayo. Aqui aparecem os conceitos importantes: fadiga física e fadiga psíquica; cultura organizacional e clima de trabalho surgem como realidades novas no tratamento dos grupos organizacionais; organizações como redes de interação; e aplicação de dinâmicas de grupos nas organizações;

b) modelos humanistas e das teorias do indivíduo - vêem o indivíduo como aquele que pensa e sente, decide e se compreende. Mc Gregor, Argyris, Bennis e outros acreditam que o indivíduo é capaz de auto-afirmação criativa, desenvolvendo suas potencialidades internas. Essa potencialidade pode ser desenvolvida mediante a motivação, a educação, a cultura etc; e

c) os enfoques sociotécnicos - concebem a organização como um subsistema tecnológico e um subsistema social. Existe eficiência tecnológica que depende muito da eficiência social. A interação laboral dos trabalhadores entre si e do coletivo social com a tecnologia explica a própria saúde organizacional.

Considerando todo o mundo corporativo como universo cultural, torna-se visível o caráter sócio-histórico da cultura que, para permanecer viva, se transforma ao ritmo exigido da dinâmica, buscando realizar sua função. Desta forma, Aguirre (2004) vê a cultura como um sistema de conhecimento que possibilita um modelo de realidade pelo qual damos sentido ao nosso comportamento, sistema esse formado por vários elementos interativos fundamentais, gerados e compartilhados na organização como eficazes para realizar sua missão que dá sentido a sua existência.

A organização é concebida por Chanlat (2007) não como uma tribo, ou uma sociedade total, mas como elemento sem auto-suficiência da estrutura social e da cultura a que pertence, representando um universo singular produtor de fenômenos pertencentes ao universo do simbólico. Uma vez que a cultura não se dissocia das estruturas e atos que a constituem e reproduzem, ela e as estruturas “se encarnam nas práticas sociais que lhe dão vida em certos espaços-tempos, práticas que se constroem e se desconstroem constantemente”. (Chanlat, 2007, p.228). A organização é exemplo desses espaços e favorece a observação do movimento das práticas sociais.

Morgan (2006) enxerga as organizações como minissociedades com valores, rituais, ideologias e crenças próprias, considerando-as não apenas possuidoras ou geradoras de cultura, mas como propriamente cultura. Percebendo a organização como cultura, o autor entende que:

(...) vemos importantes variações em estilo cultural de uma nacionalidade para outra, variações em estilo; vemos que as organizações individuais também podem ter suas próprias culturas; entendemos que desdobramento em qualquer organização é um reflexo do que está nas mentes das pessoas; notamos que enquanto algumas culturas corporativas podem ser uniforme e forte, outras são fragmentadas pela presença de subculturas; percebemos que a organização se baseia em significados compartilhados que permitem que as pessoas se comportem de maneira organizada. (Morgan, 2006, p.136).

Para Schein (2001), a cultura organizacional representa um conjunto de forças com poder de determinar o comportamento, a percepção das coisas, o modo de pensar e os valores individuais e coletivos. A importância da cultura para a organização está, segundo o autor, no fato de os elementos culturais determinarem sua estratégia, seus objetivos e seu modo de operação.

Numa organização, os elementos básicos utilizados para a análise de sua cultura são: 1) A etno-história, que vê o passado, o futuro e a identidade biográfica; 2) as crenças e visões de mundo (narrativas e mitos); 3) valores e normas (explícitos e implícitos); 4) comunicação (linguagem e rituais); e 5) produtos e ofícios. Os citados elementos são fundamentais e portadores da identidade cultural. Podem estar no nível observável e inconsciente, superficial e profundo. O nível mais profundo, basal da cultura, é composto pelos pressupostos básicos dados pela história e as crenças. A etno-história proporciona o eu organizacional e as crenças produzem a visão de mundo mediante a qual se faz um mundo interpretativo da realidade. Portanto, etno-história e crenças - identidade e visão de mundo - compõem o núcleo profundo da cultura organizacional, pressupostos difíceis de mudar (Aguirre, 2004).

A fundamentalidade de todos estes elementos é expressa na função da cultura dentro da organização, traduzida na coesão, identidade e eficácia. Caso a cultura não consiga alcançar seus objetivos, terá de ser alterada. Não obstante, a cultura organizacional também pode reproduzir o estado de dominação e exploração da força de trabalho e do próprio trabalhador. Para alguns estudiosos das teorias organizacionais, a combinação de realização e dominação através dos tempos constitui característica marcante da organização (Morgan, 2006). No mundo do trabalho, a cultura organizacional constitui estratégia ampla e forte que, por suas características, contribui intensamente para reproduzir a face desagradável da organização.

É bem verdade que a cultura não é algo que possa ser imposto num determinado contexto social, pois se desenvolve à medida que acontecem as interações sociais (Morgan, 2006). Há de se considerar, contudo, o fato de que o dirigente ou líder da organização tem a tarefa de criação (transformação), condução e, sempre que necessário, a destruição de uma cultura.

Zanelli e Silva (2004) alertam para a noção de que a cultura de uma organização não é modificada, mas ampliada ou ressignificada por meio de alterações em conceitos considerados essenciais nos modelos mentais dos portadores da cultura. As mudanças acontecem com base em alterações legítimas nas atividades dos dirigentes e pela interiorização de novas formas de conceber os processos e rotinas organizacionais.

Assim, tem-se um espaço organizacional de mudança contínua, propício à instalação e perpetuação de quaisquer lógicas, seja de manutenção de exploração do trabalhador e do *status quo*, ou não.

Destarte, concebemos a cultura como conhecimento indispensável à compreensão do comportamento humano nas organizações; como algo revelador dos aspectos característicos de uma coletividade, com influência na formação de parte da mentalidade, estilos de vida e maneira específica de humanizar o meio (Cuenca, 2003). Desta forma, a organização e sua cultura como espaço de relação, trabalho e desenvolvimento humano, influenciam de maneira importante a relação saúde mental/atividade produtiva.

Para a abordagem psicodinâmica, o bem-estar (saúde) no trabalho configura-se no enfrentamento das situações adversas (organização do trabalho) para transformá-las em prazer (criatividade e reconhecimento) (Mendes, 2004). Nesta perspectiva, à medida que a cultura caracteriza as relações entre os membros de uma organização, ela também pode promover a saúde ou o adoecimento no trabalho, dependendo da flexibilidade ou rigidez nos processos de trabalho.

Mendes (2004) apresenta uma concepção de cultura acrescida de sua dimensão psicológica. Para a autora,

A cultura é um conjunto de significados políticos e simbólicos compartilhados, mantido por meio da socialização e da linguagem, como forma expressiva, ideacional, e da manifestação do consciente e do inconsciente, e como tal constituída de experiências subjetivas. (...) É construída com base no jogo constante entre a tentativa de dominação da organização da subjetividade dos trabalhadores e o poder destes de subverter essa dominação, elaborando estratégias de resistências e de transformações do contexto no qual estão inseridos. (P. 61).

Deste modo, a psicodinâmica vê a cultura como espaço contraditório de gratificação e frustração do desejo, onde ocorre a manifestação da subjetividade

mediante a relação entre as realidades psíquica e organizacional. A cultura constitui uma mediadora da organização do trabalho, representada pelo processo de intersubjetividade gerador de regras e normas na atividade laboral. Deste modo, ou seja, permeada por aspectos inconscientes na sua formação, pode redefinir valores, potencializar o sofrimento psíquico no trabalho e influenciar diretamente a elaboração das estratégias de defesa dos trabalhadores.

A cultura (...) pode ser responsável por severas restrições à liberdade dos indivíduos, pela regulamentação do tempo, pelo desempenho medido matematicamente, pela desvalorização das emoções, das relações interpessoais, que se tornam sem espontaneidade e afeto, e pela exclusão no tempo de trabalho das alegrias, tristezas e preocupações. Isso consolida uma despersonalização: os objetos que os indivíduos usam, o espaço em que se movem e o produto que produzem não são seus. (Mendes, 2004, p. 65).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

“A realidade social, que só se apreende por aproximação é, conforme Lênin (1955, 215), mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que possamos ter sobre ela”.

(Minayo, 1999, p.21)

A metodologia trata do caminho e do instrumental utilizado para uma aproximação da realidade. Ela “inclui concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.” (Minayo, 1999, p. 22).

A temática do estudo em foco diz respeito a saúde mental e trabalho, cujo recorte de interesse são as situações de trabalho potencialmente geradoras de sofrimento psíquico do trabalhador da saúde de um hospital público.

Minayo (1999) compreende por pesquisa o ato básico de a ciência indagar e descobrir sobre a realidade; uma atitude e uma prática teórica caracterizada por uma constante busca, constituindo um processo inacabado e permanente. “É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”. (P. 23).

Alguns autores consideram que a realidade social hoje traz questões amplas e apresenta uma totalidade que abarca as diversas áreas de conhecimento e ultrapassa os limites de alcance da ciência. Coerente com seu tempo, a pesquisa social contemporânea enfatiza os fenômenos sociais do ponto de vista de seus sistemas de significados, onde se fortificam a introspecção do homem, e a observação de si mesmo, ressaltando-se questões antes não observadas (Minayo, 1999). Esse fato reflete “um reconhecimento de que a física social de leis e causas – a abordagem tradicional com que esses fenômenos sempre foram tratados - não estava alcançando resultados muito positivos”. (Geertz, 2002, p. 9 e 10).

Muitos dos cientistas sociais trocaram uma explicação ideal que inclui leis e casos ilustrativos, por um tipo de explicação que envolve casos e interpretações, buscando, hoje, algo capaz de demonstrar a conexão entre crisântemos e espada, mais do que um método que identifique a relação entre planetas e pêndulos. (Geertz, 2002, p. 33).

Destarte, os atos de analisar e identificar as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico exigem um caminho metodológico compatível com a abordagem qualitativa. Minayo (1999, p. 10) entende “as metodologias de pesquisa qualitativa como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”, considerando os aspectos subjetivos não quantificáveis.

Flick (2004) argumenta que a relevância da pesquisa qualitativa está na pluralização dos estilos de vida e de padrões de interpretação na sociedade moderna e pós-moderna. Ainda para o autor, a pesquisa qualitativa está orientada para a análise de casos concretos em determinados tempo e espaço, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais.

O caminho eleito para a abordagem da realidade objeto do presente estudo é a metodologia etnográfica, por a considerarmos adequada à compreensão e identificação dos fenômenos culturais de uma organização, quando queremos buscar a compreensão do significado das ações de seus participantes.

A teorização do método e dos instrumentos de pesquisa propiciam relativa tranquilidade acadêmica ante o exercício da pesquisa. Por essa razão, consideramos importante conhecer a etnografia com esteio na reflexão de alguns autores.

Geerts (1989) compreende a prática etnográfica não como uma questão de método, mas como um esforço intelectual para a fazer uma descrição densa, que transcenda o simples estabelecimento de relações, seleção de informantes, transcrição de textos, manutenção do diário de campo etc. Para ele, o pesquisador deve enfrentar

(...) uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares, implícitas, e que ele tem, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. E isso é verdade em todos os níveis de atividade do seu trabalho de campo, mesmo o mais rotineiro: entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco (...) escrever seu diário. Fazer a etnografia é como tentar ler desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários

tendenciosos, escritos não com os sinais convencionais do som, mas com exemplo transitório de comportamento modelado. (Geerts, 1989, p. 20).

A pouca convencionalidade do método etnográfico tem relação direta com seu intento de investigar culturas por meio do comportamento das pessoas em contexto habitual. A realização de um procedimento dessa natureza em comunidades, sejam elas organizações, agrupamentos urbanos ou agrários, exige três etapas a cumprir: a Etnografia, a Etnologia e a Antropologia.

A Etnografia representa o início da investigação, estuda e descreve a cultura da comunidade mediante a observação participante e posterior análise dos dados. A Etnologia surge da comparação das contribuições da Etnografia como formulação teórica da cultura, numa síntese dos aspectos geográfico-espacial, histórico-temporal e sistêmico-estrutural. Por sua vez, a Antropologia desenvolve o conhecimento para a compreensão das culturas humanas, aplicadas ao desenvolvimento do homem. São etapas de uma mesma investigação cujo uso de um ou de outro termo expressa apenas a atenção voltada predominantemente.

A Etnografia, como ação investigativa, possibilita conhecer a identidade étnica de uma comunidade, compreender a cultura como um todo orgânico e verificar como essa cultura está viva e é eficaz na resolução dos problemas dos agrupamentos investigados.

Existem dois tipos de Etnografia: a descritiva e a ativa. A descritiva interessa ao mundo acadêmico, cujos destinatários são aqueles da cultura do investigador. A Etnografia ativa é aquela geradora de um diagnóstico cultural. Uma vez realizada, é devolvida à comunidade solicitante, que pode aceitar ou não, em vistas de sua eficácia e resolução dos problemas.

O estudo etnográfico distingue-se entre dois momentos: o processo e o produto. A Etnografia como processo diz respeito à realização do trabalho de campo, mediante a observação participante durante um tempo suficiente em determinada comunidade. Nesse passo, o mais importante que aparece é o acesso à comunidade, o diálogo com os informantes, o registro de dados e a atenção flutuante.

O produto etnográfico exige um distanciamento do investigador em relação à cultura observada para conseguir objetivá-la. Constitui um informe etnográfico ou monografia, expresso em dois tipos: o produto, que se destina aos nativos, e aquele

relato orientado à comunidade científica. A fim de serem validados pelos destinatários, ambos devem apontar problemas e sugerir resoluções no concernente às culturas estudadas.

Além de representar o diagnóstico cultural de uma comunidade ou organização urbana, mediante o qual se reconhecem sua identidade e suas potencialidades culturais, o produto etnográfico é caracterizado pela confrontação dos discursos da perspectiva *emic*, que representa a visão naturalista, e a dimensão *etic*, que é o discurso do investigador. De ambos os discursos, surge o terceiro, o científico, realizado com arrimo no trabalho do etnógrafo, o qual pode ser admitido pelo nativo ou membro da empresa como pacto, até demonstrar sua eficácia, pois a eficácia é a prova científica na análise etnográfica.

Aguirre (1995) considera que compreender o método etnográfico é haver encontrado o verdadeiro caminho para a análise qualitativa da realidade sociocultural. Para o autor citado, a etnografia compreende “o estudo descritivo da cultura de uma comunidade, ou de algum de seus aspectos fundamentais, sob a perspectiva da compreensão global dela mesma”. (Aguirre, 1995, p. 3) Com base qualitativa, a metodologia etnográfica

(..) inspira-se na tradição “naturalista” (observação no meio natural) responde a uma concepção múltipla e poliédrica de uma realidade (não reducionista), na qual aspira registrar suas manifestações fenomênicas, tanto explícitas, quanto tácitas. Realizada através da interação entre o observador e o observado, constrói um conhecimento de caráter “idiográfico”, que contempla a história, as crenças, os valores, as linguagens, etc. (P. 277).

Seja empreendido em tribos, empresas, ou comunidades, o processo etnográfico corresponde ao trabalho de campo realizado mediante a observação participante por um determinado tempo necessário, e compreende as etapas de demarcação do campo; preparação e documentação; investigação e conclusão.

A demarcação do campo é a primeira decisão etnográfica. Nessa fase, estão os passos da eleição de uma comunidade, delimitada e observável. A preparação e documentação abrangem a documentação bibliográfica e de arquivo, fontes orais, preparação física e mental, e a mentalização; a etapa da investigação

do campo diz respeito a chegada, informantes, registro de dados e observação participante; e à conclusão pertencem a elaboração da ruptura e o abandono do campo (Aguirre, 1995).

Os informantes são aqueles “nativos” bem informados que proporcionam informações sobre a cultura. O cuidado em sua escolha garante o êxito da pesquisa. Deve-se evitar os informantes “oficiais”, os que proporcionam a verdade oficial como porta-vozes (Aguirre, 1995).

O registro de dados acontece nas dimensões globais (atenção fluante, relatos, linguagem não verbal, registro audiovisual, história oral e outros, sobre a comunidade) e dimensão específica (atenção no foco do aspecto fundamental sobre o que se fundamenta a etnografia: relações, parentesco, economia etc.).

O método etnográfico revelou-se essencial e eficaz para a apreensão do contexto do objeto investigado. A experiência da observação no ambiente natural de trabalho e o contato com os sujeitos proporcionaram um reconhecimento (teórico-conceitual) de algumas situações, como também possibilitaram constatações diante do objeto investigado. A imersão no campo da pesquisa fez-nos ver o invisível e ouvir o inaudível, diluídos no cotidiano de trabalho.

O objeto da investigação, no entanto (ou seja, as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico dos trabalhadores do ambulatório do Hospital estudado, com fundamento na psicodinâmica do trabalho), exige um acesso ao sofrimento no trabalho por meio da fala dos sujeitos. Assim, utilizamos a entrevista narrativa, sobre a qual nos reportaremos adiante.

5.1 O campo da pesquisa

O hospital investigado é uma organização pública, ligada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, pertencente à rede do Sistema Único de Saúde – SUS e referência em doenças infecciosas, como hepatite, meningite, tétano, leishmaniose, SIDA, entre outras. Ocupando uma área de 4700 m², trata-se de um hospital de médio porte, com capacidade instalada de 128 leitos, distribuídos em enfermarias, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI e hospital-dia. O Hospital, criado pela Lei nº. 9387, em 31 de julho de 1970, então Hospital de Doenças Transmissíveis Agudas⁵, possui um corpo funcional de 751 trabalhadores, cuja missão é “assegurar um

⁵ Diário Oficial do Estado do Ceará nº. 7075 de 06 de agosto de 1970.

atendimento humanizado e de qualidade no diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa em doenças infecciosas”.

Cumprindo com seu objetivo inicial, até fins dos anos 80 do século passado, o Hospital funcionava como isolamento para as doenças transmissíveis, significando dizer que seus pacientes não podiam receber visitas, tampouco ter acompanhante. Indiscutivelmente, esse fato caracteriza fortemente sua imagem externa e sua cultura organizacional ainda hoje. A imagem é afetada, considerando o estigma historicamente desenvolvido; internamente, há uma luta por atendimento e relações humanizadas que consigam alterar a cultura de isolamento.

No início, durante a demarcação do campo, resolvemos investigar a Unidade de Internamento do Hospital. Mais adiante, fomos levada a ver que o Ambulatório de HIV/AIDS, como é chamado, seria bem melhor pelo ineditismo da pesquisa, área mais limitada, e principalmente pelo fato de não havermos trabalhado lá diretamente. O distanciamento, exigência do trabalho científico, favorece um olhar mais inquieto, visão que se demora no que vê (Laplantine, 2004).

Ambulatório compreende um serviço especializado. É caracterizado por uma assistência diversificada e atendimento assistencial multiprofissional, que envolve Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e outros. Além dos profissionais da saúde, um ambulatório conta com um grupo de trabalhadores que desenvolvem atividades não específicas da área de saúde, porém indispensáveis para que a assistência possa acontecer: o pessoal da limpeza, e o administrativo e da segurança, por exemplo (Pires, 1999).

O Ambulatório de HIV/AIDS do Hospital foi criado em 1991 para atender a uma demanda que sobrevivia ao internamento por SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Sua organização ocorreu dez anos depois do advento da Síndrome, e, compreende um período histórico da evolução da luta contra o HIV.

Surgiu pouco depois dos cientistas (1986/87) haverem conseguido encontrar uma droga (zidovudina-AZT) que auxiliava na diminuição da quantidade de HIV circulante e no aumento da quantidade de células de defesa orgânicas, levando à diminuição das doenças oportunistas. Em 1990, já havia medicações de classes diferentes, como os inibidores da transcriptase reversa, análogos de nucleosídeos, e os inibidores da transcriptase reversa, não análogos de nucleosídeos. Em 1996, deu-se a descoberta dos inibidores da protease, uma nova classe de medicação de alta potência que favoreceu o uso da terapia combinada e maior sobrevida aos indivíduos com HIV/AIDS (Schauairch, Coelho & Motta, 2006). Algumas pesquisas com medicações de última geração aconteceram no ambulatório, bancadas por laboratórios e acompanhadas por profissionais do próprio

serviço, devidamente autorizadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José.

O Ambulatório de HIV/AIDS do Hospital nasceu, portanto, em resposta a uma necessidade, com um trabalho muitíssimo valorizado pela comunidade, lidando com o que há de mais moderno na terapêutica utilizada no tratamento do HIV/AIDS, contando com grandes investimentos do Ministério da Saúde em capacitação de pessoal e com a admiração do restante do Hospital.

Apesar de ser chamado de Ambulatório de HIV/AIDS, mantém ainda atendimento a outros agravos: hepatites, tuberculose (apenas como co-infecção da AIDS), e leishmaniose, e funciona também atendendo aos egressos dos internamentos. Possui hoje um corpo funcional de 51(cinquenta e um) profissionais, incluindo 22 (vinte e dois) médicos, sete enfermeiras, oito auxiliares de enfermagem, duas assistentes sociais, três dentistas e duas psicólogas, mais alguns funcionários administrativos. Prestado acompanhamento e assistência médica, social e psicológica de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas, os profissionais atendem uma média mensal de duas mil pessoas.

5.2 Sujeitos da Pesquisa

Elegemos, de maneira intencional, como sujeitos do estudo os trabalhadores do ambulatório de HIV/AIDS que contam mais de cinco anos de lotação no hospital. O tempo mínimo de vínculo com a organização exigido representa a garantia de que o profissional conhece a cultura da organização e suas atividades de trabalho.

Optamos por não focar uma categoria profissional, pois consideramos o contexto de trabalho na sua generalidade e semelhança a todos. A soberania do objeto de estudo (as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico) exigiu mais uma visão sobre o indivíduo imerso em seu coletivo de trabalho e menos sobre a especialidade de sua ação. Desta forma, observamos o serviço como um todo e entrevistamos 15 (quinze) trabalhadores das mais diversas categorias profissionais: cinco médicos; uma atendente dental; duas agentes administrativas; uma auxiliar de enfermagem; uma psicóloga; duas assistentes sociais e três enfermeiras. Somados a esses sujeitos, também mantivemos conversas com outros informantes de importância que já haviam trabalhado no ambulatório, ou não, e que contribuíram com o estudo. Atentando para o sigilo preconizado pela Resolução

196/96, utilizamos nomes fictícios para todos os sujeitos participantes das entrevistas narrativas.

O quadro a seguir apresenta a consolidação de um perfil dos sujeitos da pesquisa, com base em algumas informações consideradas importantes para a investigação, levantadas por um instrumento preenchido pelo sujeito à hora da entrevista narrativa.

QUADRO 2 – Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

		QTDE	%
Faixa Etária	30 a 40 anos	04	26,66
	41 a 50 anos	09	60,00
	> 50 anos	02	13,33
	TOTAL	15	99,99
Estado Civil	Casado	07	46,66
	Divorciado	03	20
	Viúvo	01	6,66
	Solteiro	04	26,66
	TOTAL	15	99,98
Grau de Instrução	Nível Médio	03	20
	Superior	02	13,33
	Especialização	04	26,66
	Mestrado	05	33,33
	Doutorado	01	6,66
	TOTAL	15	99,98
Tempo de Trabalho (AMB)	5 a 10 anos	03	20
	11 a 15 anos	07	46,66
	> 15 anos	05	33,33
	TOTAL	15	99,99
Outro Trabalho	Sim	08	53,33
	Não	07	46,66
	TOTAL	15	99,9
Função	Médico	05	33,33
	Enfermeira	03	20
	Aux. Enfermagem	02	13,33
	Administrativo	02	13,33
	Psicólogo	01	6,66
	Assistente Social	02	13,33
	TOTAL	15	99,98
Carga Horária (Semanal)	20 horas	10	66,66
	30 horas	04	26,66
	40 horas	01	6,66
	TOTAL	15	99,98

Fonte: coletado pela pesquisadora no processo.

Mais da metade dos sujeitos da pesquisa (sessenta por cento) está na faixa etária de 41 a 50 anos; 46,66 por cento são casados; 33,33 por cento são mestres; 80 por cento trabalham há mais de 15 anos no ambulatório; 53,3 por cento têm outro

trabalho; 33,33 por cento do grupo de sujeito são médicos(as); 66,66 por cento trabalham 20 horas semanais.

O perfil revela um grupo de pessoas com maturidade profissional e com ótima qualificação. Grande parte (46,66) trabalha há mais de 11 anos no ambulatório de HIV-AIDS, tempo que legitima o conhecimento do trabalho, mas também garante longa exposição a um fazer complexo. O tempo de trabalho e a presença de outra atividade mostram que não há sobrecarga física de trabalho, contudo, pode vir a existir uma carga psíquica de trabalho, uma vez que elementos afetivos e relacionais estão presentes na rotina dos sujeitos (Dejours, 1994).

5.3 Instrumentos de coleta de dados

Buscando aderência ao método etnográfico, elegemos a observação participante e a entrevista narrativa como instrumentos de recolha de indicadores. Cada um desses elementos se mostrou coerente com o método e revelou-se importante para a compreensão e significação das informações.

A entrevista narrativa é classificada como método de pesquisa qualitativa considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade, possuidora de características específicas (Jovchelovitch e Bauer, 2002). Esse tipo de entrevista tem como idéia básica reconstituir acontecimentos sociais, partindo da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível.

Como técnica para criar história, a entrevista narrativa é aberta para outros procedimentos analíticos que seguem a coleta de dados, no nosso caso, a análise do discurso coletivo. A fidelidade na reprodução das entrevistas é um indicador de qualidade da entrevista narrativa, razão por que todas foram devidamente gravadas e posteriormente transcritas.

Jovchelovitch e Bauer (2002) apresentam algumas proposições sobre a técnica.

A narrativa privilegia a realidade do que é experienciado pelos contadores de história: a realidade de uma narrativa refere-se ao que é real para o contador de história;

As narrativas não copiam a realidade do mundo fora delas: elas propõe, representações/interpretações particulares do mundo;

As narrativas não estão abertas à comprovação e não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas: elas expressam a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço;

As narrativas estão sempre inseridas no contexto sócio-histórico. uma voz específica em uma narrativa somente pode ser compreendida em relação a um contexto mais amplo: nenhuma narrativa pode ser formulada sem tal sistema de referência. (P.110).

Outro instrumento de coleta de dados utilizado foi a observação participante, considerada, além de um simples instrumental, método na busca de compreender a realidade na pesquisa qualitativa. A observação participante representa “um conjunto de atos participativos, um contínuo diálogo intercultural e interpessoal, onde se dá um ‘intercâmbio’ entre as perspectivas ‘emic’ e ‘etic’”. (Aguirre, 1995, p. 14). As principais características da observação participante como técnica qualitativa dizem respeito (1) ao fato de as situações naturais serem a fonte principal e direta dos dados, uma vez que nenhum fenômeno pode ser entendido fora de seu contexto espaciotemporal; (2) o investigador é o principal “instrumento” de coleta de dados por ser o agente do processo que capta a realidade; incorporação do conhecimento intuitivo, tácito; (3) utilização de técnicas de coleta de dados abertas; amostragem intencional; análise indutiva dos dados; (4) a teoria é gerada com suporte em uma realidade concreta, não se originando de generalizações *a priori*; e (5) o desenho da investigação é emergente à medida que avança a investigação (Aguirre, 1995).

Minayo (1999) apresenta a composição de uma observação participante, com suporte na obra de B. Malinowski.

Primeiro, o conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes de um grupo social; depois a forma como essas regras são obedecidas ou transgredidas. Em terceiro lugar, os sentimentos de amizade, de antipatia, ou simpatia que permeiam os membros do grupo. (...) é preciso observar o aspecto legal e o aspecto íntimo das relações sociais; ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhe são atribuídos. As idéias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, através de suas categorias de pensamento. (P. 137/138).

5.4 Análise de dados

Em Etnografia, a análise dos dados não é um momento diverso da pesquisa. O processo envolve interpretação de significado e de função de ações humanas, assumindo forma descritiva e interpretativa.

Para as entrevistas narrativas, porém, consideramos oportuna a escolha do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC. O DSC busca clarear o conjunto de “individualidades semânticas componentes do imaginário social” (Lefèvre, 2005), com apoio na análise das expressões verbais (discursos) individuais. A técnica consiste em

(...) analisar o material verbal coletado extraído-se de cada um dos depoimentos, artigos, cartas, papers, as idéias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave; com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular. (...) O Sujeito Coletivo se expressa através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (...) Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social. (Lefèvre, 2005, p. 16).

O DSC solicita perguntas e respostas para sua análise. No nosso caso, a questão norteadora dada para todos os sujeitos foi a seguinte: “*Conte-me uma história, com início, meio e fim, sobre a sua experiência de trabalho no ambulatório, relatando suas atividades, o por que você trabalha neste local, descrevendo o que ele é para você.*” Como vemos, a narrativa é livre, cabendo uma intervenção ou, eventualmente, outra. Para que fosse possível trabalhar com o DSC, foi imperiosa a elaboração de questões, o que fizemos em obediência aos objetivos da pesquisa. Cada narrativa transformou-se em resposta às questões. Assim, as situações potencialmente adoecedoras do trabalho, as estratégias de defesa e o vínculo destas com a cultura organizacional direcionaram a elaboração dos discursos do sujeito coletivo. Cada uma das questões ensejou várias categorias, que nortearam a constituição dos DSC com amparo em expressões-chave e idéias centrais retiradas das narrativas.

Uma vez transcritas as 15 entrevistas narrativas, partimos para a análise dos dados, utilizando um *software* elaborado com base na Teoria do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, método de pesquisa qualitativo desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP (Lefèvre F. e Lefevre A. M.C.), por Sales e Paschoal Informática – SPI, do qual adquirimos a licença de uso acadêmica código YSR-TK660-O6820-081-3267.

Por exigência do próprio Hospital, o estudo em questão teve seu projeto apreciado e aprovado pelo seu Comitê de Ética, em 17 de dezembro de 2007, sob o número de Protocolo 036/2007, Folha de Rosto 165895. Todo o processo da pesquisa buscou a observação da responsabilidade ética determinada nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos – pesquisa *in anima nobili* - contidas na Resolução 196/96.

Foi nosso interesse seguir os princípios éticos e a legislação específica, esclarecendo os sujeitos da pesquisa sobre seus objetivos, solicitando inclusive a formalidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre eles, podemos citar: autonomia (do sujeito para inquirir sobre dúvidas e deixar o estudo quando for sua vontade); não-maleficência (garantia do anonimato, respeito à individualidade e a fidedignidade dos dados obtidos); beneficência e justiça e **equidade** (garantia de respeito aos aspectos sócio-humanitários).

6. ETNOGRAFIA DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL

“Aquilo que se vê depende do lugar em que foi visto, e das outras coisas que foram vistas ao mesmo tempo.”

(Geertz, C. 1997, p.11)

Antes da descrição propriamente dita, realizamos uma apresentação acerca do Hospital campo da pesquisa, com base na óptica da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas. Em seguida, por considerarmos oportuno, apresentamos um pouco da história do Ambulatório de HIV/AIDS, espaço específico onde foi realizada a investigação, registrada nas falas dos entrevistados e presentes no Discurso do Sujeito Coletivo, elaborado para esse fim.

O Hospital investigado é uma organização pública, ligada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, pertencente à rede do Sistema Único de Saúde – SUS e referência em doenças infecciosas, criado pela Lei nº. 9387, em 31 de julho de 1970.

Sua estrutura organizacional, materializada em organograma, define a divisão do trabalho e da autoridade e o sistema de comunicação correlato (Loiola, Bastos, Queiroz & Silva, 2004) foi atualizado em 2007 e 2008, contudo, alguns serviços continuam como informais (sem constar no desenho organizacional formal), dentre eles, Ouvidoria, UTI, Sistema de Custos, Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas, e o próprio Ambulatório de HIV/AIDS, existente desde 1991. Esse fato demonstra que o serviço público possui uma carga de burocracia que dificulta a própria legalização da organização, tornando-a menos ousada e pouco dinâmica.

O Hospital é a única unidade da rede de saúde do Estado do Ceará onde o trabalhador usa cartão e relógio de ponto, havendo um rigor no acompanhamento dos atrasos e antecipações, pois três atrasos ou faltas sem justificativa, fazem o trabalhador ter redução ou perda do valor de sua produtividade (gratificação GITQ, assim chamada). Outra questão digna de nota é a reduzida distância entre os diretores, gerentes e trabalhadores operacionais. Dentro do possível, a qualquer momento, o profissional consegue falar com os chefes e diretores sem necessidade de marcar hora. Todos os trabalhadores dividem o mesmo refeitório e horários para refeições, sendo comum, inclusive, tratar-se de trabalho à hora do almoço. Há um clima familiar nas relações entre os próprios trabalhadores e algumas vezes entre estes e o usuário, muito referido nas entrevistas narrativas, valor responsável pelo

trato mais pessoal às questões institucionais. O caso de uma profissional ter sido convidada pela família para o funeral de um paciente ilustra bem isso. Não só pelo convite, mas pela decisão dos familiares de esperar a referida profissional até sua chegada para a realização do sepultamento, dando-se ao anoitecer.

Quanto ao planejamento de suas ações, no Hospital, prevalece a perspectiva do curto prazo, onde as coisas vão sendo feitas na medida em que vão sendo demandadas, de maneira empírica, uma das características da cultura brasileira (Zanelli & Silva, 2004).

Mesmo havendo um relacionamento próximo entre trabalhadores e gestores, o hospital possui o nível central de comando, com poder de decisão final, na direção geral. Para a dimensão administrativa, o fato de as relações beirarem o *status* familiar, em muitos casos, dificulta os processos, transformando as questões de trabalho em pessoais, casuísticas, perdendo seu caráter institucional.

Em 2006, foi realizada a segunda Análise de Clima Organizacional, como meta do planejamento estratégico de 2005. À época contávamos com 692 funcionários, dos quais 60 faziam parte do Grupo Girassol (grupo voluntário que há oito anos trabalha no Hospital junto aos pacientes HIV/AIDS internados, com um atendimento declaradamente afetivo). Dentre as doze variáveis da pesquisa, uma relacionava-se à imagem do Hospital. A pesquisa revelou que 94,4 %, dos 540 que responderam, têm orgulho de trabalhar ali. Quanto à questão “O Hospital tem papel fundamental na sociedade”, 93,9 % consideram que sim. A pesquisa apontou ainda que 34,6 % revelaram estar insatisfeitos com o processo decisório (Brito, 2007). Mesmo levando em conta o fato de que se trata de um recorte espaciotemporal, os percentuais acenam para um grupo de trabalhadores que gosta do que faz e conhece a relevância do seu papel social na qualidade trabalhadores da saúde.

A satisfação expressa no orgulho em trabalhar no Hospital assegura, além da natureza e desgastes da tarefa, um clima positivo entre as equipes e entre os colegas em geral. A concretização desse fato está na queda do número de reclamações apresentadas ao Serviço de Ouvidoria. Acreditamos que a quantidade de anos em que o grupo de trabalho está junto favorece essa satisfação, considerando o grupo de trabalho como

(...)um conjunto formado por duas ou mais pessoas, que para atingir determinados objetivos, necessita de algum tipo de interação, durante um intervalo de tempo relativamente longo, sem o qual seria mais difícil ou impossível obter o êxito desejado. (Albuquerque & Puente-Palacios, 2004, p. 358).

A prática demonstra que a pessoa não identificada com a vida de tratar, viver e morrer do Hospital não permanece nele. Isso quer dizer que o grupo já criou o seu comportamento, sua referência, que o faz sentir-se apoiado no trato com as dificuldades do cotidiano.

A satisfação é uma variável de natureza afetiva com papel determinante sobre o comportamento dos trabalhadores. Há quem garanta que a satisfação é “um resultado ou uma consequência de experiências pessoais no meio organizacional que se irradiam para a vida social do indivíduo”. (Siqueira & Gomide Júnior, 2004, p.302).

O Hospital São José possui boa aceitação pela comunidade usuária (ver dados dos relatórios do Serviço de Ouvidoria em anexo). Acreditamos que a responsabilidade desse fato decorre do investimento em capacitação, reconhecimento, humanização e motivação de seu pessoal de maneira contínua desde 1999.

Ultrapassando a caracterização de hospital de ensino, o Hospital possui uma cultura de ambiente que fomenta o ensino e a pesquisa, ações coordenadas pelo Centro de Estudos ou Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas-CDP. Há falas muito significativas nas entrevistas que vinculam o prazer no trabalho à bagagem de aprendizagem.

Há dez anos o Projeto de Crescer, iniciativa interna de valorização dos servidores, promove ações voltadas para o autoconhecimento e o autodesenvolvimento, favorecendo uma consciência crítica por meio de capacitações anuais, além de outros projetos, como o Prazer-de-Ler (biblioteca para funcionários, voluntários, pacientes e acompanhantes, com cerca de 800 livros doados por servidores e amigos) e escolha do Trabalhador e Setor Destaque do Ano.

O Hospital organiza atividades festivas mensais, como o Comida, Diversão e Arte - CDA, um dos rituais festivos da organização existente há seis anos, para homenagear os aniversariantes do mês. A festa acontece no refeitório do Hospital, com a presença de um bom número de funcionários. Para o serviço não ter descontinuidade, alguns esperam enquanto o colega participa da festa, lancha e volta para que ele possa também ir participar. No final, há a participação de 180 pessoas, em média (dados dos relatórios da Coordenação de Desenvolvimento de Pesquisa 2007. Ver anexo). A própria denominação da festa foi escolhida por concurso interno e os diversos setores do Hospital se alternam na sua organização.

Outra atividade que caracteriza o Hospital-campo da pesquisa diz respeito à reunião mensal com os servidores e a Direção, que acontece desde 2003. Buscando espaço para o diálogo, os encontros têm média de 25 participantes (muitos não podem participar para não haver prejuízo do serviço) que se alternam na assistência e levam suas contribuições e reclamações à Direção e gerências. A cada quinze dias, reúne-se o Comitê da Gestão Estratégica, organizado em 1999, após o do primeiro Planejamento Estratégico do Hospital, composto por líderes e gerentes para discussão de assuntos pertinentes, de natureza estratégica ou não.

Os espaços citados e eventos enumerados buscam favorecer um clima organizacional integrativo, dinâmico, participativo, gerador de desenvolvimento integral do indivíduo que ali trabalha. Constituem rituais internalizados na cultura da organização, nesse caso, atribuindo significados às ações dos trabalhadores.

A Organização, no entanto, ao longo dos anos, enfrenta sérios problemas de deficiência na comunicação interna; no processo decisório que enseja insatisfação; escasso número de profissionais; área física insuficiente; poucos recursos financeiros e baixos salários. O Hospital, pela natureza de suas patologias, possui baixa rotatividade. Alguns pacientes passam muitos meses internados, o que reduz a entrada de recursos do Sistema Único de Saúde - SUS.

O final do segundo semestre de 2007 foi marcado por mudanças importantes na administração do Hospital, o que seguramente garante uma transformação na identidade cultural da Organização. Uma mudança do dirigente implica a formação de um novo ritmo, novos valores e uma nova alma para a Organização, o que leva tempo.

As organizações, e o Hospital não é diferente, constituem-se locais onde agentes contribuem para a produção de objetos e serviços, como também é o “lugar onde cada indivíduo explora, adapta e habita, a fim de realizar seus próprios objetivos”. (Fischer, 2001). Nesse movimento de serviço e realização, a Organização convive com transformações contínuas. Algumas delas foram conseqüência natural da evolução. Pelo que vimos, consideramos que as mudanças relativas à redução dos espaços coletivos de socialização podem comprometer ainda mais a comunicação organizacional, e ensejar em alguns trabalhadores ansiedade, insegurança e desconforto, afetando as relações entre os pares e levando à desmotivação.

A situação de mudança que ora permeia a organização pode representar uma ameaça a algumas conquistas, por isso possui um potencial de sofrimento psíquico quando mobiliza os investimentos afetivos (“eu gosto de trabalhar aqui e não ali”; “gosto de trabalhar naquela escala”, “o orgulho de trabalhar em função “x””, a vida que está estruturada e as relações entre os trabalhadores), vendo-se, em linhas gerais, o sentimento de medo de não haver espaço de negociação. Todas as situações apresentadas referem-se ao que se chama divisão de homens (hierarquia, relações etc.), ou seja, dizem respeito à organização do trabalho e não às condições de trabalho (Dejours, 1994).

6.1. O Discurso do Sujeito Coletivo “Ambulatório: um pouco de história.”

As narrativas expressaram muito bem as dificuldades do início do trabalho do ambulatório. Assim, consideramos oportuno apresentar a história do espaço pesquisado com base nas falas dos próprios entrevistados. A seguir, o Discurso do Sujeito Coletivo, elaborado com a finalidade de revelar um pouco da história do Ambulatório de HIV/AIDS do Hospital São José.

DSC (sujeitos Rosa, João, Maria e Patrícia): *Assim, um dia eu comecei a trabalhar em um setor que estava muito pequeno, era apenas três colegas que faziam o ambulatório com paciente com infecção pelo vírus HIV, em uma única sala, a demanda era muito modesta, mas vivíamos um grande conflito de ser a doença, doença do preconceito, do estigma, do sofrimento e da pouca perspectiva de se oferecer qualidade de vida as pessoas. E logo, logo, precisamos nos mudar para um local ainda menos adequado, por que uma reforma precisava ser feita nesse ambiente. Passamos a atender então em uma enfermaria, onde se improvisou nela um ambulatório, isso era na unidade de pediatria, então o ambiente ficou mais difícil de se abordar, porque dividia-se em uma mesma sala dois atendimentos, duas pessoas atendendo conjuntamente e isso não havia divisória, e não havia nenhuma condição de preservar uma conversa, uma discussão um exame, mais preciso, em regiões genitais. Bom, passamos mais ou menos seis meses a um ano nessa situação tão ruim e depois fomos pro ambiente mais apropriado, com muitas salas de atendimento e isso vivendo no período de tranqüilidade, e tínhamos mais espaço, mais médicos atendendo, apesar da demanda crescente ainda era possível absorver esses pacientes em um ambiente propicio salas individualizadas. O ambulatório começou no inicio da década de 90. Com o nascimento da AIDS, tinha gente que não morria e tinha alta [hospitalar], tempo que uma pessoa tinha que ser vista no ambulatório, então começou o ambulatório e era só uma sala no inicio, totalmente improvisada, na mesma área em que hoje é o ambulatório, só que era um espaçozinho pequeno, era uma sala, foi feito um consultório. No começo uma médica atendia aí começaram a surgir novos pacientes e ela só não dava conta e foi quando houve o concurso de 90 e no inicio de 91 foram chamados novos profissionais que era pra o São José. Mas, em 92,*

93 era um ambulatório extremamente pequeno. A equipe era muito pequena, era um contato mais próximo onde a gente fazia uma parte ambulatorial, o apoio sorológico a pacientes que iam se submeter a medicação anti-hiv e o acompanhamento aos pacientes com diagnóstico, status HIV positivo, acompanhava esta pessoa. Então em 94 inicia o Hospital Dia onde também teria um tipo de atendimento uma atenção mais especializada eram procedimentos... As pessoas que iam se submeter a uma terapêutica de ataque não precisavam mais se internar pra fazer anfotericina diária, ou ganciclovir. O hospital dia era justamente este local que o paciente vinha, passava algumas horas ia fazer esse procedimento, depois ia para casa. E aí depois fomos vivendo um crescimento gradativo desse atendimento..... a complexibilidade desse atendimento se tornando maior, porque cada vez mais aspectos orgânicos se tornavam necessário serem avaliados, novos exames, novos métodos de avaliar respostas dos pacientes a aquele medicamento. E ao mesmo tempo fomos tendo também uma capacidade de oferecer qualidade de vida, porque o tratamento se tornou mais eficaz e havia uma luz no fim do túnel para essas pessoas, então foi um momento de euforia, onde tudo se parecia encaminhar bem, e aí passamos por um período de estrangulamento, porque a demanda foi crescendo, crescendo, crescendo e essa estrutura no final da década de 90, ainda estava adequada para a demanda, no começo do milênio logo se tornou inadequada, pela necessidade de pessoas precisando de um atendimento, pela quantidade de profissionais que se habilitaram a fazer esse atendimento, então passamos rapidamente por um período de tranqüilidade, de satisfação, de adequação de estrutura física, e da oportunidade de trabalho a essas pessoas, para novamente um outro momento de dificuldade, de estrangulamento, e com isso nós, nesse

caminho fomos incorporando novas áreas de conhecimento, e criou-se mais uma demanda, que era a questão da Hepatite, que alguns pacientes com HIV foram co-infectados pelo vírus da hepatite, e os pacientes sem HIV, mas com hepatite crônicas. Mudou alguma coisa, embora a demanda tenha se tornado mais seletiva, o ambulatório cresceu em especialidade, em HIV, hepatite, DST, tuberculose, então é bem melhor a demanda da época que eu cheguei até agora, e a escala profissional esta mais completa, pois pra atender pacientes com essas doenças é preciso profissionais bons, e você acaba se destacando junto com o ambulatório.

O DSC traz um relato que acena para um serviço cujo início marca a luta contra a morte por AIDS. A vida dos pacientes sobreviventes exigiu o necessário atendimento que não podia esperar por condições ambientais apropriadas. Esse começo revela uma natureza indiscutível do ambulatório: a superação e a luta, que tende a ser contínua, uma vez que historicamente é expressa pela ampliação das condições de atendimento. A história conta ainda outra história, aquela do comportamento das doenças infecciosas após o advento da AIDS, como a tuberculose e a hepatite. Ao final, o discurso apresenta o relevo esperado por quem ali trabalha: destaque, reconhecimento.

6.1 Descrição etnográfica

Acreditamos que o período de transição (Direção) vivido pelo Hospital como um todo e, mais especialmente pelo Ambulatório (sem coordenação por um tempo), no momento da pesquisa, menos favoreceu e mais exigiu das leituras e apreensões do objeto investigado.

Em final do ano de 2007, procuramos a gerente do Ambulatório, explicamos a pesquisa e seus objetivos. Na oportunidade, fizemos a entrega de uma cópia do Parecer favorável (Protocolo nº 165895, de 17 de dezembro de 2007), expedido pelo Comitê de Ética do Hospital.

O Ambulatório do Hospital campo da pesquisa, onde estão inseridos os sujeitos da investigação, existe desde 1991. Com um grupo de trabalho de 51 funcionários, profissionais de nível médio e superior, atende hoje a pacientes de HIV/AIDS, hepatites (apenas co-infecção de hiv/aids), leishmaniose, neurologia, tuberculose (apenas co-infecção de HIV/AIDS), Odontologia, atendendo ainda a pacientes egressos dos internamentos. O maior número de pacientes atendidos compreende aqueles soropositivos para HIV ou já com a AIDS. Vale esclarecer que o indivíduo pode possuir o HIV (vírus que causa a AIDS) mas não ter desenvolvido nenhuma doença da síndrome; desta forma, ele ainda não tem a AIDS.

Em 1997, o espaço concluiu uma reforma, quando também aconteceu a implantação do hospital-dia, outro serviço inserido em sua área de atuação. Hoje, o Ambulatório conta com uma área física insuficiente para atender ao significativo volume da demanda. Além do campo de pesquisa do presente estudo, toda a cidade de Fortaleza conta mais três ambulatórios para HIV: no Hospital das Clínicas Walter Cantídio (com cinco infectologistas e realizando internamento), no Centro de Saúde e Especialidade José de Alencar (com três infectologistas, sem internamentos) e no Hospital Geral de Fortaleza (com um infectologista, sem internamento). Como o Hospital São José é a unidade de saúde referência nesse tipo de atendimento, os casos de HIV/AIDS tendem a utilizar mais o referido ambulatório, criando um fluxo mensal de dois mil usuários do serviço (Informações de profissionais que trabalham no Ambulatório e também nos lugares informados).

A sala de espera é separada por uma portinhola do corredor com oito consultórios. Ali fica um funcionário administrativo (um pela manhã e outra à tarde), organizando a entrada dos pacientes, que são chamados por um número que representa o número de ordem de chegada ao balcão de atendimento horas antes. Com paredes amarelo-claras, a sala de espera possui um televisor à vista daqueles que estão sentados. Ao lado da entrada dos consultórios, há um grande flanelógrafo, mensageiro de novidades do interesse dos usuários e profissionais.

As primeiras idas ao ambulatório nos deixaram aflita com a falta de capacidade de olhar e “reparar” em algo digno de nota. Logo, no entanto, percebemos que era um aquecimento necessário: chegar, cumprimentar as pessoas, explicar o que estamos fazendo e olhar de perto. Desde então, de maneira lenta, até mesmo a área física, sua ocupação, os objetos, os jardins, a frequência, a hora do maior movimento, a hora do maior barulho, os olhares etc... parecia como se nunca houvéssemos ali posto os pés.

O que nos chamou a atenção não foi possível ser visto, mas sim ouvido. O barulho, que comumente não conseguimos ouvir, era intenso no salão de marcação de consulta e outros atendimentos, à entrada do Ambulatório. Eram 8h 30 min. Alguns médicos, enfermeiros e psicóloga já realizavam atendimento. Para dar uma idéia da quantidade de sons, já que a intensidade só pode ser imaginada, vamos enumerar alguns: as falas de mais de 30 pessoas (entre em pé e sentadas) em um salão conversando entre si; as falas das recepcionistas em volume alto para superar o obstáculo do vidro; uma parede sendo quebrada com pancadas cadenciadas; furadeira, os ventiladores de teto da sala de espera e da sala das recepcionistas; a porta de saída dos funcionários que não abre por fora sem chave, batendo, cada um deles que passa; a TV ligada, o telefone da bancada da recepção, os telefones celulares dos funcionários e dos pacientes etc. Realizamos uma gravação aleatória e captamos o som por mais de cinco minutos. A reprodução é menos barulhenta do que o barulho real, mas tão causadora de irritabilidade quanto.

Em frente à porta de entrada do Ambulatório posiciona-se um segurança fardado e armado. A figura do segurança dentro do ambulatório é relativamente nova. Ela representa um pouco de ordem para pacientes de comportamento agressivo e um mínimo de segurança para os profissionais que ali trabalham. Ora, a presença de um segurança sinaliza para a igual presença de perigo. Os profissionais lidam com muitas pessoas, de níveis sociais, problemas familiares, e até questões legais diversas, o que enseja insegurança e medo do que possa acontecer. Foi-nos relatado que um paciente preso da justiça (de um noticiado assalto na cidade), veio para consulta escoltado por vários policiais armados. A polícia recebeu informação de que sua quadrilha iria tentar libertá-lo por ocasião de sua ida ao hospital. Realizaram um cordão especial de isolamento em volta do hospital e todas as salas do Ambulatório, em pleno expediente, foram revistadas por policiais com armas pesadas. Todos, aterrorizados, realizavam suas atividades; a médica atendia o paciente-detento, sem saber do que se passava fora de seu consultório.

O evento relatado, mesmo tendo acontecido apenas uma vez, não é isolado, por ser comum a visita de detentos acompanhados de sua respectiva escolta, revelando situações de risco e medo no dia-a-dia. A presença do medo, gerado pela insegurança ou “proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo e inelutável”. (Dejours, 1992, p. 74).

Uma pessoa que tenha interiorizado uma visão de mundo que considere a insegurança e a vulnerabilidade, mesmo na ausência da ameaça, recorrerá no seu dia-a-dia às reações adequadas a um encontro imediato como o perigo (Bauman, 2008). O sociólogo polonês fala do medo que se apresenta na contemporaneidade como uma companhia em todo o tempo, em todos os lugares e formas.

O que mais amedronta é a ubiqüidade dos medos; eles podem vazar de qualquer canto ou fresta de nossos lares e de nosso planeta. Das ruas escuras ou das telas luminosas dos televisores. De nossos quartos e de nossas cozinhas. De nossos locais de trabalho e do metrô que tomamos para ir e voltar. De pessoas que encontramos e de pessoas que não conseguimos perceber... No ambiente líquido-moderno, contudo, a luta contra os medos se tornou tarefa para a vida inteira. (Bauman, 2008, p. 11, 15).

No caso dos trabalhadores do Hospital, o medo advindo da insegurança os acompanha a muitos outros lugares, inclusive no caminho de casa para seu local de trabalho. Assaltos semanais são relatados entre os colegas. Cada um dos profissionais tem uma história de violência para contar; alguns mais de um caso. O medo vai ficando residual, não desaparece, e o trabalhador de alguma forma elabora defesas para ele, como dividi-lo relatando seus casos e fazendo oitiva a outros relatos, utilizando o espaço público para socializar e conviver com seu medo.

Durante o período observado, percebemos que a maioria dos profissionais, das diversas categorias investigadas, faz uso da fala (conversa) com os colegas; seja nos cantos de sala de espera, na extremidade dos corredores que separam serviços e consultórios, a caminho do refeitório para o almoço, a conversa está presente. O tempo do colóquio é ditado pelo volume do atendimento. Quando a manhã vai acabando ou o fim da tarde chega, a conversa se intensifica. Alguns diálogos são audíveis; tratam dos problemas do serviço em si; outros falam dos fatos violentos ocorridos com alguém conhecido. Falam também de compras, passeios, do próprio atendimento, se está ruim se está bom, ou até mesmo sobre a saúde de

alguma colega. Algumas parecem firmar maior vínculo com outras, se identificam mais e o nível do diálogo é mais reservado e silencioso. Dejours (1996) diz da importância do espaço do diálogo para as relações no trabalho, quando anota que, uma vez constituído,

Esse espaço de palavra modifica sensivelmente as condutas individuais e as relações, tanto nos locais de trabalho como nas cantinas ou no vestuário. Estando restabelecida a palavra sobre o trabalho [inclusive], é também a palavra comum que ressurgue nas diversas circunstâncias da vida prática na fábrica. (P.169).

Considerando o potencial da palavra, Chanlat (1996) vai além e ressalta o discurso, a palavra e a linguagem como passagem obrigatória para a compreensão do ser humano. No contexto organizacional, o estudo dessas faculdades possibilita desvendar condutas, ações e decisões. Reduzir a comunicação humana nas organizações a uma simples transmissão de informações é

(...) esquecer que todo discurso, toda a palavra pronunciada ou todo documento escrito se insere em maior ou menor grau na esfera do agir, do fazer, do pensar e do sentimento (...) É condenar-se a não poder apreender em profundidade nem o simbólico organizacional nem a identidade individual e coletiva. (P.29).

Em um dos dias de observação, chegamos à sala onde ficam as recepcionistas. A presença da coordenadora nos levou a deduzir que algo estava sendo resolvido. Havia uma reclamação, por parte de uma das recepcionistas, de que o fato de uma colega ir até o serviço (para realizar sua função) estava atrapalhando. A coordenadora substituta, chamada ao local pela colega que estava sendo acusada, veio para que se esclarecesse o fato. A conversa foi rápida para não atrapalhar o atendimento. Posteriormente, a colega reclamada relatou que tudo

haveria de ser conversado para evitar confusão, principalmente naquele momento (ela se referia ao fato da saída da gerente há alguns meses e ainda não havia um titular para a função). Podemos notar que a fala representa um papel importante para os trabalhadores do Ambulatório, pois, ao mesmo tempo, clareia e esconde o que cada uma quer dizer (reclamar do comportamento da colega) ou não quer dizer (tudo será conversado).

A falta de uma coordenação instituída traz conseqüências para as relações do grupo. Acreditamos que as conversas, até certo ponto excessivas no serviço, reproduzem a desinformação sobre o real estado da gestão do Ambulatório. A aparência do atendimento, contudo, revelava um disciplinado controle dos procedimentos realizados. Acreditamos que esse fato sinaliza para a presença de um grupo forte que sabe o que deve ser feito, a despeito das incertezas do presente.

Uma situação que registramos foi a fala de uma funcionária que, de tão repetida, parecia um “mote”: “Aqui tá muito difícil de trabalhar!”, “Aqui a gente trabalha demais”. Pelo que percebemos, os desabafos vinham por duas razões. A primeira dizia respeito ao fato de muitos médicos estarem afastados para eventos ou férias e um deles estava cedido ao Município de Fortaleza. Essa situação obrigava a funcionária, repetidas vezes, a dizer a mesma informação: “O doutor fulano de tal está de férias”; “o doutor beltrano está viajando para congresso” etc. A outra questão é da ordem da comunicação. Várias informações não são socializadas com as recepcionistas que transferem informações equivocadas e passam constrangimentos ao usuário.

O Serviço de Recepção do Ambulatório é desafiador, pelo volume, complexidade do atendimento a pessoas em processo de adoecimento e por constituir a porta de entrada para todo o atendimento. A sala das recepcionistas merece uma atenção à parte pelo esforço empreendido de torná-la familiar as suas ocupantes. Ela possui uma bancada onde ficam o telefone, o computador e o material de escritório. Acima do armário de madeira, há um arranjo de flores artificiais. Há duas pequenas imagens de santos em cima do gabinete do computador. Tem um claviculário que guarda a chave da entrada do Ambulatório. Durante nossa observação, foi colocada uma divisória isolando a porta que permitia o acesso só de funcionários. Mais um corredor se formou. A divisória, além da porta, tem um espaço vazado para a movimentação de prontuários e folhas de

atendimento, evitando assim a entrada de outros colegas e perturbação do atendimento. As reformas, que ajudam a aumentar o barulho, são respostas a demandas das funcionárias da recepção por privacidade, como também uma tentativa de reduzir o número de reclamações do serviço. A vontade das funcionárias de demarcar seu lugar é compreensível, uma vez que, para o trabalhador, o espaço que lhe é destinado é investido aos poucos como pessoal.

Por intermédio de múltiplas atitudes, o indivíduo traduz uma tendência fundamental a habitar o lugar onde está, familiarizando-se com ele e transformando-o. Assim, ele cria em seu ambiente procedimentos que lhe facilitam as tarefas (o telefone mais perto, o teclado do computador na altura desejada), reage à intrusão dos outros por uma defesa característica do seu território (colegas mesmo trabalhando são intrusas), cria para si mesmo sistema de adaptação e dominação (o que faço é mais importante) que traduzem a pregnância de seu espaço como ponto de ancoragem (Fischer, 2001, p. 94).

Uma característica do lugar é ter um barulho intenso. Para serem ouvidas, as duas recepcionistas falam muito e em tom elevado. Uma delas está em tratamento da voz. Atendem às filas, atendem ao telefone que toca insistentemente com ligações de todo o Estado; atendem às colegas que solicitam prontuários e mapas dos atendimentos; e dão conta de marcar novas consultas e receber os pacientes do dia. No último mês de observação, um novo serviço foi acrescentado ao Setor de Ambulatório. Na extremidade da sala de espera, próximo ao jardim externo (separado por uma parede de tijolos vazados), fixaram-se uma balança e uma mesa, onde ficará o serviço de acolhimento, que passou a funcionar durante as manhãs e tardes. A auxiliar de enfermagem pesa e verifica a pressão arterial daqueles que vão às consultas médicas. Foi uma forma de apressar o atendimento e dar-lhe qualidade.

A observação, sob óptica mais geral do trabalho dos profissionais do ambulatório, revelou algo que muitos comentam e suspeitam, porém não tínhamos idéias da profundidade da questão. Percebemos a existência de uma diferenciação entre o ambulatório e o hospital como um todo, não recente, mas que permanece até os dias atuais. O que podemos nominar de uma subcultura, a diferença não institucionalizada se revela de várias formas, algumas mais simples, outras mais sutis. A apresentação que realizamos do Hospital, anteriormente, não serve ao

Ambulatório. Como disse um sujeito em sua narrativa, “*É um feudo, uma coisa à parte.*” O fenômeno do surgimento de subculturas não é raro. Apesar dos valores dominantes e compartilhados, “o repertório dos participantes e os problemas típicos de cada unidade organizacional também poderão modelar culturas setoriais diferenciadas.” (Zanelli & Silva, 2004, p.418). A cultura, no entanto, tem sua força dimensionada em termos da homogeneidade e estabilidade dos membros, ou seja, quanto mais consolidada a cultura organizacional, menor a presença de choque com a cultura maior.

As pessoas que trabalham no ambulatório, em sua maioria, vestem jalecos brancos quando trabalham, não utilizam a roupa (conhecida entre os funcionários como abadá) que os profissionais colegas do internamento usam. As reuniões são locais, entre o próprio setor (quando acontecem), não sendo comum a presença do grupo nas reuniões gerais do Hospital. A diversidade revela-se ainda em algumas situações sociais, como as comemorações de aniversariantes e festa de Natal, realizadas além das organizadas pelo Hospital como um todo.

Há também uma questão administrativa muito intensiva que assinala a diferença. Por contar com uma coordenação própria (no momento não preenchida), o grupo de profissionais de Enfermagem nunca foi ligado à Gerência de Enfermagem do Hospital, da mesma forma que as assistentes sociais e os médicos. Isso implica dizer que as questões técnico-administrativas do trabalho são resolvidas de maneira diversa à forma utilizada para os outros colegas da Unidade de Internamento.

Outra questão é a doença mais tratada no ambulatório, a AIDS, que confere um estatuto a quem se dedica a ela. É a mais pesquisada, mais recursos vem para treinamento do nível de atendimento ambulatorial (aconselhamento, adesão) e a participação em eventos científicos nacionais e mundiais está muito mais direcionada aos profissionais do Ambulatório que têm tempo hábil, pela natureza do atendimento, para a pesquisa, em relação àqueles colegas que trabalham com pacientes internados, normalmente mais graves. Todos estes fatos, uns mais ou menos, afetam de maneira sutil a relação entre os profissionais do Hospital (enfermarias) e Ambulatório, ocasionando um mal-estar no cotidiano de trabalho, perceptível aos mais atentos.

Ribeiro (2005) considera o ambiente laboral, antes de mais, como um lugar físico, topológico, que, uma vez vivenciado e experienciado por quem o ocupa, se transforma em espaço que define e circunscreve a vida real de trabalho de todos os dias, adquirindo por isso atributos sociais, culturais e organizacionais. Trata-se de um espaço com alma, que vem das pessoas que o ocupam e sem as quais não há trabalho.

No caso do Ambulatório, campo da pesquisa, a área física (o lugar) deixa muito a desejar. O corredor dos consultórios é estreito e longo. Os consultórios são pequenos e utilizados por vários médicos e enfermeiros, em forma de rodízio. Alguns possuem informações sobre o tratamento das doenças, cartazes nas paredes. São azulejados e contam com uma pequena mesa de atendimento, três cadeiras (para o profissional, doente e acompanhante, ou interno), uma maca, uma pia para lavagem de mãos, hábito necessário e estimulado no meio. A janela é mantida fechada em razão do ar-condicionado. Quando aberta, dá para um jardim externo do Hospital. O sistema de rodízio de ocupação dos consultórios é que mantém o atendimento contínuo. Observamos que os jardins e a pequena área verde que envolvem o Ambulatório, interna e externamente, fazem diferença na imagem do Ambulatório como lugar de tratar de doença. Ribeiro (2005) acentua que as plantas podem contribuir para promoção da criatividade humana e o relaxamento no trabalho.

No decorrer da observação, o ambulatório passou por mudança na estrutura física. A sala de prontuários transformou-se em dois pequenos consultórios, e a sala da Coordenação foi dividida em duas, no entanto, esta, logo depois, voltou à forma de origem. Uma sala de coordenação deixa de existir e volta à existência, mas continua sem cumprir sua função básica - servir de espaço de trabalho para o coordenador do serviço.

A entrada do Setor de Ambulatório possuía uma porta que era aberta pelo funcionário que chegasse primeiro, guardando a chave no porta-chave (como sua casa) e trancada pelo funcionário que saísse mais tarde e deixava no setor da Farmácia (aberto 24 horas).

Ao final das observações, alguns meses depois, o Ambulatório está com portas vazadas, sem necessidade de fechar ou abrir. Os trabalhadores indagados desconhecem a razão da reforma. Dias depois, conseguimos descobrir que será

feito um portão no lugar da antiga porta, que dará mais ventilação à sala de espera. Uma questão importante, pois, nos dias de sexta-feira, acontece o ambulatório de tuberculose e na sala de espera pacientes com e sem tuberculose se misturam. Além das mudanças físicas, observamos também alterações nas escalas de serviço dos profissionais. Essas não agradaram por haver sido alterada uma rotina de vida, já cristalizada, de alguns funcionários. Sobre a reação do grupo às mudanças, podemos considerar duas questões: ou o grupo está acomodado, com pouca ou nenhuma disposição para alterações na vida de trabalho, ou se trata da forma como as mudanças foram e estão sendo realizadas, sem socialização ou discussão. Albuquerque e Palácios (2004) esclarecem que, em uma relação dialética, é normal o fato de as mudanças encontrarem reações nos membros do grupo. “A resistência será tanto maior quanto for a diferença de informação que existir entre os membros do grupo e tanto menor quanto for a ameaça à sobrevivência do grupo e mais fácil será quando os objetivos individuais se realizarem por meio do grupo.” (P. 363).

Num intensivo clima de transição, iniciamos a observação participante e, posteriormente, as entrevistas. Nesse período, fomos informada da saída da gerente do Ambulatório. Outro médico assumiu a função, afastando-se logo depois para colaborar com o Município de Fortaleza no combate à grande epidemia da dengue. Sem coordenação formal, uma assistente social, da confiança do diretor, assume de forma provisória as funções na condução do Ambulatório. O grupo de trabalhadores faz esforços para manter o atendimento da demanda normal do setor. Acreditamos que a falta da coordenação enseja situações de incertezas e confusão, por ser um terreno fértil para boatos e tensão. Podemos perceber, ainda, que nesse momento os laços entre a equipe se enfraquecem. Isso é revelado quando vemos diminuir as conversas relatadas. Poucos são aqueles que confiam no colega para desabafar, contudo há conversas eventuais entre pequenos grupos de trabalhadores, que mostram, com expressões semelhantes, uma falsa despreocupação com o *status quo*.

Testemunhamos, contudo, por duas vezes, a solidariedade revelada na preocupação e atitude de ajuda com duas colegas que apresentaram problemas de saúde, o segundo caso mais grave do que o primeiro. Esse fato demonstra a existência de laços afetivos mais fortes entre determinadas pessoas.

Os médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais têm uma lida intensa. Costumam chegar no horário, e, uma vez começando o atendimento, não se ausentam para lanche ou para resolução de outras questões, que normalmente resolvem antes do primeiro paciente adentrar o consultório. Diariamente, há solicitações de pacientes extraordinários para os médicos, pessoas não agendadas para o dia, mas são pacientes regulares destes profissionais. A recepção só libera esse tipo de atendimento com o aval prévio do médico. A rotina é o doutor atender, principalmente quando os doentes são de cidades pequenas do Estado. Algumas vezes, o profissional se nega a essa prática e encaminha para o serviço de consultas da emergência, por considerar que favorece uma desorganização do atendimento. É comum alguns pacientes abordarem os profissionais ainda na chegada destes ao Ambulatório. O trato entre eles é característico de um nível de intimidade constituída por longo tempo de relação profissional/paciente.

A ação principal de enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas do Ambulatório de HIV/AIDS é a realização do aconselhamento com pessoas que querem realizar o teste anti-HIV (pré-teste) ou por ocasião da entrega do resultado (pós-teste). A prática foi instituída pelo Ministério da Saúde, haja vista a dificuldade em estabelecer serviços efetivos de prevenção de DST/AIDS por estas doenças envolverem a intimidade e simbolismos e valores culturais. O aconselhamento representa

(...) um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. (Filgueiras, Fernandes e Gonçalves, s/d, p.8).

Para as DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e HIV/AIDS, o aconselhamento é composto de amparo emocional; apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e avaliação de riscos, reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco, com pessoas que tencionam realizar o teste anti-HIV. Nesse contexto, o aconselhamento tem por objetivos promover a redução do nível de estresse; a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras; a adesão ao tratamento; e a comunicação e o tratamento de parceria(s) sexual (is) e de parceiros de uso de drogas injetáveis.

Transcrevemos um trecho do Manual *ACONSELHAMENTO EM DST E HIV/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos*, do Ministério da Saúde, para que tenhamos uma noção da rotina e do desgaste emocional do trabalho dos profissionais do Ambulatório.

Se a vida humana implica relações intersubjetivas em seu cotidiano, tratando-se de DST e HIV/AIDS é preciso estar atento para situações conflituosas, nem sempre explícitas, que podem dificultar a ação preventiva. Quando as pessoas vivenciam situações de ameaça a sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos.

As temáticas implícitas nas questões relativas às DST e ao HIV/AIDS, tais como exercício das sexualidades, transgressões, perda e morte, podem conflitos e constituir ameaça às crenças e aos valores do indivíduo. Tais situações dificultam a prevenção de DST e HIV/AIDS, na medida em que podem bloquear a percepção e a expressão dos riscos, assim como a reflexão para a adoção de medidas preventivas. No contexto dos serviços de saúde onde costumam se apresentar tais situações, tanto os profissionais quanto os clientes são sujeitos suscetíveis a vivências conflituosas.
(Filgueiras, Fernandes e Gonçalves, s/d, p. 5)

O atendimento das psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais não é agendado, funcionando por meio de demanda espontânea. Quando cessa e o último usuário é atendido, há uma saída para um lanche, ou atividade outra, até que outros cheguem e aguardem o reinício do atendimento.

Alguns profissionais contam com dois tetos (dois contratos) de trabalho, o que significa dizer que militam no Ambulatório e na Unidade de Internamento. O Hospital conta com Unidades A, B, C e D para internamentos. Os funcionários brincam sobre a unidade “Z”, que é a cantina do Seu Zé, um dos primeiros trabalhadores do Hospital, afastado recentemente para aposentadoria. A cantina é um espaço extraordinário de encontro e conversa de funcionários de todos os níveis, como também pacientes não internados e acompanhantes. A casa de Seu Zé é construída dentro do terreno do hospital, em cujo muro dos fundos fez a cantina há muitos anos. A Justiça está resolvendo sobre a indenização e futura saída da cantina e da família do Seu Zé que cresceu ali.

A AIDS hoje é considerada uma doença crônica, uma vez que a terapêutica desenvolvida favorece uma longa sobrevivência aos portadores. Assim, permanecem no serviço de saúde por mais tempo, levando os profissionais a criar vínculos com seus pacientes. Talvez por isso seja comum vermos profissionais da saúde acompanhando pacientes a outros setores para realização de um ou de outro procedimento. Certa vez, presenciei uma mãe voltando ao ambulatório para apresentar a filha de alguns meses, cujo nome era o mesmo da médica que a acompanha como forma de homenagem. Há uma relação informal de apadrinhamento com algumas crianças com AIDS, de famílias muito pobres, cuja relação fortaleceu-se afetivamente. Nesses casos é comum o profissional trazer alguma roupa, brinquedo e alimento para seus “afilhados”.

Transformar o olhar em escrita não constitui tarefa simples. Mais complexo ainda é o fato “de dar a ver aos outros” (Laplantine, 2004) aquilo que vi, olhei e “reparei”. Muitas são as questões envolvidas na observação: o lugar, o espaço, as pessoas, as falas, a doença, as relações, o clima de mudança etc. O esforço empreendido, bem ou mal, aqui se concretiza.

7. ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

“A palavra age mais como meio de fazer chegar a inteligibilidade, o que não é ainda consciente. Essa propriedade da linguagem deve-se ao fato de que falar com alguém é um meio muito vigoroso de pensar; de pensar a experiência vivida subjetivamente.”

(Dejours, 2008)

Os discursos do sujeito coletivo foram elaborados com suporte nas narrativas dos 15 sujeitos, realizadas no Hospital nos meses de julho e agosto de 2008, com média de duração de 20 a 30 minutos. Utilizamos gravação digital de todas as narrativas e transcrições integrais.

Após a coleta e transcrição dos depoimentos, foi aplicada a técnica de análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, que confere “naturalidade, espontaneidade, vivacidade ao pensamento coletivo.” (Lefèvre & Lefèvre, 2005 p.32).

Para a formulação dos DSC, como informado anteriormente, utilizamos um *software* (Qualiquantisoft) elaborado com base na Teoria do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC. A técnica de análise consistiu numa seqüência: (1) ler cada uma das narrativas. (2) identificar e sublinhar as expressões-chave; (3) identificar e agrupar as idéias centrais, considerando as expressões-chave; (4) denominar os agrupamentos de idéias centrais que expressem o mesmo sentido, ou seja, categorizar e (5) elaborar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com suporte nas expressões-chave agrupadas. A seguir apresentaremos as seis categorias constituídas por meio das expressões-chave das narrativas com os 15 sujeitos entrevistados. Iniciaremos pela primeira questão norteadora, com os respectivos DSC/sujeitos e discussão (ver quadro-resumo).

QUADRO 3 - Questão 1 da Análise do sujeito coletivo

QUESTÃO	CATEGORIAS	SUJEITOS
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM SEU TRABALHO.1 – FALE SOBRE AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE	A - SINGULARIDADE SUBJETIVA (Diz respeito às situações singulares para o sujeito).	MARIA, LIA, GEÓRGIA e MARA
	B - ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO (Diz respeito às situações advindas das práticas de gestão).	ANTONIA, NORMA, JOÃO, LAURA, LUANA, CLARA, TIETA, GEÓRGIA, PATRÍCIA ÂNGELA, ROSA,
	C - SITUAÇÕES DE MUDANÇAS (Dizem respeito às situações ligadas à mudança).	SILVIA E MARIA. ANTONIA, LUANA, PATRÍCIA E MARIA.
	D - RISCO AMBIENTAL (Diz respeito às situações ligadas à exposição dos profissionais a risco).	LUANA, GEÓRGIA, MARIA, ÂNGELA E SÍLVIA.
	E - INEXISTÊNCIA DE INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO (Diz respeito às situações ligadas à questão da centralidade do trabalho em uma categoria profissional).	NORMA, ÂNGELA E MARIA.
	F - RELAÇÕES ENTRE O GRUPO DE TRABALHO. (Dizem respeito às situações ligadas às relações interpessoais no trabalho).	ANTÔNIA, NORMA, LAURA, LUANA, CLARA, PATRÍCIA SILVIA, MARIA e ROSA.
	G - A DOENÇA. (Diz respeito às situações ligadas à patologia da AIDS)	JOÃO, MARA, ANTÔNIA, LIA, LUANA, ROSA E MARIA.
	H - CENTRALIDADE DO TRABALHO (Diz respeito às situações ligadas à valorização do trabalho).	ANTÔNIA, LUANA, GEÓRGIA E SILVIA.

Fonte: Pesquisadora

CATEGORIA A – SINGULARIDADE SUBJETIVA

DSC SUJEITOS – MARIA, LIA, GEÓRGIA e MARA.

Foi pra mim duro conviver com uma questão muito difícil, lidar com criança de diagnóstico de uma doença de altíssima letalidade onde eu tinha que ter o manejo que não tinha e ter uma predisposição psíquico pra lidar sem sofrer. Fui forçada a trabalhar com criança, algo que me deixava bastante intranquã, sabia que vinha uma criança era um momento de bastante sofrimento. Teve uma criança que a gente ficou: ah essa criança está mal cuidada, está com maus tratos, aí acabou, a criança morreu... Poxa e aí? Será que não podia ter feito mais? Então isso mexe com a gente, principalmente quando é criança. Tinha história que marcava, pessoa que eu ia pra casa ficava me lembrando até sonhando tudo. Você pensa que não lhe afeta mais afeta. Sempre gostei de trabalhar com bebês, eu agora só tenho instrumento na minha frente, e os pacientes são totalmente diferentes, adultos, mas fui me acostumando, fui gostando, não é o que eu amo, mas hoje em dia pra mim está normal. No trabalho eu falo com um e com outro, não tenho inimizade com ninguém, mas amizade de verdade nunca tive, nunca ia ninguém lá em casa pra conversar, minha mãe era minha amiga.

DISCUSSÃO – SINGULARIDADE SUBJETIVA

Dejours (1994) deixa claro que “a subjetividade da relação homem-trabalho tem muitos efeitos concretos e reais, mesmo se eles são descontínuos.” (P.23)

O trato com criança, a história que afeta, a morte, a importância do vínculo de amizade no ambiente de trabalho são situações reveladoras da subjetividade, expressas no Discurso do Sujeito Coletivo, apontam para a presença de questões que fazem com que cada sujeito experiencie e se relacione, de forma singular, às atividades do serviço. Aqui reconhecemos o trabalho como “um mediador privilegiado, senão o único, entre inconsciente e campo social...”(Dejours, 1994, p. 143).

Assim, a interface trabalho/saúde mental se apresenta de maneira intensa no discurso, confirmando a presença incontestável de um conflito central entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos trabalhadores, no confronto dos homens com a situação de trabalho (Dejours, 2008).

A relação entre trabalhador e situação de trabalho, expressa no DSC, considera o encontro entre o registro imaginário, produzido pelo sujeito, e o registro da realidade, ensejado pela situação de trabalho (Dejours, 1996). O sofrimento do trabalhador ante as situações específicas (lidar com crianças, afetação com as histórias, jeito de ser) assenta-se na dimensão diacrônica, a qual diz respeito ao passado, à memória, à personalidade do sujeito, isto é, está voltada para sua singularidade, advinda da história psíquica de cada indivíduo. Aquele sofrimento advindo do confronto do sujeito (e sua história) e a realidade do trabalho (seja tarefa e/ou relações sociais) compreendem a dimensão sincrônica, como, por exemplo, o sujeito desejar uma amizade verdadeira no trabalho ao ponto de poder frequentar sua casa. É um desejo seu, que as relações de trabalho não foram capazes de realizar.

CATEGORIA B – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

DSC SUJEITOS – ANTONIA, NORMA, JOÃO, LAURA, LUANA, CLARA, TIETA, GEÓRGIA, PATRÍCIA ÂNGELA, ROSA, SILVIA E MARIA.

Eu não gosto de ficar parada, mas, agora eu só faço o meu serviço. Porque a gente tem a obrigação de pegar todo atendimento extra. Tem obrigação de pegar, mas como isso ta causando um problema muito grande. Colegas lá foram dizer que a gente faz é atrapalhar. Hoje eu só to fazendo o meu serviço. Eu só faço isso, eu não gosto, me sinto mal. Falar a verdade eu não me sinto bem, isso me dá um mal estar muito ruim, eu me sinto inútil. Tô com quinze anos de trabalho aqui e agora eu atrapalho. Decidimos entregar o grupo, porque tínhamos cansado, porque percebemos que só queríamos aquilo, e tínhamos muitas dificuldades de infra-estrutura, era a cesta básica

que não vinha, era o vale-transporte que não tinha, e a cobrança vinha pra cima da gente. Ficávamos estressadas, pois eram coisas que não estavam ao nosso alcance. Vi que temos que ter limite, temos que fazer de tudo um pouco, porque há uma necessidade pra isso a gente vê que não é possível, pelo menos até o momento, a não ser que exista outra estrutura de ambulatório. Eu tenho um grande interesse de cuidar de paciente só com hepatite C, porque cuidando só de um tipo de paciente, você melhora a qualidade, você se aprofunda mais, aqui nos temos um leque de pacientes e temos que atender a todos, ai eu fico me perguntando, se é ambulatório. Fazemos um pouco de cada coisa, a gente tá se aprofundando onde? Não há um tipo de organização. Muitas vezes ia para ocupar um lugar de um faltoso, alguém faltou e a demanda não pode ficar sem assistência e precisávamos ir lá e acabei sendo o coringa do serviço para não deixar o paciente agendado esperando uma consulta e sem assistência, então isso me permitiu de alguma maneira ver um pouco das deficiências, das falhas, dos gargalos, de fluxo de pessoas, de fluxo de informação dentro do serviço. Foi uma experiência muito rica mais ao mesmo tempo foi uma experiência de angustia, por conta da sobrecarga. A parte de angustia, de desprazer do trabalho é o fato de não conseguir o exame solicitado; o prazer é ter o exame realizado e ter o resultado do exame no prontuário do paciente, ou com ele, é ter um insumo terapêutico, um medicamento prescrito e alcançado. O profissional faz suas marcações além das formais, entra o cansaço mental e físico. A procura fora do dia marcado irrita. Atendia os pacientes que não eram característicos do serviço. Absorvia demandas alheias. Passei a ter certeza que o serviço não era suficiente para o que eu pensava para a profissão Outros colegas extrapolavam... Conduziam as

demandas. O serviço gerou sofrimento em mim, não pela natureza do trabalho, mas pelas extras (pacientes sem dia marcado); demandas outras, exposição frente ao grupo. O serviço foi deletério para minha vida profissional. Incomodava e preocupava muito o aprazamento de dois meses. Fatores de ingerência... Pouca lucratividade, desgastes. O ambulatório precisa de alma! Tem as normalizações daqui da instituição, você está preso às normas. Há mil e uma situações que vai, vai e não desenrola e não é de sua competência. Atualmente, por uma questão de instabilidade profissional, que a gente está sem coordenador, eu não gostaria de estar do jeito que eu to hoje, porque eu nunca estive com essa instabilidade profissional, você se sente ameaçada com essa questão da escala, se sente pressionada. Eu não gosto! Organizada há 16 anos, e eu ter que repensar, pra mudar? Então, em ultima instância, por conta desta instabilidade, eu pensaria em sair daqui. Não é bom agora eu ficar me preocupando com carga horária, com mudança de turno, não é bom, eu não queria esta passando isso agora, mais também a situação é geral, é de todo mundo. Essas questões desses horários é o que tá incomodando muito mais a mim e a outras pessoas. Antes desse novo serviço, eu não tinha espaço pra trabalhar, a gente nunca conseguia partilhar pra minimizar essas dificuldades do próprio São José. Não é nem daqui, é do São José que é questão de espaço. Dá mais horas aqui, a categoria x; também não entendo o porquê, são duas categorias que dão as horas com rigor, todo mundo dá dezoito e a categoria x dá vinte. A gente aqui tem um espaço que realmente deixa muito a desejar pra gente que trabalha. Agora o espaço é cruel mesmo. Mas a gente acaba atendendo ao doente de um modo ou de outro. Você absorve tanto os problemas do serviço e os problemas das pessoas. A demanda já é grande, sem poder

nem atender pacientes direito, quanto mais funcionários, e tem colegas de trabalho que criam atrito conosco achando que somos nós, mas não, é a direção. Eu não gosto da coordenação, quando temos que falar ela não ajuda, quando temos alguma queixa, temos que falar, mas não acho legal isso, acho que deveria ser em reuniões, e dizer o que ta gostando e o que não esta. Não gosto da estrutura física, não é boa, é muito frio aqui. Não temos um espaço bom, aconchegante, acho que precisamos disso. Hoje eu vejo o ambulatório como um espaço de estagnação, não como um local criativo, não vejo como um espaço onde eu possa fazer outras coisas, a gente dá uma idéia e a idéia não vinga, não volta. O ambulatório em que trabalho me deu uma grande responsabilidade porque eu não tinha ninguém pra compartilhar e continuo sem ter. Assim, é muito desgastante, muito desgastante, porque tudo só recai pra mim. Você olha para um lado e para o outro e não poder compartilhar nada, nem pra perguntar alguma besteira. O pessoal [infectologistas] já não tem muita segurança nas outras especialidades, então assim você se sente muito valorizada, muito querida, muito amada, muito, muito importante, muito Deus, mas é muito ruim. O preço é alto. Muito, muito... Eu não tenho hierarquia porque eu não tenho ninguém eu nem tenho chefe, minha situação é coisa única, surreal. O que é que o meu chefe pode fazer, nada! A não ser abonar uma falta, justificar um atraso. Eu peguei várias chefes, sei lá quem ta agora, pra mim tanto faz não tem diferença não. O que me machuca muito aqui às vezes é a falta de reconhecimento. Você chega atrasada, você acha no direito de cortar a produtividade [gratificação] quer dizer.. Vale a pena fazer tanto? Então assim essas coisas são muito ruins, são muito chatas, eu acho assim que você tem que tratar pessoas iguais de forma diferente. E as condições de trabalho são

muito ruins. Tem muito ruído de comunicação também. O Ambulatório é muito a parte. É um feudo. Às vezes o telefone fica tocando, o doutor chega, atendo vários telefonemas, as pessoas que estão aqui também, mas mesmo assim eu gosto do meu trabalho. O paciente está três a quatro meses marcado, e ele não vai reclamar do médico, ele fica achando a que a gente marcou sabendo que o medico não estava. Às vezes tem coisa que é difícil pra mim de resolver. Que não tem como a gente resolver... Fui forçada a trabalhar com criança, algo que me deixava bastante intranquã, sabia que vinha uma criança era um momento de bastante sofrimento. Mudanças foram feitas que gerou também, ta gerando inquietação, mudança de escala não pode ser assim tem que ser de outra forma está gerando inquietação. Hoje o ambulatório aumentou, um ambulatório muito grande que a gente não conhece todos os profissionais porque não tem escalas no mesmo dia.

DISCUSSÃO – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Esse discurso traz, de maneira contundente, diversas situações geradoras de sofrimento, mas todas elas se encontram no mesmo limite: a organização do trabalho. Entendemos por organização do trabalho aquilo que está em oposição às condições de trabalho. Esta diz respeito às pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do trabalho cujo alvo de desgaste é o corpo, que podem levar às doenças somáticas.

A organização do trabalho, por sua vez, abrange a divisão de tarefas: o ritmo, o modo de fazer prescrito, chamada divisão do trabalho, que provoca o sujeito para o sentimento e o interesse pelo trabalho. E a divisão dos homens: divisão de responsabilidades, o comando, a hierarquia, o controle, que solicita as relações entre pessoas e mobiliza os afetos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança etc. É nas atividades pertencentes à divisão dos homens que está o maior potencial de adoecimento psíquico do trabalhador (Dejours, 1994).

O DSC apresentado constitui exemplo da teoria dejouriana. As situações de sofrimento se revelam, predominantemente, no nível das relações dos homens:

Hoje eu só to fazendo o meu serviço. Eu só faço isso, eu não gosto, me sinto mal. Vi que temos que ter limite. Hoje eu vejo o ambulatório como um espaço de estagnação, não como um local criativo, não vejo como um espaço onde eu possa fazer outras coisas, a gente dá uma idéia e a idéia não vinga, não volta. Tem as normalizações daqui da instituição, você está preso às normas. Há mil e uma situações que vai, vai e não desenrola e não é de sua competência. Acabei sendo o coringa do serviço (...) Foi uma experiência muito rica mais ao mesmo tempo foi uma experiência de angustia, por conta da sobrecarga. O serviço gerou sofrimento em mim, não pela natureza do trabalho, mas pelas demandas outras, exposição frente ao grupo. O serviço foi deletério para minha vida profissional. O que me machuca muito aqui às vezes é a falta de reconhecimento. Mudanças foram feitas que gerou também, ta gerando inquietação, mudança de escala não pode ser assim tem que ser de outra forma está gerando inquietação.

O recorte do conjunto das individualidades semânticas do DSC retrata situações de sofrimento ligadas a questões da gestão de pessoas e, principalmente, a um reduzido espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Anteriormente à investigação, considerávamos haver no ambulatório uma liberdade de criação para as atividades, no entanto, a observação e as narrativas acenam para um limite demarcado pela própria organização do trabalho por meio de normas do serviço. A norma diz respeito “a padrão de comportamento e desempenho tolerado, aceitos e esperados, sustentados pelos membros das equipes, criados com o objetivo geral de regulamentar e estabelecer o que pode ou não, ser feito”.(Albuquerque e Puente-Palacios, 2004, p.374). Representa um dos elementos (os outros são os papéis e

prestígio ou status) que afetam a estrutura das equipes e dos grupos de trabalho e são diferentes das regras da organização, por serem estabelecidas de maneira informal, e normalmente não são escritas.

No nosso caso, a organização estabelece o controle (o que pode ou não pode ser feito), apoiando-se mais em normas do que em regras, o que caracteriza um trabalho fundamentado no empirismo.

CATEGORIA C – SITUAÇÕES DE MUDANÇAS

DSC SUJEITOS – ANTONIA, LUANA, PATRÍCIA E MARIA.

Mas agora não, eu só to fazendo o meu serviço. É umas mudanças que a gente não pode se meter em mais nada. Cada um tem que fazer o seu e pronto. Hoje não querem que ninguém ajude a ninguém. Mas eu to triste. To me sentindo assim... outra. Mudar é difícil.. e traz também o medo. Atualmente eu não gostaria de estar do jeito que eu to hoje, porque eu nunca estive com essa instabilidade profissional, você se sente ameaçada com essa questão da escala, se sente pressionada. Eu não gosto! Organizada há 16 anos, e eu ter que repensar, pra mudar? Então, em ultima instância, por conta desta instabilidade, eu pensaria em sair daqui. Não é bom agora eu ficar me preocupando com carga horária, com mudança de turno, não é bom, eu não queria esta passando isso agora, mais também a situação é geral, é de todo mundo. Não fosse a instabilidade profissional, essas questões desses horários é o que tá incomodando muito mais a mim e a outras pessoas. Mudanças foram feitas que geraram, também tá gerando, inquietação. Mudança de escala não pode ser assim, tem que ser de outra forma. Hoje o ambulatório aumentou, um ambulatório muito grande que a gente não conhece todos os profissionais. A trajetória do ambulatório não é uma trajetória de encontros. Minha visão positiva sobre o ambulatório

foi se modificando. A gente vai se desencantando, a gente sofre e eu senti muito com isso. Isso vai desanimando a gente.

DISCUSSÃO – SITUAÇÕES DE MUDANÇAS

Como expressamos no relato etnográfico, o período da presente investigação coincidiu com um momento de mudança intenso no Hospital e no Ambulatório, que, durante toda a pesquisa, permaneceu sem coordenação formal. O que pudemos perceber foi uma afetação das relações e dos diálogos comprometendo a cooperação do grupo, a confiança e, conseqüentemente, a satisfação no trabalho. Comprometer a cooperação implica o comprometimento da liberdade dos indivíduos e a formação da vontade coletiva.

A cooperação é um grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho. Não se trata apenas – a exemplo da coordenação – de assegurar as condições lógicas e as condições cognitivas de uma articulação conquistada nas atividades singulares, mas a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. (Dejour, 2008, p.69).

A cooperação, por sua vez, exige confiança, que, em situações de mudança na organização, é objeto de corrosões em função da insegurança ocasionada pelo desconhecimento do que vai acontecer em curto e médio prazo, como também pela ausência de um coordenador que dê norte aos processos e às relações.

Dejours (2008) acredita que a confiança não é um sentimento, que não participa da ordem do psicoafetivo, mas sim da ordem do deontológico, quando do estabelecimento de acordos, normas e regras do trabalho. Portanto, descobrir os princípios da confiança nas relações de trabalho “permite que se entenda a substância, a construção e a forma de estabilização das “regras de trabalho” ou das “regras de ofício.” (P.70).

Com o comprometimento de elementos indispensáveis (cooperação, confiança) para a dinâmica do serviço, igualmente comprometido fica o trabalho real (pouca interferência do sujeito no trabalho prescrito), favorecendo uma prática laboral esvaziada de sentido para o sujeito. Não sendo possível o rearranjo da

organização do trabalho (a energia se acumula), o sofrimento psíquico começa, podendo ser sumariado, caso demore a sua descarga. E, sofrendo, o sujeito diz...

“Mudar é difícil.. e traz também o medo”.

“A gente vai se desencantando, a gente sofre e eu senti muito com isso. Isso vai desanimando a gente”.

CATEGORIA D – RISCO AMBIENTAL

DSC SUJEITOS – LUANA, GEÓRGIA, MARIA, ÂNGELA E SÍLVIA.

Temos que nos prevenir todos os dias e não só as sextas que tem tuberculose... A gente fica muito receosa em lidar porque você não sabe com quem está lidando. Aqui eu já tive dois pequenos acidentes. Da segunda vez a medicação me trouxe problemas, porque eram medicações das mais fortes. A gente se acidenta com pacientes soropositivos e o pior, se acidenta com pacientes com falha terapêutica, não há mais nada pra fazer. Ai isso gera também angustia, e a gente lida com procedimentos que se você não tiver muito atenta atenção, concentração, foco, você pode se acidentar. O maior sofrimento é não poder compartilhar as dúvidas, o medo, (choro) muito medo aqui, por que você estar só. Não é medo insegurança, é medo em relação a erros em pessoas, entendeu? As condutas erradas, por que quando você está só os ouros são seus, mas as desgraças também são suas. O dizer não aqui é muito complicado, por que os pacientes daqui são cheios de direitos.

DISCUSSÃO – RISCO AMBIENTAL

O DSC fala-nos da presença de risco no trabalho e de uma conseqüente carga psíquica dos trabalhadores. Para compreender o expresso no discurso, faz-se necessário o conhecimento de alguns conceitos. O conjunto de riscos ambientais, assim como os riscos físicos e químicos, está incluído nos chamados riscos biológicos, como preconiza a Norma Regulamentadora nº 9 do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (MT, 2008). Para esta norma, constituem-se “ris-

cos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.” (MT, 2008, p.9). Por sua vez, o acidente de trabalho caracteriza-se quando existe “uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto, a qual ocasiona danos corporais (lesões, morte) e/ou danos materiais. Por ser repentino, o acidente se diferencia da doença ocupacional adquirida em longo prazo.” (Nishide, Benatti e Alexandre, 2004, p.205) Excedendo a caracterização, consideramos ainda como risco (o correr risco) a presença de angústia de conviver com o inesperado, de cometer negligência e executar mal um trabalho cujas decisões envolvem a vida humana.

Conhecendo agora um pouco sobre riscos, percebemos a gravidade da questão externa; a exposição contínua ao risco ambiental que leva a uma pesada carga mental no trabalhador. Dejours (1994) compreende por carga mental aquela afetada pelos fenômenos neurofisiológicos, psicofisiológicos, psicossociológicos e mesmo sociológicos, como as variáveis de comportamento, motivacionais etc. Ele propõe considerar como carga psíquica do trabalho o referencial específico que envolve os elementos afetivos e relacionais. Uma vez não havendo condições de quantificar a carga psíquica, o autor sugere para tal a denominação *abordagem econômica do funcionamento psíquico*.

O DSC manifesta que os sujeitos no convívio com os riscos de acidentes perfurocortantes ou de outros, são submetidos a excitações vindas do exterior ou do interior, as quais, quando se acumulam, originam vivências de tensão. A energia pulsional retida em decorrência da excitação precisa ser drenada por algumas vias de descarga: via psíquica (representações mentais), via motora (atuação agressiva) e via visceral (desordenamento das funções do corpo). Dejours (1994)assevera que, não havendo uma canalização apropriada da energia, há uma retenção, tornando o trabalho perigoso, comprometendo o bem-estar psíquico no trabalho.

Além da economia do aparelho psíquico, entretanto, o bem-estar psíquico pode advir também de um “livre funcionamento articulado com a dialética da tarefa, expresso na tarefa e revigorado por ela.” (Dejours,1994,p.24). Assim, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se ele se opõe a essa diminuição, é fatigante.

O DSC revela situações de sofrimento psíquico que acenam para um trabalho fatigante, porquanto a carga psíquica (a energia pulsional retida) não é considerada ao longo da dinâmica do serviço pela organização do trabalho.

CATEGORIA E – INEXISTÊNCIA DE INTERDISCIPLINARIEDADE.

DSC SUJEITOS – NORMA, ÂNGELA E MARIA.

Me frustrei um pouco porque tentei trabalhar com um grupo específico. Nós fizemos um grupo, eu e a colega, em 2006 e 2007, formamos o grupo, achávamos que faríamos um trabalho multidisciplinar com aqueles sujeitos, mas infelizmente não conseguimos colocar o trabalho realmente adiante porque nós queríamos uma assistência mais direta para o grupo, com uma equipe multidisciplinar, mas não conseguimos, não tivemos muita abertura. Ficávamos estressadas, pois eram coisas que não estavam ao nosso alcance. Quando tentamos nos juntar em equipe, nos organizar, há uma resistência, porque já tem aquela coisa de cada um fazer o seu, então na verdade, no dia-a-dia, esse trabalho não existe esse trabalho de equipe. O ambulatório em que trabalho me deu uma grande responsabilidade porque eu não tinha ninguém pra compartilhar e continuo sem ter. Aprendi sozinha, toco sozinha e não compartilho com ninguém. Assim, é muito desgastante, muito desgastante, porque tudo só recai pra mim. Angústia-me, pelo menos agora, a minha angústia atual é vamos fazer com que o ambulatório funcione interdisciplinarmente a partir do momento em que está centrado num foco não anda. Aqui é o contrário ela só vai pro médico, a gente fica brigando pra trabalhar. Meu trabalho não interessa? Porque, porque ele não é medico? Só o médico resolve? Se o médico mostrasse que funcionasse a

nossa adesão era 99% e não é. Não tem um fluxo que a gente fica brigando pra ter, olha pra outras categorias também.

DISCUSSÃO – INEXISTÊNCIA DE INTERDISCIPLINARIDADE

Não encontramos registros institucionais de que as atividades do Ambulatório devem ser individuais, ou centrada em uma categoria profissional. Não se trata de regra ou lei, mas de algo constituído historicamente, cuja razão pode ultrapassar os muros do Ambulatório. Com essa característica, podemos dizer que este é um traço cultural. “A cultura pode ser compreendida como um sistema de significados coletivamente aceito em um dado momento histórico da existência do grupo específico.” (Zanelli & Silva, 2004, p.416). Estes significados impõem padrões de ordem e consistência na realidade social, produzindo e impondo modos de pensar, sentir e agir que passam a ser próprios do grupo.

O padrão da centralidade do trabalho em hospital em uma categoria, no caso, a médica, tem raízes ainda no século XVIII, quando o hospital se tornou um instrumento terapêutico e o médico assumiu o papel de principal responsável pela organização hospitalar (Foucault, 2007). Hoje, com vinte anos de existência, o Sistema Único de Saúde tem como norma o médico profissional nuclear do atendimento público de saúde.

A organização do trabalho que desenha um atendimento com foco em um profissional, não fomentando o trabalho em equipe, enseja insatisfação nos demais trabalhadores. Os profissionais não-médicos não encontram espaço para dialogar com a tarefa, o que vemos no discurso, inexistindo, assim, a possibilidade de prazer e realização no que desempenha, antes desmobilizando planos e projetos coletivos, até favorecendo espaços de sofrimento psíquico patogênico.

Acreditamos que a resistência, hoje, ao modelo de atendimento não interdisciplinar comprova a existência de insatisfação e sofrimento expressos no

discurso, podendo, no futuro, se caracterizar como o início de um novo modelo de atendimento para o ambulatório.

CATEGORIA F – RELAÇÕES ENTRE O GRUPO DE TRABALHO.

DSC SUJEITOS – ANTÔNIA, NORMA, LAURA, LUANA, CLARA, PATRÍCIA SILVIA, MARIA e ROSA.

Porque chegam umas colegas e dizem que a gente é muito metida, que a gente se mete no serviço delas. Foram dizer que a gente faz é atrapalhar elas. A gente não pode se meter em mais nada. Cada um tem que fazer o seu e pronto. Quando tentamos nos juntar em equipe, nos organizar, há uma resistência, porque já tem aquela coisa de cada um fazer o seu. Outros colegas extrapolavam... Conduziam as demandas para o serviço. Aqui e acolá a gente tem essas divergências com colegas, colegas eu digo no modo geral, todo mundo cansa de tudo não tem como não cansar, a gente lida com cento e oitenta pacientes por dia, tem situações que passou de duzentos por dia. Um médico está lá, estressadíssimo, é uma sobrecarga muito grande, e tem momentos que ele entra em divergência com a gente. Tive algumas dificuldades de resistência das colegas, nunca me senti aceita por algumas delas. Eu não conseguia interagir e, por isso, não tinha espaço pra trabalhar, a gente nunca conseguia partilhar pra minimizar essas dificuldades do São José que é questão de espaço. Em relação à equipe, que a gente se encontrasse mais. O que eu acho ruim daqui é a relação das colegas. Elas comentam o que às vezes nem foi dito.. Mas pra mim você pode chegar falar, anarquizar é mesmo que está falando com essas paredes. O grupo também não ajuda. Quando você tem uma deficiência, tem um problema, o grupo não fica coeso ou empático. Eu acho que a relação de fraternidade de convivência, eu acho que piorou muito durante

esses anos. Acho difícil conseguir resgatar esse grupo, pois está cada vez mais despedaçado.

DISCUSSÃO – RELAÇÕES ENTRE O GRUPO DE TRABALHO

Schein (1968), citado por Borges e Albuquerque (2004), apresenta três tipos de respostas que o indivíduo estabelece nas organizações nos processos de socialização: a rebelião (rejeição total dos valores e normas da organização), o individualismo criativo (aceitação dos principais valores e normas, sendo possível a rejeição das demais) e o conformismo (completa aceitação dos valores e normas).

Acreditamos que a resposta do grupo pesquisado aponta, na realidade, para um misto de individualismo criativo e conformismo, na medida em que o grupo não se cala ante algumas questões, como das inter-relações no trabalho, contudo não chega a produzir ruptura com a organização em nenhum nível, reproduzindo suas normas e valores.

As falas conferem realidade a um estado de relações interpessoais afetadas entre o grupo como um todo; mas, o que fez o grupo se “despedaçar”, se esse fato origina sofrimento para ele mesmo? O DSC mostra a situação das relações geradoras de sofrimento para o grupo dentro de uma dinâmica do serviço, na interação e socialização da organização, nas trocas intersubjetivas, no trabalho grupal e de cada um. Daí a percepção de que o comprometimento das relações aconteceu com base na relação com a tarefa, com a organização do trabalho, melhor expressando. Não se trata de um produto da singularidade, mesmo esta dimensão estando presente, mas do confronto da subjetividade dos indivíduos com a organização do trabalho. Além dessa constatação, há outra: o desgaste das relações (a diminuição da confiança, da cooperação) ocorre há longo tempo e não houve por parte da organização uma intervenção efetiva, direcionada para a questão, favorecendo assim seu agravamento e a possibilidade de sofrimento psíquico para os sujeitos. Outro fato perceptível no referido discurso é a ausência da figura gerencial no norteamo das ações.

A ausência de espaços coletivos do diálogo agrava a situação. Dejours (1996) chama de espaço público a discussão coletiva, o exercício da palavra sobre o trabalho de cada um. Sua “diversidade, personificação, a singularidade dos modos

operatórios, (...) e das habilidades individuais podem ser discutidas aí, legitimadas e reconhecidas. Esse reconhecimento mútuo está na base da filiação e da construção do coletivo de trabalho.” (p.170).

CATEGORIA G – A DOENÇA.

DSC SUJEITOS – JOÃO, MARA, ANTÔNIA, LIA, LUANA, ROSA E MARIA.

Vivíamos um grande conflito de ser a doença, doença do preconceito, do estigma, do sofrimento e da pouca perspectiva de se oferecer qualidade de vida as pessoas. Você pensa que não lhe afeta mais afeta. Quando eu vim trabalhar aqui, uma pessoa chegou pro meu marido e disse : "olha se fosse minha mulher não trabalhava lá não." Aí ele disse: "Por que?". -"Ah, porque ela vai pegar AIDS lá." Aí ele pegou e disse assim: "Dona Fulana é a minha mulher, só porque ela trabalha lá, ela não vai pegar AIDS não." A AIDS é uma doença que mexe com a pessoa, que mexe com toda a sua vida. Enfim, mas eu acho que a gente aprende a lidar com isso assim também como eles também aprendem. Já teve uma época que eu ficava... Eu me envolvia muito. Eu acho que isso não é bom. Uma dificuldade grande que tenho é de me acostumar com a finitude. Acho um trabalho diferenciado (trabalhar com AIDS), é um trabalho assim que você se desgasta pela condição do paciente, por que tem paciente que tem baixo nível de escolaridade. A gente fala uma coisa dez vezes e ele ainda não compreende até porque quando você fala, fala, fala você já tem se desgastado. Percebo aquele paciente que vem com a carga emocional muito baldeada vem assim cansado da família. Ele não se aceita paciente ainda. O que cansa é que é a mesma doença... AIDS, AIDS, AIDS. Muitos doentes não são aderentes ao tratamento, não vêm pra consulta, quando vêm quer o atendimento diferenciado, é um paciente muito sofrido, bate muito em termos de palavras nos profissionais, tanto médico como de enfermagem e com o pessoal da recepção, é uma relação que é muito pesada. O doente vai se cronificando. O doente que é aderente, isso é bom, mas cria um vínculo afetivo, ai você termina sofrendo. Ainda corre o risco de se acidentar com pacientes

soropositivos, com falha terapêutica. Isso gera também angústia. Lidar com criança de diagnóstico de uma doença de altíssima letalidade, foi duro. Onde eu tinha que ter o manejo que não tinha. Ter uma predisposição psíquico pra lidar sem sofrer, lidando com história de vida muito sofrida.

DISCUSSÃO – A DOENÇA

O profissional da saúde tem um trabalho diferenciado. Sua finalidade constitui-se na ação terapêutica de saúde; seu objeto de intervenção é o indivíduo ou grupos doentes, sãos ou expostos a riscos, necessitando de ações curativas; e o produto final é representado pela própria prestação da assistência de saúde, produzida e consumida ao mesmo tempo (Pires, 2000).

Consideremos que o trabalhador da saúde colhe como fruto da atividade laboral algo mais do que a terapêutica. Codo, Sampaio e Hitomi (1998) garantem que em qualquer modo de produção ou tarefa existe sempre uma transferência de subjetividade ao produto. “Trabalhar é impor à natureza a nossa face, o mundo fica mais parecido conosco e, portanto nossa subjetividade depositada ali, fora de nós, nos representando.” (P. 189-190). Assim, o trabalho no Ambulatório estudado cria vínculos com o paciente, institui envolvimento com sua história, numa relação permeada de afeto e geradora de sofrimento psíquico.

O DSC revela que a doença-alvo de atendimento do ambulatório, a AIDS, faz diferença na relação do profissional com seu trabalho; uma patologia caracterizada como pandemia, uma vez que atingiu todos os continentes. Não tem cura, mas possui uma possibilidade terapêutica hoje bem maior, ao ponto de ser encarada como uma doença crônica. Assim, a sobrevivência é acrescida e o vínculo com os profissionais tende a se aviltar e a ensejar sofrimento pela carga psíquica do trabalho. A psicodinâmica, entretanto, preconiza que o trabalho produz sofrimento e também pode ser fonte de prazer, quando ocasiona realização.

Dejours (1994) lembra que, se o trabalho (a organização do trabalho) permite a diminuição da carga psíquica, ele pode ser chamado de equilibrante; quando se dá o contrário, é fatigante.

Acreditamos que a situação de sofrimento não está caracterizada unicamente com o lidar com a doença em si; mesmo sendo forte como a AIDS,

todavia, a organização do trabalho desse serviço, não considerando a especificidade social, psicológica e cultural da patologia, pode favorecer, sim, situações que comprometem o funcionamento psíquico.

“O que cansa é que é a mesma doença...aids, aids, aids”

“A AIDS é uma doença que mexe com a pessoa.”

As falas levam-nos a pensar que a carga física de trabalho não interessa tanto, não é levada em conta, contudo, a exposição contínua ao lidar com a AIDS, sem a preocupação organizacional da economia do funcionamento psíquico, realizou uma desafetação do trabalho para alguns e uma afetação para outros, expressas no DSC.

CATEGORIA H – CENTRALIDADE DO TRABALHO.

DSC SUJEITOS – ANTÔNIA, LUANA, GEÓRGIA E SILVIA.

Eu nunca faltei. Quer dizer eu devo ao São José parte da minha vida. O trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa, porque se você for contar as horas, na sua residência e no seu trabalho, você vai perceber que você tem mais permanência no seu trabalho do que na sua casa. Não gosto de dizer isso. Reconheço que é muito forte tudo isso, mas você precisa mais de seu trabalho do que a sua casa. Na casa a gente vai dormir, é gostosa, minha casa é gostosa, tem o conforto e tudo, mais o trabalho é mais forte, presente de ver e de conviver todo dia, toda hora e então tem que ser bom. Hoje o meu trabalho é fundamental, não sei viver sem ele, e hoje eu prefiro passar o dia todo no hospital a estar em casa. Não tenho nada pra fazer em casa, nunca fui de muito doméstica, minha mãe nunca me ensinou, só trabalhei mesmo. Você me acredita que eu estou tão acostumada a trabalhar aqui que eu não sei ficar o dia de folga em casa. Eu saio na hora de ir trabalhar e chego no horário de trabalho. Mesmo doente...

*"como é que tu ta doente e vem trabalhar, porque tu morre pelo São José".
Eu venho trabalhar...Não agüento ficar em casa. "Ah, se tu pudesse estava
sábado e domingo no São José..." se eu pudesse eu passava mesmo.
Faltam dois anos pra pedir minha aposentadoria, já imagino.*

DISCUSSÃO – CENTRALIDADE DO TRABALHO

Tolfo (2007) compreende que centralidade do trabalho é “a importância que o trabalho tem na vida de uma pessoa em determinado momento”.(P.39). A centralidade do trabalho se forma por dois componentes. O primeiro é valorativo e mensura o valor atribuído ao trabalho na vida do sujeito, indicando o quanto é central para a auto-imagem (centralidade absoluta); o segundo componente é a centralidade relativa, influenciada pelas etapas da vida do sujeito, que mede a relação do trabalho como outros momentos igualmente importantes para sua vida (Tolfo, 2007).

Analisando o DSC, vem a primeira pergunta: o que leva os sujeitos do Ambulatório a atribuírem um valor tão elevado ao trabalho, ao ponto de o considerarem mais importante do que sua casa (compreendemos família) e o mais da vida?

O trabalho é uma relação de dupla transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado (...) Na ação vulgar, o sujeito se transforma ao transformar o objeto, e vice-versa, o circuito se abre para uma terceira relação, um signo que fica. O significado se define pela permanência além e apesar da relação com o objeto, ou seja, se define pela transcendência à relação. (Codo, 2006, p. 80/81).

Pensando com o autor, qual seria o significado que transcende a tudo isso? O DSC aponta algumas respostas. Acreditamos que o compromisso firmado pelos sujeitos em relação à organização é o que fala mais alto no discurso. Matos (2003) refere compromisso como “um estado psicológico que caracteriza a relação do trabalhador com a organização e tem implicadores em sua decisão de continuar como membro desta”. (P.56). O compromisso pode manifestar-se em três

dimensões: quando o trabalhador fica na organização porque quer (compromisso afetivo); quando o trabalhador fica na organização porque precisa (compromisso instrumental); e quando o trabalhador fica na organização porque se sente obrigado, pois a instituição fez muito por ele (compromisso normativo) [Allen & Meyer (1990), *apud* Matos, (2003)]. O indivíduo pode vir a manifestar as três formas de compromisso em sua relação com a organização, mesmo que em níveis diferentes, ou mesmo demonstrar uma forma única (Matos, 2003).

O DSC leva-nos a perceber que os profissionais investigados manifestam um compromisso com a organização por esta fazer parte de sua vida, porque precisam e porque desenvolveram forte identificação e vínculos afetivos com a organização, nutrindo por ela sentimentos e afetos positivos.

“A vida dos homens sem dúvida não se reduz ao trabalho, mas também não pode ser compreendida na sua ausência”. (Codo, Sampaio & Hitomi, 1998, p.63). A centralidade do trabalho leva o sujeito a se confundir com ele, a criar um trabalho-fetiche e a conduzir uma redução unidimensional da vida.

Para a organização, “um indivíduo que tem alto compromisso com os valores está motivado para produzir. E o que tem forte compromisso contínuo está motivado para participar” (Matos, 2003, p. 57). Acreditando assim, a organização do trabalho, por meio de uma rotina ao longo do tempo (trabalho prescrito), favorece o surgimento desse vínculo, que comanda a relação do trabalhador com a organização, de maneira tal que ele pensa duas vezes antes de romper com algum processo organizacional e sofre só em pensar em separar-se do trabalho.

Acreditamos que o sujeito munido do compromisso com a organização elabora seu modo operatório real que, repleto dos valores organizacionais, logo serão novas regras prescritas. E, assim, a organização do trabalho mantém sua contradição.

Quando da nossa observação, tivemos oportunidade de perceber uma complexidade do trabalho manifesta nas relações com os colegas, com a doença, com a gestão, e nas dificuldade individuais expressas pelos profissionais. O que

para nós é contraditório refere-se ao fato de, mesmo diante de uma prática complexa em vários níveis, os sujeitos valorizam o trabalho de maneira absoluta.

Encontramos no quadro-resumo II a segunda questão da pesquisa, suas respectivas categorias e sujeitos.

QUADRO 4 - Questão 2

QUESTÃO	CATEGORIAS	SUJEITOS
---------	------------	----------

(questão elaborada via objetivo e adaptada às narrativas)UTILIZADASNO SEU TRABALHO.2.COMENTE SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE DEFESA

A - ADAPTAÇÃO/ADEQUAÇÃO

(Diz respeito à estratégia de defesa pela alteração da relação com a atividade do trabalho).

LIA, JOÃO, PATRÍCIA, ÂNGELA, ROSA, SILVIA, MARIA, LUANA E MARA.

B - O COMPARTILHAR

(Diz respeito à estratégia de defesa mediante os diálogos constantes sobre as diversas situações do trabalho).

JOÃO, TIETA, PATRÍCIA E MARIA

C - ESTRATÉGIAS PRIVADAS

(Dizem respeito à estratégia de defesa por meio de atividades de escolha pessoal).

NORMA, JOÃO, MARA, PATRÍCIA, ÂNGELA, SÍLVIA, LUANA E MARIA

D - VÍNCULO FAMILIAR COM A INSTITUIÇÃO.

(Diz respeito à estratégia de defesa ligada à personificação do hospital e às relações caracterizadas pela presença de uma intimidade familiar)

LAURA , ÂNGELA, SÍLVIA, LUANA E ANTONIA.

E - TRABALHO ENCANTAMENTO

(Diz respeito à estratégia de defesa que eleva o trabalho com a AIDS a um estatuto de relevância social diferenciada)

LIA, NORMA, JOÃO, LAURA, MARA, CLARA, TIETA, PATRÍCIA, ÂNGELA, SÍLVIA, LUANA E MARIA.

F - O RECONHECIMENTO

(Diz respeito à estratégia de defesa que se sustenta no reconhecimento do paciente ao trabalho)

LIA, JOÃO, LAURA, MARA, CLARA, PATRÍCIA, LUANA E MARIA.

Fonte: Pesquisadora

CATEGORIA A – ADAPTAÇÃO/ADEQUAÇÃO

DSC SUJEITOS – LIA, JOÃO, PATRÍCIA, ÂNGELA, ROSA, SILVIA, MARIA, LUANA E MARA.

Logo no começo, assim, eu me envolvia muito. Hoje não, eu já consigo lidar com isso, por isso que eu digo que a gente aprende. Assim como as pessoas que vivem aprendem, a gente que também convive aprende. Aprender a lidar com a dor aprender a lidar também com a finitude. Se não conseguir, eu procuro melhorar. Não sou nenhum super-homem e nem a instituição é o ideal, esse é o limite, paciência, esse é o limite, então, entenda que a vida, em todos os campos, em seus aspectos ela tem limite, daquilo que você consegue, do que você pode alcançar infelizmente a gente ver isso que pode implicar na saúde, ou até mesmo na vida de alguém isso angustia, mas também temos que absorver esses ossos do ofício, conviver com conflitos de poder ou não poder alcançar, algo que poderia significar vida ou sobrevida ou em qualidade de vida, então eu levo isso para os meus fundamentos acadêmicos, psíquicos, emocionais, filosóficos da medicina, da minha formação em profissional da saúde. O tempo vai passando você vai amadurecendo as coisas e vai ficando mais fria, mais acostumada com as coisas e não sente tanto quanto eu sentia anteriormente. Vamos tentando nos acostumar, acostumar com o cotidiano. É melhor me conformar que eu sou só, entendeu? Assim, eu nunca tive problemas nem com chefe e nem com outras categorias que sejam infecto, nível médio, nível disso, daquilo, nunca tive problema com ninguém. A maioria dos médicos hoje em dia tem um pouco de atividade na enfermaria ou na emergência pra diluir o trabalho do ambulatório, porque o pessoal se queixa muito, se satura muito, adocece, não suporta mais. No começo eu me lembro que todo o final de ano a gente fazia a confraternização do ambulatório e isso foi se perdendo, perdendo no tempo. Eu me lembro quando eu cheguei aqui em 92, eu me lembro que eu

tinha uma postura de ser humano indiferente. Na época, coisa que eu pensava, preconceito. Então muita coisa foi trabalhada, trouxe muito amadurecimento como pessoa , como ser humano, como cidadã, eu me senti bastante engrandecida, então eu era deslumbrada com essa mudança em minha vida. E aí eu me adaptei, absorvi o trabalho, consegui mesmo, me sinto muito lisonjeada, me sinto muito forte, me sinto importante, assim pra mim porque foi uma outra realização profissional ter conseguido absolver o serviço. Eu me sinto bem preparada para executar as atividades daqui. Hoje pra mim não é tão sofrido como foi no começo, também tudo era muito novo, muito incipiente, com o tempo a gente vai procurando outras coisas. Porque tudo pra mim tá bom.

DISCUSSÃO – ADAPTAÇÃO / ADEQUAÇÃO

O sofrimento psíquico no trabalho aparece quando a liberdade do sujeito em dialogar com a tarefa é suprimida ao ponto de só lhe restar fazer o que lhe foi mandado, do jeito que lhe foi mandado (trabalho prescrito). Comprovando a relação entre subjetividade e trabalho, os sujeitos podem responder ao sofrimento de duas maneiras: quando, em circunstância de sofrimento, o indivíduo desenvolve respostas criativas e originais favoráveis à saúde e à produção, chamamos de sofrimento criativo. Bem assim, quando na luta contra o sofrimento o indivíduo desenvolve soluções desfavoráveis para sua saúde e para a produção, acontece o que denominamos de sofrimento patogênico. A estas respostas conferimos o nome de estratégias de defesa.

As estratégias de enfrentamento elaboradas pelos indivíduos ante o trabalho que não os realiza terão o poder de mudar o destino do sofrimento (criativo ou patogênico) e favorecer sua transformação em criatividade e prazer, beneficiando sua identidade. (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004).

Uma vez analisadas as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico no trabalho do Ambulatório do Hospital, vamos empreender um esforço para identificar as estratégias de defesa elaboradas pelo grupo.

O DSC revela que os sujeitos buscam se adaptar a algumas situações que não estão ao seu alcance para mudar. A adaptação ocorre por um processo de maturação do profissional (*O tempo vai passando, você vai amadurecendo as coisas*

e vai ficando mais fria, mais acostumada com as coisas e não sente tanto quanto eu sentia anteriormente); como também por meio da aprendizagem advinda da dinâmica do serviço e das relações (Aprender a lidar com a dor aprender a lidar também com a finitude Então muita coisa foi trabalhada, trouxe muito amadurecimento como pessoa , como ser humano, como cidadã, Eu me sinto bem preparada para executar as atividades daqui.)

Essa estratégia da adequação/adaptação alcança também certo conformismo em relação a questões nas quais o sujeito não consegue ter ingerência. Aqui não localizamos, diferentemente da situação descrita há pouco, um esforço de superação, mas sim de acomodação (*É melhor me conformar que eu sou só, Vamos tentando nos acostumar, acostumar com o cotidiano, No começo eu me lembro que todo o final de ano a gente fazia a confraternização e isso foi se perdendo, perdendo no tempo).*

Ainda no âmbito dessa estratégia defensiva, encontramos aqueles que, literalmente, adaptam, de alguma maneira, sua atividades para torná-las suportáveis (*A maioria dos médicos hoje em dia tem um pouco de atividade na enfermaria ou na emergência pra diluir o trabalho do ambulatório, porque o pessoal se queixa muito, se satura muito, adocece, não suporta mais).*

Incluídas aqui encontramos também as situações que trazem angústia, mas não passíveis de alteração nem pelo sujeito, nem pela organização. (*Se não conseguir, eu procuro melhorar. Não sou nenhum super-homem e nem a instituição é o ideal, esse é o limite, paciência, esse é o limite, então, entenda que a vida, em todos os campos, em seus aspectos ela tem limite, daquilo que você consegue, do que você pode alcançar, infelizmente a gente ver que isso pode implicar na saúde, ou até mesmo na vida de alguém isso angustia).*

Então, por meio das estratégias defensivas, os sujeitos podem minimizar a percepção que eles têm das pressões do trabalho, fonte de sofrimento. “A operação é estritamente mental, já que ela geralmente não modifica a realidade da pressão patogênica”. (Dejours, 1994, p. 128). Garante, entretanto, um estado de luta e tensão com o sofrimento (normalidade) para manterem sua saúde mental.

Acreditamos que a estratégia identificada (adaptação/adequação) representa um consenso silencioso, uma vez que muitos sujeitos, experimentando um sofrimento único, mas similar, elaboraram uma defesa comum. Entendemos que,

pelas características expressas ao longo da discussão, estamos diante de uma estratégia coletiva de defesa dos trabalhadores do Ambulatório.

CATEGORIA B – O COMPARTILHAR

DSC SUJEITOS – JOÃO, TIETA, PATRÍCIA E MARIA

Muitas vezes discutir com alguém, dialogando com alguém, pelo menos dividindo com alguém o sofrimento de ter presenciado isso, mas não tenho alguém específico em que eu diga “ali é alguém que procuro pra chorar no ombro e dividir minhas angustias”, não tenho alguém específico, e eu acho que de alguma maneira eu acabo socializando pouco. Ligava pra uma ou pra outra pessoa, conversava. Em primeiro lugar eu converso com meus pares, algumas pessoas que você se identifica mais, que você conversa mais, desabafa mais, pessoas do trabalho ou fora daqui. O que a gente faz é compartilhar, a angustia da gente com a angustia da outra pra ver se várias angustias juntas... Dai surgem outras coisas, porque só ficar angustiado ou angustiada só isso esse movimento não dá. Tem que se pensar em outro movimento, só reclamar e não fazer nada isso é muito angustiante, mais angustiante ainda. Compartilhar é uma forma, é uma forma de, através do outro, ver de outra forma. Quando a gente diz olha paciente tal atendi... por isso eu penso que se um dia tiver escala fixa pra gente criar laços. Enfim, você pode criar laços você pode está compartilhando suas experiências: eu atendi um paciente assim, isso me causou tanto conflito pois isso parece uma história que já ouvi que já vivi, aí a pessoa lhe ouve e só de ouvir já lhe dá certa ... a gente é tão carente de tudo que só compartilhar...a gente troca...eu também atendi isso eu fiz isso. A gente sempre compartilha dentro [do ambulatório]. Eu sempre bato na porta da psicóloga, onde tem uma que eu compartilho mais porque fala escuta e troca, e também me procura muito,

isso é bidirecional, não é só um lado, quando eu sei que ela está no dia que eu estou isso me dá certo conforto. Então é assim que a gente vê estratégias, pois o serviço ele é alheio.

DISCUSSÃO – O COMPARTILHAR

Para não adoecer, o sujeito cria soluções originais que podem favorecer a sua saúde e a produção (sofrimento criativo), como também pode elaborar soluções desfavoráveis (sofrimento patogênico) a sua saúde e à produção. Portanto, a natureza da estratégia define a natureza do sofrimento. As condições organizacionais farão diferença nesse processo, pois presidem o engajamento dos indivíduos no sentido do sofrimento criativo ou no sentido do sentimento patogênico (Dejours, 1996).

Encontramos nesse DSC uma estratégia que dá vazão à carga psíquica de maneira interativa: o compartilhar, que, segundo Ferreira (2008), significa ter ou tomar parte em; participar de; compartilhar. A defesa elaborada pelos sujeitos acontece de várias maneiras. O compartilhar com um colega em especial; com alguém; o compartilhar com os pares; com pessoas fora do trabalho; no espaço do trabalho e fora dele. Percebemos ainda que o compartilhar acontece com objetivo de amenizar o sentimento de angústia e, ainda, trocar experiências e aprendizados sobre o fato de lidar com situações que envolvem a dimensão técnica e afetiva.

Uns compartilham para pelo menos dividir com alguém o sofrimento de ter presenciado isso. O que a gente faz é compartilhar a angústia da gente com a angústia da outra pra ver se várias angústias juntas.. Você pode está compartilhando suas experiências: eu atendi um paciente assim, isso me causou tanto conflito pois isso parece uma história que já ouvi. Criar laços, você pode está compartilhando suas experiências. Fala, escuta e troca.

A elaboração da defesa pela fala demonstra que os sujeitos buscaram, mesmo sem saber, uma estratégia simples e no alcance de todos, cujo potencial todos dominam. Chanlat (1996) alude à idéia de que “é graças a esta faculdade de expressar em palavras a realidade, tanto interior quanto exterior, que se pode aceder ao mundo das significações”. (P. 29). Desta forma, o ser humano passa de uma figura de emissor e receptor para um ser de palavra, expressando não somente

o que o constitui como ser, mas também dando um sentido a tudo o que o envolve e a sua existência (Chanlat, 2007).

Pharo (1988, citado por Chanlat, 2007) faz referência à palavra como “meio de se ter acesso às duas faces essenciais da visão sobre o mundo: a face objetiva e referencial e a face “subjéctiva” ou pragmática, mais exactamente, que é o modo pragmático pelo qual se faz aparecer as coisas das quais se fala.” (P.21).

“Então é assim que a gente vê estratégias, pois o serviço ele é alheio.” Pelo uso da palavra, do compartilhar, os sujeitos criam uma forma de enfrentar o sofrimento psíquico gerado nas situações da dinâmica funcional, algo democrático que favorece a liberação de angústia, criação de laços e troca de saberes. Desenvolveram ao seu modo, pois à organização não cabe esse papel. A ela impende favorecer um espaço laboral que considere a interface saúde mental e trabalho, de maneira que possibilite a vazão da criatividade dos sujeitos.

CATEGORIA C – ESTRATÉGIAS PRIVADAS.

DSC SUJEITOS – NORMA, JOÃO, MARA, PATRÍCIA, ÂNGELA, SÍLVIA, LUANA E MARIA

Eu curto muito a minha família, curto muito os meus filhos, e eu faço meditação. Eu participo de uma filosofia de vida, que eventualmente eu vou, sempre participo de alguma coisa, sempre procuro coisas que deixem as baterias carregadas, a meditação é uma das que eu mais busco, o meu lazer é assim, uma praia, algo bem neutro. A minha meditação eu faço diariamente, sou uma pessoa que busco muito isso, é algo que me ajuda muito, eu faço minha caminhada, faço coisas que me animam. Eu não tenho uma válvula de escape geográfica, assim eu não vou a algum lugar, ou procuro alguém, eu acho que a minha válvula de escape é interna, é metabolizando internamente as minhas angústias, eu procuro sempre lembrar primeiro de como isso aqui foi um dia e de como isso estar e eu crio uma visão positiva da evolução da instituição, a instituição melhorou, eu acho que ela é mais resolutiva é então eu vejo, tanto no ponto de vista

estrutural, físico, como do ponto de vista, principalmente ali do ponto de vista da formação profissional, nós evoluímos muito o hospital São José, a instituição conseguiu agregar muito, em termos de valor na assistência das pessoas que precisam ser assistidas, fisicamente... é muito mais da qualidade da formação profissional. O meu lazer principal é sair com minha esposa e com amigos no restaurante, no cinema em casa. Contudo, todo o fim de semana o meu maior lazer é trabalhar e estudar esse talvez seja o meu melhor lazer, e eu não sei se isso é doentio, se é patológico mais eu me divirto estudando e muitas vezes eu me divirto mais lendo do que saindo pra passear e tal, mais o esporte em que eu gostava eu não consigo mais por conta da minha limitação física, o joelho. Eu faço terapia, não é só por aqui é por todo o contexto. Amigos, espiritualidade, também ajuda muito a superar. Para dar conta desses momentos eu estudo só isso. Quando eu to cheia, eu atendo. Não tenho pra onde correr. Eu atendo, e assim quando é uma coisa muito grave eu resolvo comigo. Eu acordo três vezes na semana 5:30 / 6:00 horas da manha e vou correr na beira- mar, ai final de semana eu não trabalho, vou muito pra praia, adoro ir pra praia, tomar banho de mar, ir pro Beach park, gosto de ir ao cinema. O meu lazer é mais em fim-de-semana. É mais praia, adoro ficar com os meus filhos e ir pra praia. Eu consigo ter momento de lazer... Ai eu vou pra minha filha...às vezes eu tiro férias.. vamos passear... minha filha vai pra praia, eu vou... eu vou pra Guaramiranga.... eu consigo passear, porque é o único meio pra eu poder desopilar minha cabeça. A outra coisa que a gente faz são coisas privadas mesmo, análise, correr, outra vai dançar, assim a gente paga pra isso do nosso bolso ou arranja outras coisas. Toda hora, aqui a gente faz um momento de descontração, não sou de me limitar, ah só sábado e domingo, só um feriado não, na semana, nas oportunidades. Como tu vai pra praia? Como é que tu tem dois empregos? Eu consigo forças com o bom humor, eu sou bem humorada. Eu me divirto, amanhã eu to de folga e saio pra resolver

minhas coisas, se eu tiver a oportunidade de marcar as coisas com uma amiga, de ao cinema se chamar pra eu ir eu vou também cansada. Eu gosto muito de praia, natureza, então eu às vezes resgato muito as minhas forças, só com a visão do mar também e eu acho que é lá que eu renovo as minhas coisas eu gosto, e não tem domingo, sábado, feriado não, é na semana mesmo, e no dia que tiver e der certo eu vou, não é só o fato de barreira não, eu troco o sábado pelo domingo viajo, e no meu trabalho eu me divirto também, eu sei separar as coisas assim que dá e eu levo as coisas muito na brincadeira mesmo, eu levo as coisas muito no bom humor. Certa situação em que o paciente se expõe eu levo na brincadeira, até relaxar as pessoas, porque as pessoas vêm muito armadas pra cá, e tem que ter um pouco de humor, a vida tem que ser levada com humor.

DISCUSSÃO – ESTRATÉGIAS PRIVADAS

A formulação de estratégias defensivas individuais vai ao encontro da natureza do sofrimento. O sofrimento, a angústia e o prazer são vivências subjetivas, vividas por sujeitos portadores, cada um, de sua história, portanto, cada qual, do confronto com a realidade do trabalho, desenvolve estratégias singulares. Dejours (1994) menciona, no entanto, que vários sujeitos experimentando por si um sofrimento único também são capazes de formar uma estratégia defensiva comum.

Uma análise do DSC revela-nos sujeitos que se preocupam com a vazão da carga psíquica de trabalho, reconhecendo a necessidade dessa ação para sua saúde e bem-estar.

“A minha meditação eu faço diariamente, sou uma pessoa que busco muito isso, é algo que me ajuda muito, eu faço minha caminhada, faço coisas que me animam.”

“Amigos, espiritualidade, também ajuda muito a superar.”

“Eu consigo passear, porque é o único meio pra eu poder desopilar minha cabeça.”

“Eu consigo forças com o bom humor, eu sou bem humorada.”

“Eu gosto muito de praia, natureza, então eu às vezes resgato muito as minhas forças, só com a visão do mar também e eu acho que é lá que eu renovo as minhas coisas eu gosto, e não tem domingo, sábado, feriado não, é na semana mesmo.”

Há sujeitos que criam suas estratégias de defesa de maneira isolada e solitária. Esse fato pode sinalizar um traço de sua personalidade, que as defesas coletivas não são mais eficazes, como também acenar para uma individualização máxima que, em vez de drenar, enseja carga psíquica.

“Eu não tenho uma válvula de escape geográfica, assim eu não vou a algum lugar, ou procuro alguém, eu acho que a minha válvula de escape é interna, é metabolizando internamente as minhas angustias.”

“Quando eu to cheia, eu atendo. Não tenho pra onde correr. Eu atendo, e assim quando é uma coisa muito grave eu resolvo comigo.”

O DSC expressa ainda algumas defesas individuais inusitadas. O fato de considerar o estudo e o trabalho como prazer não é comum. Haveremos de reconhecer, todavia, que esse espaço (da elaboração da defesa) é manifestação da subjetividade e expressão da história singular do sujeito.

“no fim de semana o meu maior lazer é trabalhar e estudar, esse talvez seja o meu melhor lazer, e eu não sei se isso é doentio, se é patológico mais eu me divirto estudando e muitas vezes eu me divirto mais lendo do que saindo pra passear e tal”

“Para dar conta desses momentos eu estudo só isso. Quando eu to cheia, eu atendo.”

Vemos que os sujeitos elaboram, à sua maneira, formas de se defenderem do sofrimento presente no trabalho. Elas são necessárias para o equilíbrio psíquico dos sujeitos trabalhadores. Acreditamos que estas defesas expressas no DSC estão na dimensão criativa, ou seja, conseguem subverter o sofrimento em criativo, ensejando prazer na realização da tarefa.

CATEGORIA D – VÍNCULOS FAMILIARES COM A INSTITUIÇÃO.

DSC SUJEITOS – LAURA , ÂNGELA, SÍLVIA, LUANA E ANTONIA.

Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei, casei...Lua de mel intensa! A gente sabe dos problemas... Administra os problemas. Tem paciência no atendimento.. anotações volumosas... Até a primeira crise do casamento, com 6 anos. Eu de licença para tratamento de saúde, ligava para cá e pedia para me mandassem a lista e tabela de marcação. Fazia em casa os agendamentos e ainda ligava para os pacientes de casa. Uma postura não correta. Ainda organizava com uma colega que estava trabalhando, o transporte de ida e volta dos documentos. Fiz dessa sala minha casa, coloquei um pano azul, mandei trocar a luz, então essa sala é a minha, pra mim.. Mas assim, eu não tenho muita essas coisas de ficar pensando em florzinha, arranjo... Aqui no trabalho é a continuidade...como se fosse a casa da gente... que a gente passa mais tempo aqui do que em casa. Eu só chego em casa para dormir. Você ver que o trabalho, o trabalho da gente ele é muito bom, é muito forte, no sentido assim que o trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa, porque se você for contar as horas, na sua residência e no seu trabalho, você vai perceber que você tem mais permanência no seu trabalho do que na sua casa, mais também eu não concordo que o trabalho seja a extensão da minha casa, eu não gosto de dizer isso, assim reconheço é muito forte tudo isso, mas não tem o que permaneça em termo de frequência você precisa mais de seu trabalho do que a sua casa, na casa a gente vai dorme, é gostosa, minha casa é gostosa, tem o conforto e tudo,

mas o trabalho é mais forte, presente de ver e de conviver todo dia, toda hora e então tem que ser bom. Se não fosse o São José, meus colegas de trabalho, eu acho que eu não teria superado uma crise que tive. Às vezes eu digo que eu tenho muita gratidão pelo São José, não paro de falar isso que eu tenho muita gratidão aqui, que foi uma época muito difícil. Eu passei 4 anos da minha vida que eu não ia trabalhar, porque eu sempre tive força de vontade de trabalhar. Eu nunca faltei. Hoje eu digo que se não fosse o São José eu não tava trabalhando (.....) eu acho que não tinha superado os 4 anos difíceis que eu passei na minha vida. Quer dizer eu devo São José parte da minha vida.

DISCUSSÃO – VÍNCULOS FAMILIARES COM A INSTITUIÇÃO

Consideramos o vínculo familiar com a instituição como estratégia defensiva dos trabalhadores pela presença recorrente, nas falas, de uma personificação do Hospital, e de analogias deste com as casas dos sujeitos da investigação, constituindo uma intimidade afetiva próxima daquela do ambiente familiar. Acreditamos que essa defesa surge em decorrência de o modelo da gestão (processos e de pessoas) possuir fortes tendências empíricas.

Os sujeitos investigados desenvolvem vínculos familiares com a Organização buscando estabelecer referência onde se possam apoiar, tornando, assim, suportáveis as dificuldades das relações interpessoais, a condução de mudanças, o fato de lidar com a AIDS e outras situações identificadas.

“Eu de licença para tratamento de saúde, ligava para cá e pedia para que mandassem a lista e tabela de marcação. Fazia em casa os agendamentos e ainda ligava para os pacientes de casa. “

“Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei, casei...Lua de mel intensa! A gente sabe dos problemas... Administra os problemas.. Até a primeira crise do casamento, com 6 anos.”

“o trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa.”

“Quer dizer eu devo São José parte da minha vida”

Levar trabalho para casa, colocar-se em relação ao Hospital como marido/mulher numa personificação, considerar o trabalho mais importante do que sua casa, dispensar sentimentos de gratidão ao Hospital – tudo isso revela a presença de satisfação relativamente ao trabalho e também compromisso, mesmo sendo este gerador de sofrimento. A contradição está presente; a psicodinâmica afirma que o trabalho tem o potencial de realizar e de causar sofrimento ao sujeito, a depender do confronto homem/trabalho, subjetividade/tarefa.

Com características sublimatórias e eufemísticas, a estratégia elaborada nos leva a crer que os sujeitos da investigação elaboraram uma estratégia coletiva de enfrentamento ao sofrimento psíquico no trabalho. Sua efetividade garante liberação da carga psíquica ocasionada pelo trabalho e não problemas somáticos, como acontece com ausência de defesas individuais.

CATEGORIA E – TRABALHO ENCANTAMENTO

DSC SUJEITOS – LIA, NORMA, JOÃO, LAURA, MARA, CLARA, TIETA, PATRÍCIA, ÂNGELA, SÍLVIA, LUANA E MARIA.

Eu acho super legal aqui são as histórias de vida! Então o assunto que você vivencia... que você convive no seu dia-a-dia, porque essas situações, dessa pessoas te remete a uma reflexão sobre vida e sobre os próprios valores, e te permite um crescimento além de profissional como ser humano. A gente passa a ver as coisas de uma outra forma, a fazer uma leitura de outra forma da vida, a valorizar as pequenas coisas e a não reclamar tanto da vida. Eu gosto de trabalhar com paciente no ambulatório, porque é um trabalho mais de educação, é um trabalho diferente. Eu gosto do trabalho aqui. É uma coisa que eu gosto de fazer, trabalhar com paciente, trabalhar com pessoas, sempre foi algo que eu gostei muito de fazer. A gente tenta fazer o melhor, a gente tenta fazer o melhor que pode, eu tento fazer a diferença no meu trabalho, que é o mais importante. Eu acho que a gente procura ter uma diferença no seu trabalho, no seu atendimento, como você

atente, na simpatia que você faz, como você se relaciona com o paciente, como você chega nele, como você faz pra que ele fale um pouco dele, como é que você chega nele pra ele ter uma auto-reflexão, pra você explicar mais sobre a doença, como o vírus pode se portar. O que me dá prazer no meu trabalho é você conseguir instituir uma abordagem de tratamento ao paciente infectado pelo vírus HIV ou infectado pelo vírus da hepatite B, uma abordagem de diagnóstico e tratamento, onde você não tem dificuldade de conseguir o necessário, eu solicito e oriento o paciente do que ele precisa fazer e eu tenho a certeza de que isso vai ser feito em determinado momento e isso não vai estar tão distante em detrimento da necessidade daquele paciente e a volta do paciente com melhoras, por que fez os exames, ou porque o tratamento instituído deu a ele uma melhoria na sua qualidade de vida, essa é a parte prazerosa. E ela é freqüente. Então, o que é que eu posso fazer agora? Eu vou tentar fazer o melhor! E vou fazer o melhor que eu posso, porque eu não vou conseguir fazer o ideal, mas vou fazer o melhor que eu posso e vou tentar de alguma maneira fazer aquilo que estar tão difícil, e também se não conseguir, eu procuro melhorar. Não sou nenhum super-homem e nem a instituição é o ideal, esse é o limite, paciência, esse é o limite. Então eu levo isso para os meus fundamentos acadêmicos, psíquicos, emocionais, filosóficos da medicina, da minha formação em profissional da saúde. Passei para a residência no HSJ. Passei em concurso para o HSJ. Fiz novo concurso para o HSJ em 2002. Em final de 2002 fiz seleção de mestrado. Entrei para a pós-graduação. Ganhei muita bagagem profissional, aprendizado humano ainda maior! Muitos fatos inusitados e coisas que você nem tinha conhecimento, que existia na vida de pessoas que se dizem infelizes, é consolo. Pra mim o ambulatório foi extremamente satisfatório. Pra mim é um espaço de aprendizagem. Então

eu vou dizer que o aprender dentro desse mundo da AIDS a gente fica muito ativa e tem que ter muita conexão. Aqui eu aprendi muito, é um campo de aprendizagem, é uma riqueza. Depois que eu passei esse primeiro ano aqui eu entendi que ninguém poderia 'entrar dentro' do hospital sem passar pela experiência de ambulatório, por que é um aprendizado, por que depois disso eu me sentia até mais segura para entrar na discussão, sabe? Aprendi muito, eu posso dizer que minha escola foi aqui. Tá ouvindo o doente e tendo isso como aprendizado. É um aprendizado. Você trabalha mais próximo e essa proximidade faz com o que você aprenda, e quando eu aprendo é causa e efeito: eu repasso e automaticamente eu qualifico o meu atendimento como usuário, que no final das contas é isso que importa. Tanto o trabalho do ambulatório como o de enfermagem eu acho prazeroso, nas suas dimensões cada um ensina e lhe faz fazer melhor...Para mim é um prazer e quando eu aprendo, quando eu qualifico mais esse meu fazer, quando eu vejo que ele é referenciado, quando ele tem chão e que eu tô fazendo isso não é porque "eu acho que é", não! Eu tô fazendo isso porque eu sei que trezentos cristãos já estudaram isso aqui e realmente eu confirmo que isso é assim. Acho que trabalho é um coisa importantíssima na vida da gente e principalmente se lhe realiza, por isso que acho assim o ambulatório tem essa realização... Eu acho que pra mim serviu mais como aprendizado do que um sofrimento. Para atender pacientes com essas doenças é preciso profissionais bons, e você acaba se destacando junto com o ambulatório. Eu faço com os meus pacientes o melhor que eu posso. Ao mesmo tempo em que aprendi demais aqui, muito, muito, muito é muito sofrido. Tem que dá conta do seu trabalho, você tem que trabalhar e tem que dá conta do seu serviço. Acho que como eu sei trabalhar não preciso está na sala do chefe. Acho que é uma experiência muito rica, uma experiência que nem um dia é

igual a outro, em ambulatório, existe uma sala um local que você possa estar dialogando, é muito rico. Rico porque as pessoas cada uma com sua história. Existe um ponto em comum, que é o sofrimento, a angústia, a questão da morte permeando de algum jeito, hoje se desmistifica dissociando AIDS da morte, mas é algo que está ali ao redor, algo que está mais perto, aí eles sempre trazem esta questão, com olhar muito singular, cada um com seu olhar, cada um com sua questão, cada um com suas dores, com suas perdas, com seus lutos e aí é diferente, ouvi questões diferentes, em poder está prestando um cuidado. Eu me lembro quando eu cheguei aqui em 92, eu me lembro que eu tinha uma postura de ser humano indiferente. Na época, coisa que eu pensava, preconceito .. então muita coisa foi trabalhada. Me trouxe muito amadurecimento como pessoa , como ser humano, como cidadã Eu me senti bastante engrandecida, então eu era deslumbrada com essa mudança em minha vida. Encarei como desafio de vir para o ambulatório. Me sinto muito lisonjeada, me sinto muito forte, me sinto importante, assim pra mim porque foi uma outra realização profissional ter conseguido absolver o serviço, me trouxe uma outra satisfação pessoal a nível profissional. Eu gosto muito aqui do ambulatório, hoje eu gosto mais, vendo assim situações diferentes da minha realidade hoje no ambulatório, eu me realizei muito aqui, e me realizo até hoje, Eu não tenho o que reclamar não, apesar dos pesares eu não me arrependo, foi bom, é bom.

DISCUSSÃO – TRABALHO ENCANTAMENTO

Estamos diante de uma defesa coletiva dos trabalhadores que, para funcionar, precisa da participação de todos os membros, uma ideologia defensiva de profissão, como dita por Dejours (1994, 1996). O sofrimento inerente ao trabalho do Ambulatório e suas implicações (confronto desafiador da subjetividade com o trabalho, as relações entre o grupo, a relação com a doença e suas histórias, a falta

de espaço, a ausência de um coordenador efetivo e, principalmente, as dificuldades inerentes à patologia e ao sistema de saúde como um todo, nas quais não há condições de ingerência) é enfrentado por uma estratégia coletivamente constituída, sublimatória, a que chamamos de “Trabalho-Encantamento”.

Podemos entender a sublimação como um processo psíquico que “aparece estreitamente ligado à dimensão narcisista do Ego. A sublimação é indissociável das exigências do Ideal trazidas pelo Ideal do Ego.” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 37). Ela é caracterizada por ocorrer no campo social, notadamente no trabalho, e sempre associada às aspirações narcisistas.

Encarar o trabalho como algo que encanta por ensejar aprendizados inalienáveis, de alguma maneira, conquista a admiração e reconhecimento das outras pessoas. O trabalho com a AIDS conquistou um estatuto de respeito e deferência da sociedade. Significa conhecer uma área que os demais seres desconhecem e temem, mas admiram aqueles obstinados que o conhecem, enfrentam-no, transformam-no e tentam vencer a doença. O DSC está repleto de falas que registram a riqueza do trabalho, por propiciar aprendizados singulares. Percebemos ainda o amor e a dedicação ao trabalho, mesmo diante da organização deste e de suas condições, mas sempre em função do aprendizado que o trabalho favorece.

“Eu acho super legal aqui são as histórias de vida porque essas situações, dessa pessoas te remete a uma reflexão sobre a vida e sobre os próprios valores, e te permite um crescimento além de profissional, como ser humano”.

“A gente tenta fazer o melhor, a gente tenta fazer o melhor que pode, eu tento fazer a diferença no meu trabalho, que é o mais importante.”

“Eu vou tentar fazer o melhor! E vou fazer o melhor que eu posso.”

“Ganhei muita bagagem profissional..aprendizado humano ainda maior!

“Aqui eu aprendi muito, é um campo de aprendizagem, é uma riqueza. Ao mesmo tempo em que aprendi demais aqui, muito, muito, muito é muito sofrido.”

“Eu não tenho o que reclamar não, apesar dos pesares eu não me arrependo, foi bom, é bom.”

CATEGORIA F – O RECONHECIMENTO

DSC SUJEITOS – LIA, JOÃO, LAURA, MARA, CLARA, PATRÍCIA, LUANA E MARIA.

Eu me sinto bem quando eu posso tá colaborando de alguma forma e melhorar a vida das pessoas. Em pelo menos ouvir, pois tem muitas pessoas que não têm com quem falar sobre os seus problemas, sobre as suas intimidades. Eu sempre gostei e depois da minha experiência aqui, eu acho que foi assim, as pessoas passaram até a me convidar mais para treinamentos comecei a fazer outras atividades fora do ambulatório. Você atende uma pessoa hoje e você daqui a um tempo, você encontra com ela novamente, hoje mesmo encontrei uma pessoa aqui que ela disse assim pra mim: “ah, meu exame foi você que entregou. Ainda bem que foi você quem entregou, que ajudou a conduzir esse momento!” É muito gratificante. O que me dá prazer é você conseguir instituir uma abordagem de tratamento ao paciente e a sua volta com melhoras, por que fez os exames, ou porque o tratamento instituído deu a ele uma melhoria na sua qualidade de vida. Há um retorno: carinho, respeito...e a gente acaba se envolvendo, naturalmente. Mas, a diferença do remédio para o veneno está na dosagem. A compensação é quando eles [pacientes] me reconhecem, quando eles falam com alegria com você, porque eu acho que você deu atenção, você ouviu, só deu palavra amiga. É uma coisa gratificante que você tem. O serviço no ambulatório fez-me ganhar certo respeito, quando eu vim escolhida para o grupo, agora existe o respeito. O meu estímulo vem dos pacientes. Acho que se não fosse por eles seria mais difícil. Por que é maravilhoso quando você vê seu paciente crescendo nesse movimento. O poder está prestando um cuidado a pessoas tão descuidadas com tantas faltas, com tantas carências essa é a recompensa, perguntam “Como você agüenta?” Acho que aí está a recompensa. O serviço não [recompensa] tem nenhuma, nem real nem simbólica. “Que bom que você me ouviu!”, “Hoje eu pensei no que você me

falou ontem, hoje eu já fiz diferente, muito obrigado.” Então é isso que faz com que você não faça outra coisa, não desista. Quando o paciente mesmo diz: “olha pensei muito naquilo que você disse, vi e revi.” Então você pensa... então dá pra fazer alguma coisa. É muito gratificante receber a mínima gratificação também vendo gente nova chegar e a gente repassar o que a gente aprendeu em anos, anos para adquirir o que você aprendeu, e é muito bom. Portanto, o que me motiva a vim trabalhar é saber que eu posso chegar e dá um atendimento diferenciado ao paciente, de acordo com a necessidade dele eu posso fazer interferências, encaminhamentos de várias maneiras, de acordo com a necessidade de cada um, é isso que me faz vir trabalhar com o maior prazer, porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porquê tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível.

DISCUSSÃO – O RECONHECIMENTO

O DSC publica outra forma de os sujeitos subverterem o sofrimento de seu trabalho e transformá-lo em experiência de prazer. O discurso revela um ufanismo contagiante em relação ao trabalho. Aqui, entretanto, esse sentimento não está ligado ao fato de propiciar aprendizagem e favorecer crescimento como pessoa e profissional. *O-prazer-apesar-de*, e *a-vontade-de-fazer-apesar-de* estão direcionados ao reconhecimento do trabalho realizado. A estratégia está em se sustentar no reconhecimento do paciente, aquele que referenda seu saber-fazer, uma vez que a organização não reconhece.

Na busca pelo reconhecimento do outro, o profissional se dedica mais à tarefa, realizando-a de maneira criativa, dando sentido ao que faz. Dejours (2008) atesta que a conquista da identidade no campo social, mediada pela atividade laboral, passa pelo reconhecimento que implica o julgamento dos pares. Algumas falas mostram muito bem esse fato.

“Eu me sinto bem quando eu posso tá colaborando de alguma forma e melhorar a vida das pessoas.”

“ah, meu exame foi você que entregou. Ainda bem que foi você quem entregou, que ajudou a conduzir esse momento! É muito gratificante’.”

“Há um retorno: carinho, respeito...e a gente acaba se envolvendo, naturalmente. “A compensação é quando eles [pacientes] me reconhecem.”

“O meu estímulo vem dos pacientes. Acho que se não fosse por eles seria mais difícil.”

“é isso que me faz vir trabalhar com o maior prazer, porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porquê tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível.”

O reconhecimento tem papel relevante nos processos psíquicos do sujeito. Quando o trabalhador tem seu esforço reconhecido, suas angústias, solidão e medos ganham sentido. Nada foi em vão. O fato de ter seu esforço reconhecido contribui para a organização do trabalho, ao tempo em que faz do trabalhador alguém diferente do que era antes do reconhecimento. Dejours (2003) relata o bem que o reconhecimento traz à saúde mental do sujeito.

O reconhecimento do trabalho (...) pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza da alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental. Não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade. (...) Não podendo gozar dos benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reduzido ao seu sofrimento e somente a ele. (P.34).

Os sujeitos da investigação conhecem os benefícios do reconhecimento, tanto que o buscam de maneira estratégica, ou seja, elaborando uma forma de conviver com as dificuldades da organização do trabalho e do seu confronto com a singularidade de cada um deles.

7.1 Vínculo das estratégias de defesa com a cultura organizacional

Superando a busca de analisar as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde do Ambulatório do Hospital, e a descrição das estratégias de defesa identificadas, procuramos, ainda, a possível vinculação entre as estratégias de defesa e a cultura organizacional. Identificamos seis estratégias de defesa utilizadas pelos sujeitos do estudo.

QUADRO 5 - Descrição das Estratégias de Defesa

ESTRATÉGIAS DE DEFESA IDENTIFICADA	DESCRIÇÃO
ADAPTAÇÃO/ADEQUAÇÃO	Trata-se de um processo de adaptação e adequação à tarefa. Pode se dar: por um processo maturativo do profissional, como também por meio da aprendizagem advinda da dinâmica do serviço e das relações; conformismo ante questões junto as quais o sujeito não consegue ter ingerência; adequação a atividades específicas para torná-las suportáveis; adaptação às situações que trazem angústia, mas não passíveis de alteração nem pelo sujeito, nem pela organização. Estratégia coletiva.
O COMPARTILHAR	A defesa elaborada pelos sujeitos acontece de várias maneiras. O compartilhar com um colega em especial; com qualquer colega; o compartilhar com os pares; com pessoas fora do trabalho; no espaço do trabalho e fora dele. Percebemos, ainda, que o compartilhar acontece com objetivo de: amenizar o sentimento de angústia; trocar experiências e aprendizados sobre lidar com situações que envolvem a dimensão técnica e afetiva. Estratégia coletiva.
ESTRATÉGIAS PRIVADAS.	Elaboradas por sujeitos que se preocupam com a vazão da carga psíquica de trabalho e reconhecem a necessidade dessa ação para sua saúde e bem-estar. <i>“A minha meditação eu faço diariamente, sou uma pessoa que busco muito isso, é algo que me ajuda muito, eu faço minha caminhada, faço coisas que me animam.”</i> <i>“Amigos, espiritualidade, também ajuda muito a superar.”</i> <i>“Eu consigo passear, porque é o único meio pra eu poder desopilar minha cabeça.”</i> <i>“Eu consigo forças com o bom humor, eu sou bem humorada.”</i> <i>“Eu gosto muito de praia, natureza, então eu às vezes resgato muito as minhas forças, só com a visão do mar também e eu acho que é lá que eu renovo as minhas coisas eu gosto, e não tem domingo, sábado, feriado não, é na semana mesmo.”</i> Há sujeitos que criam suas estratégias de defesa de maneira isolada e solitária. Esse fato pode sinalizar um traço de sua personalidade como também acenar para uma solidão que, em vez de drenar, gera carga psíquica. O DSC expressa ainda algumas defesas individuais inusitadas. O fato de considerar o estudo e o trabalho como prazer não é comum, todavia, haveremos de reconhecer que esse espaço (da elaboração da defesa) é manifestação da subjetividade e expressão da história singular do sujeito. <i>“no fim de semana o meu maior lazer é trabalhar e estudar, esse talvez seja o meu melhor lazer, e eu não sei se isso é doentio, se é patológico mais eu me divirto estudando e muitas vezes eu me divirto mais lendo do que saindo pra passear e tal”</i> <i>“Para dar conta desses momentos eu estudo só isso. Quando eu to cheia, eu atendo.” Estratégia individual.</i>
VÍNCULO FAMILIAR COM A INSTITUIÇÃO	Nesta estratégia coletiva, os sujeitos investigados desenvolvem vínculos familiares com a organização buscando construir referência onde se possa apoiar, tornando assim, suportáveis as dificuldades das relações interpessoais; a condução do processo de mudanças; o lidar com a AIDS e outras situações identificadas. Levar trabalho para casa, colocar-se em relação ao hospital como marido/mulher, considerar o trabalho mais importante que sua casa(família), dispensar sentimentos de gratidão ao Hospital – tudo isso revela a presença de satisfação em relação ao trabalho e também compromisso, mesmo sendo o trabalho gerador de sofrimento. Estratégia coletiva.

TRABALHO ENCANTAMENTO	Encarar o trabalho como algo que encanta por gerar aprendizados inalienáveis e que, de maneira visível, conta com a admiração e reconhecimento das outras pessoas. O trabalho com a AIDS conquistou um estatuto de respeito e deferência da sociedade. Significa conhecer uma área que os demais seres desconhecem e temem, mas admiram os obstinados que o conhecem, enfrentam-no, transformam-no e tentam vencer a doença. Estratégia de defesa coletiva.
O RECONHECIMENTO	Um ufanismo contagiante em relação ao trabalho, entretanto, aqui esse sentimento não está ligado ao fato de propiciar aprendizagem e favorecer crescimento como pessoa e profissional. <i>O-prazer-apesar-de, a-vontade-de-fazer-apesar-de</i> estão direcionados ao reconhecimento do trabalho realizado. A estratégia está em se sustentar no reconhecimento do paciente, aquele que referenda seu saber-fazer, uma vez que a organização não reconhece. Na busca pelo reconhecimento do outro, o profissional dedica-se mais à tarefa, realizando-a de maneira criativa, dando sentido ao que faz. Estratégia de defesa coletiva.

Fonte: Pesquisadora

A despeito de não havermos realizado uma profunda análise da cultura organizacional, (não era objetivo do estudo), foi-nos possível, mediante observação etnográfica e entrevistas narrativas, verificar uma proximidade das estratégias de defesa elaboradas pelos sujeitos investigados e a cultura organizacional.

Como expresso no relato etnográfico, consideramos que o ambulatório desenvolveu uma subcultura dentro da cultura organizacional do Hospital, revelada nos comportamentos do grupo de trabalho e nas relações entre os trabalhadores.

O AMBULATÓRIO E ALGUNS DE SEUS TRAÇOS CULTURAIS

Feito em área física separada, mas dentro dos muros do Hospital, possui uma capacidade instalada aquém de sua demanda. Grande parte do grupo de trabalho veste-se diferentemente do restante do hospital. É o grupo que menos participa das atividades socioculturais do Hospital. O grupo possui reduzido espaço de encontro. O grupo do Ambulatório se conhece pouco. Em grande parte dos anos de sua criação, a sua coordenação aconteceu à distância. O modelo da gestão das pessoas difere do modelo que o Hospital segue. Possui um modelo de trabalho centrado na figura do médico. Seu trabalho tem foco no curto prazo e na informalidade. Resiste a mudanças.

Valoriza os processos de aprendizagem. Possui um grupo de profissionais comprometidos, bem qualificado e interessado pelo paciente. O grupo possui vínculos de afeto com os pacientes e com a Organização. Os vínculos do grupo com o Ambulatório confundem-se com os vínculos familiares. As relações interpessoais são precárias. A doença mais tratada é a AIDS. É a mais pesquisada, mais recursos vêm para treinamento do nível de atendimento ambulatorial (aconselhamento,

adesão) e a participação em eventos científicos nacionais e mundiais está muito mais direcionada aos profissionais do Ambulatório. Todas essas questões favorecem para que o Ambulatório se constitua um feudo, nas palavras do discurso do sujeito.

A importância da cultura para a organização está no fato de os elementos culturais determinarem sua estratégia, seus objetivos e seu modo de operação (Schein, 2001). Assim, entendemos que a elaboração das ações defensivas identificadas tiveram na cultura organizacional o seu esteio. Conseguimos identificar seis categorias defensivas, que se encontram descritas no quadro. Agora, comentamos sobre sua proximidade com os traços culturais, apreendida via observação etnográfica e entrevistas narrativas.

QUADRO 6 – Vínculos: Estratégias de Defesa / Cultura

ADAPTAÇÃO/ADEQUAÇÃO:

Acreditamos que a adaptação/adequação como defesa para o sofrimento tem respaldo nas dificuldades do modelo da gestão, como também do problema que o grupo possui de lidar com mudanças, o que ora se revela.

TRECHOS DO DSC

“Logo no começo, assim, eu me envolvia muito. Hoje não, eu já consigo lidar com isso, por isso que eu digo que a gente aprende. Assim como as pessoas que vivem aprendem, a gente que também convive aprende.(...) Não sou nenhum super-homem e nem a instituição é o ideal, esse é o limite, paciência, esse é o limite, então, entenda que a vida, em todos os campos, em seus aspectos ela tem limite, daquilo que você consegue, do que você pode alcançar (...) Vamos tentando nos acostumar, acostumar com o cotidiano. (..) É melhor me conformar que eu sou só, entendeu? Assim, eu nunca tive problemas nem com chefe e nem com outras categorias que sejam infecto, nível médio, nível disso, daquilo, nunca tive problema com ninguém.(...) A maioria dos médicos hoje em dia tem um pouco de atividade na enfermaria ou na emergência pra diluir o trabalho do ambulatório, porque o pessoal se queixa muito, se satura muito, adocece, não suporta mais.(...) E aí eu me adaptei, absorvi o trabalho, consegui mesmo, me sinto muito lisonjeada, me sinto muito forte, me sinto importante, assim pra mim porque foi uma outra realização profissional ter conseguido absolver o serviço.”

O COMPARTILHAR

A ausência de uma coordenação formal e presente (modelo de gestão); o reduzido espaço de encontro; a presença de um talento no grupo para a fala, tudo contribuiu para que fosse utilizada essa prática interativa como defesa coletiva. Revela ainda a presença da confiança entre os membros do grupo.

TRECHOS DO DSC

“Muitas vezes discutir com alguém, dialogando com alguém, pelo menos dividindo com alguém o sofrimento de ter presenciado isso. Ligava pra uma ou pra outra pessoa, conversava. Em primeiro lugar eu converso com meus pares, algumas pessoas que você se identifica mais, que você conversa mais, desabafa mais, pessoas do trabalho ou fora daqui. O que a gente faz é compartilhar, a angustia da gente com a angustia da outra pra ver se várias angustias juntas... Compartilhar é uma forma, é uma forma de, através do outro, ver de outra forma. Quando a gente diz olha paciente tal atendi... por isso eu penso que se um dia tiver escala fixa pra gente criar laços. A trajetória de um ambulatório não é uma trajetória de encontros.”

ESTRATÉGIAS PRIVADAS

Cada um busca uma forma de conviver com as dificuldades do trabalho.
Demonstra comprometimento dos valores grupais.

TRECHOS DO DSC

“Eu curto muito a minha família, curto muito os meus filhos, e eu faço meditação. (...) O meu lazer principal é sair com minha esposa e com amigos no restaurante, no cinema em casa. Contudo, todo no fim de semana o meu maior lazer é trabalhar e estudar esse talvez seja o meu melhor lazer (...) Eu faço terapia, não é só por aqui é por todo o contexto. Amigos, espiritualidade, também ajuda muito a superar. (...) Vou muito pra praia, adoro ir pra praia, tomar banho de mar, ir pro beach park, gosto de ir ao cinema. O meu lazer é mais em fim-de-semana. É mais praia, adoro ficar com os meus filhos e ir pra praia. Eu consigo ter momento de lazer... eu consigo passear, porque é o único meio pra eu poder desopilar minha cabeça. A outra coisa que a gente faz são coisas privadas mesmo, análise, correr, outra vai dançar. Eu sou bem humorada. Eu me divirto. Eu gosto muito de praia, natureza, então eu às vezes resgato muito as minhas forças.”

VÍNCULO FAMILIAR COM A INSTITUIÇÃO

Tendência à informalidade das relações. Presença de laços de afetividade com pacientes, alguns colegas e com o próprio trabalho.

TRECHOS DSC

“Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei, casei... Lua de mel intensa! A gente sabe dos problemas... Administra os problemas. Até a primeira crise do casamento, com 6 anos. Eu de licença para tratamento de saúde, ligava para cá e pedia para me mandassem a lista e tabela de marcação. Fazia em casa os agendamentos e ainda ligava para os pacientes de casa. (...) Fiz dessa sala minha casa, coloquei um pano azul, mandei trocar a luz, então essa sala é a minha, pra mim.. Mas assim, eu não tenho muita essas coisas de ficar pensando em florzinha, arranjo... Aqui no trabalho é a continuidade... como se fosse a casa da gente... que a gente passa mais tempo aqui do que em casa. (...) o trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa (...) Hoje eu digo que se não fosse o São José eu não tava trabalhando. Quer dizer eu devo São José parte da minha vida.”

O RECONHECIMENTO

O grupo se ressentido de ser reconhecido pelos gestores do Hospital. Há falha na gestão de pessoas; pouca valorização efetiva para o grupo teve forte influência na elaboração desta estratégia.

“É muito gratificante. O que me dá prazer é você conseguir instituir uma abordagem de tratamento ao paciente e a sua volta com melhoras, por que fez os exames, ou porque o tratamento instituído deu a ele uma melhoria na sua qualidade de vida. (...) Há um retorno: carinho, respeito...e a gente acaba se envolvendo, naturalmente. A compensação é quando eles [pacientes] me reconhecem, quando eles falam com alegria com você, porque eu acho que você deu atenção, você ouviu, só deu palavra amiga. É uma coisa gratificante que você tem. O serviço no ambulatório fez-me ganhar certo respeito. O meu estímulo vem dos pacientes. Acho que se não fosse por eles seria mais difícil. Por que é maravilhoso quando você vê seu paciente crescendo nesse movimento.” Como você agüenta?” Acho que aí está a recompensa. O serviço não [recompensa] tem nenhuma, nem real nem simbólica. “Que bom que você me ouviu!”, “Hoje eu pensei no que você me falou ontem, hoje eu já fiz diferente, muito obrigado.” Então é isso que faz com que você não faça outra coisa, não desista. Quando o paciente mesmo diz: “olha pensei muito naquilo que você disse, vi e revi.” Então você pensa... então dá pra fazer alguma coisa. É muito gratificante receber a mínima gratificação.. Portanto, o que me motiva a vim trabalhar é saber que eu posso chegar e dá um atendimento diferenciado ao paciente, de acordo com a necessidade dele. eu posso fazer interferências, encaminhamentos de várias maneiras, de acordo com a necessidade de cada um, é isso que me faz vir trabalhar com o maior prazer, porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porquê tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível.”

O TRABALHO ENCANTAMENTO

O trabalho com a AIDS conquistou um estatuto de respeito e deferência da sociedade. Demonstra ainda a valorização do estudo e da aprendizagem para os trabalhadores. Como campo de ensino são a pesquisa e a capacitação buscadas continuamente. O grupo possui ótima qualificação. Esse valor foi construído, principalmente, após o advento da AIDS, que convoca, exigentemente, a busca de novos conhecimentos e práticas.

TRECHOS DO DSC

“Eu acho super legal aqui são as histórias de vida! A gente passa a ver as coisas de uma outra forma, a fazer uma leitura de outra forma da vida, a valorizar as pequenas coisas e a não reclamar tanto da vida. Eu gosto de trabalhar com paciente no ambulatório, porque é um trabalho mais de educação, é um trabalho diferente. E vou fazer o melhor que eu posso. Ganhei muita bagagem profissional..aprendizado humano ainda maior! (...) Pra mim é um espaço de aprendizagem. Aqui eu aprendi muito, é um campo de aprendizagem, é uma riqueza. Aprendi muito, eu posso dizer que minha escola foi aqui. Tá ouvindo o doente e tendo isso como aprendizado. Para atender pacientes com essas doenças é preciso profissionais bons, e você acaba se destacando junto com o ambulatório. Eu faço com os meus pacientes o melhor que eu posso. Acho que é uma experiência muito rica. Aí eles sempre trazem esta questão, com olhar muito singular, cada um com seu olhar, cada um com sua questão, cada um com suas dores, com suas perdas, com seus lutos e aí é diferente, ouvi questões diferentes, em poder está prestando um cuidado. Me trouxe muito amadurecimento como pessoa , como ser humano, como cidadã. Eu me senti bastante enriquecida.”

Fonte: Pesquisadora

7.2 Vinculação das estratégias de defesa com o sentido do ócio

A vivência de ócio constitui a experiência gratuita, escolhida, prazerosa, necessária e enriquecedora da natureza humana. O ócio não depende da quantidade de tempo, do nível econômico ou formação profissional da pessoa que o vivencia. Ele tem relação com o sentido e o significado conferido por quem o experimenta, relacionando-se com o desejado. Por isso, ir ao cinema, ver televisão, ir à praia, freqüentar uma galeria de arte - tudo pode ser vivência de ócio.

O ócio tem papel libertador, criador e contestador; libertando da fadiga e da rotina cotidiana; criando, além do desenvolvimento de habilidades, uma nova ordem com as pessoas e com as coisas. A função contestadora efetiva-se quando as funções libertadora e criadora do ócio ensejam uma atitude crítica e consciente em relação à vida (Munné, 1990). Durante o exercício do ócio, a pessoa tem a chance de melhor viver sua dimensão psicológica e social, uma vez que o exercício do ócio implica uma tomada de consciência de si mesmo, do contexto onde se está inserido e da realidade (Cuenca, 2003).

Tal importância da experiência de ócio para as pessoas dá suporte a sua aproximação ao trabalho, com amparo no prazer e na criatividade expressos na atividade laboral. Representa uma fonte de saúde e prevenção de doenças físicas e psíquicas (Cuenca, 2003). Sua vivência constitui uma condição de qualidade de vida de duas maneiras: diretamente, por satisfazer uma necessidade e um direito humano, e indiretamente, quando o ócio complementa ou substitui outras carências sociais ou pessoais. Por sentido de ócio entendemos algo que se aproxima do fenômeno pela presença de um mínimo de seus atributos e caracterização.

As estratégias de defesa, que se constituem meio de subversão do sofrimento inerente ao trabalho, apresentam características criativas, sublimatórias e vivências de prazer (Dejours, 1996). Elas se expressam como fruto da criatividade do trabalhador. A expressão criativa das estratégias de defesa sugere o sentido de ócio por este apresentar atributos semelhantes.

O trabalho ocasiona sofrimento psíquico por meio do confronto da subjetividade do sujeito com a realidade do trabalho. Para enfrentar esse sofrimento, o trabalhador elabora estratégias de defesa para conseguir conviver com o trabalho adoecedor. Nessa perspectiva, nasce o prazer como produto derivado do sofrimento psíquico no trabalho. Como um processo de sublimação, o prazer constitui subversão do sofrimento inerente ao trabalho, destacando-o de sua origem (Dejours, 1996). Prazer e subversão representam características do ócio, portanto sugerem sentido de ócio. É no enfrentamento que o trabalhador é reconhecido em sua criatividade, e este reconhecimento o conduz à vivência de prazer no trabalho.

Desta forma, podemos entender que as “estratégias privadas” e “o reconhecimento” trazem em suas características o sentido de ócio. Vejamos as descrições:

QUADRO 7 – Características que Garantem o Sentido do Ócio / “Estratégias Privadas (Martins, 2008. Adaptado de Cuenca, 2003 e Del Valle, 2000)

CARACTERÍSTICAS QUE GARANTEM O SENTIDO DO ÓCIO	DSC “ESTRATÉGIAS PRIVADAS”
Autodesenvolvimento Socialização Prazer Satisfação pessoal Reflexão	<i>Eu faço meditação. Sempre procuro coisas que deixem as baterias carregadas, a meditação é uma das que eu mais busco, o meu lazer é assim, uma praia, algo bem neutro. A minha meditação eu faço diariamente, sou uma pessoa que busco muito isso, é algo que me ajuda muito, eu faço minha caminhada.</i>
Socialização Reflexão Autodesenvolvimento	<i>O meu lazer* principal é sair com minha esposa e com amigos no restaurante, no cinema em casa. Contudo, todo no fim de semana o meu maior lazer é trabalhar e estudar esse talvez seja o meu melhor lazer.*</i>
Socialização Satisfação pessoal Prazer	<i>Vou muito pra praia, adoro ir pra praia, tomar banho de mar, ir pro Beach park, gosto de ir ao cinema. Adoro ficar com os meus filhos e ir pra praia</i>
Socialização Rompimento com o cotidiano	<i>A outra coisa que a gente faz são coisas privadas mesmo, análise, correr, outra vai dançar,</i>
Contemplação Vinculação ao espaço Rompimento com o cotidiano	<i>Eu gosto muito de praia, natureza, então eu às vezes resgato muito as minhas forças, só com a visão do mar também e eu acho que é lá que eu renovo as minhas coisas eu gosto, e não tem domingo, sábado, feriado não, é na semana mesmo.</i>

Fonte: Pesquisadora

* No Brasil, a palavra lazer, corriqueiramente, tem a conotação de ócio (Martins e Aquino, 2007)

QUADRO 8 – Características que Garantem o Sentido do Ócio / “O Reconhecimento” (Martins, 2008. Adaptado de Cuenca, 2003 e Del Valle, 2000)

CARACTERÍSTICAS QUE GARANTEM O SENTIDO DO ÓCIO	DSC “O RECONHECIMENTO”
Vivência altruísta	<i>Eu me sinto bem quando eu posso tá colaborando de alguma forma e melhorar a vida das pessoas.</i>
Satisfação pessoal Desenvolvimento pessoal Realização	<i>A compensação é quando eles [pacientes] me reconhecem, quando eles falam com alegria com você, porque eu acho que você deu atenção, você ouviu, só deu palavra amiga. É uma coisa gratificante que você tem. O serviço no ambulatório fez-me ganhar certo respeito, quando eu vim escolhida para o grupo, agora existe o respeito.</i>
Prazer Satisfação pessoal	<i>Você atende uma pessoa hoje e você daqui a um tempo, você encontra com ela novamente, hoje mesmo encontrei uma pessoa aqui que ela disse assim pra mim: “ah, meu exame foi você que entregou. Ainda bem que foi você quem entregou, que ajudou a conduzir esse momento!” É muito gratificante.</i>

Prazer	<i>O que me dá prazer é você conseguir instituir uma abordagem de tratamento ao paciente e a sua volta com melhoras, por que fez os exames, ou porque o tratamento instituído deu a ele uma melhoria na sua qualidade de vida.</i>
Satisfação pessoal	<i>Há um retorno: carinho, respeito...e a gente acaba se envolvendo, naturalmente.</i>
Desenvolvimento pessoal Satisfação	<i>O poder está prestando um cuidado a pessoas tão descuidadas com tantas faltas, com tantas carências essa é a recompensa, perguntam "Como você agüenta?" Acho que aí está a recompensa. O serviço não [recompensa] tem nenhuma, nem real nem simbólica. "Que bom que você me ouviu!"; "Hoje eu pensei no que você me falou ontem, hoje eu já fiz diferente, muito obrigado." Então é isso que faz com que você não faça outra coisa, não desista.</i>
Altruísmo Prazer Satisfação pessoal Escolha	<i>O que me motiva a vim trabalhar é saber que eu posso chegar e dá um atendimento diferenciado ao paciente, de acordo com a necessidade dele eu posso fazer interferências, encaminhamentos de várias maneiras, de acordo com a necessidade de cada um, é isso que me faz vir trabalhar com o maior prazer, porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porquê tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível.</i>

Fonte: Pesquisadora

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"No real da vida as coisas acabam com menos formato, nem acabam. Melhor assim. Peleja por exato dá erro conta a gente.."

(Rosa. J. G. 2006, p. 59)

A aproximação à temática saúde mental e trabalho por meio da presente investigação faz-nos reconhecer a necessidade de um debate nos diversos níveis da Organização acerca do assunto. Esse fato leva-nos ao desejo inicial: possibilitar uma discussão no campo organizacional da saúde que favoreça a percepção de trabalhadores e gestores sobre a ubíqua relação subjetividade/ trabalho.

O estudo que realizamos buscou analisar as situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde do Ambulatório do Hospital São José. Essa busca, ao mesmo tempo, nos conduziu ao encontro de alguns outros objetivos que nos interessou perseguir: identificamos situações geradoras de sofrimento psíquico em trabalhadores de uma unidade hospitalar referência em doenças infecciosas; descrevemos as estratégias de defesa dos trabalhadores ante o sofrimento psíquico; conhecemos qual(ais) a(s) forma(s) de defesa desenvolvida(s); verificamos a vinculação entre as estratégias de defesa e a cultura organizacional, como também a vinculação das estratégias de defesa com o sentido de ócio.

Fizemos uso do método etnográfico e da entrevista narrativa para a coleta dos dados. O material das narrativas foi analisado pelo Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre (2005), produzindo vasto material. As anotações possibilitaram o registro da observação etnográfica ao longo de quatro meses e que foi vital para a descrição etnográfica.

A psicodinâmica do trabalho foi o nosso principal fundamento teórico, uma vez que o sofrimento psíquico constitui seu objeto de estudo. Não utilizamos, porém, a metodologia recomendada por Dejours (1994) haja vista a amplitude de nossos objetivos. Preferimos (ou necessitamos) analisar nosso objeto com arrimo na Etnografia e na entrevista narrativa. Desta forma, fomos favorecida com a fala dos sujeitos e o olhar de sua ação. Dejours (2008) explica as razões da valorização da fala para a psicodinâmica.

O sentido do vivido subjetivo do trabalho e do sofrimento não pode ser produzido fora. A análise da dimensão subjetiva do trabalho ou a 'objetivação da subjetividade', passa, necessariamente, pelo acesso ao sentido que aquela situação tem para os próprios indivíduos(...) É necessário passar pela palavra dos trabalhadores. (...) A palavra age mais como meio de fazer chegar à intelegibilidade, o que não é ainda consciente. (...) Falar com alguém é um meio muito vigoroso de pensar a experiência vivida subjetivamente. (p. 85).

A fala nos proporcionou conhecer as situações geradoras de sofrimento psíquico e, com a ajuda da Etnografia, tivemos acesso a traços culturais do campo de pesquisa. Ambas favoreceram dados que comprovam a aderência entre método e instrumento.

As situações potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, identificadas pela pesquisa, estão no âmbito da Organização, mesmo aquelas ligadas à patologia com a qual o Ambulatório mais trabalha. As principais são: a centralidade do trabalho na figura do médico (ausência de interdisciplinaridade); a falta de reconhecimento da Organização pelo trabalho realizado; as relações entre os membros da equipe; a organização do serviço; o trabalho com a AIDS não ser reconhecido como gerador de carga psíquica etc.

Uma vez que o sofrimento constitui vivência psíquica e, portanto, não pode ser visto, o trabalhador elabora as estratégias defensivas para exteriorizá-lo, denunciando sua existência. Conseguimos apreender, com atenção ao discurso do sujeito coletivo, seis estratégias de defesas. Destas, caracterizamos cinco delas como estratégia de defesa coletiva. Estas “funcionam como regras que supõem consenso ou acordo partilhado”. (Dejours, 1994, p.129). O que nos faz pensá-las como coletiva vem do fato de operarem pelo retorno e eufemização das situações que levam ao sofrimento, como também pelo adoecimento mental que se instalaria caso as defesas não existissem. Nas defesas individuais, o mecanismo defensor está interiorizado, ele persiste mesmo sem a presença física dos outros membros do grupo (não precisa de consenso). Seu desaparecimento, em movimento contrário às coletivas, faz surgir doenças somáticas.

Estudar o sofrimento psíquico, e as defesas elaboradas para seu enfrentamento, exigiu considerar as dimensões subjetivas do trabalhador, a organização do trabalho e a coletividade com suas múltiplas relações. Por assim ser, a vinculação das estratégias de defesa com a cultura organizacional foi elencada como um dos objetivos do estudo. Encontramos fortes indícios de que o Ambulatório constitui uma forma cultural inserida na cultura do Hospital, uma subcultura, (Aguirre, 2004) manifesta no modelo diferenciado da gestão, no modo de o grupo agir e se relacionar no trabalho, caracterizando “um feudo, à parte”. (DSC).

A análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho preconiza a atividade produtiva como potencial de realização ou adoecimento do sujeito. O que vai definir essa relação do sujeito com o trabalho é a sua singularidade em confronto com a organização do trabalho. Deste modo, é na dinâmica da relação sofrimento psíquico e trabalho que o indivíduo desenvolve as ações possíveis de mudar o destino do sofrimento, favorecendo a sua transformação em criatividade, ensejando benefício à identidade, ocasionando prazer no trabalho. Portanto, temos no sofrimento o campo que separa a saúde da doença.

A criatividade é fonte de sentido na vida das pessoas e ela acontece em tempo de ócio e nele tem a condição prévia de sua existência. Assim, resolvemos verificar a existência, ou não, do vínculo das estratégias de defesa com o sentido de ócio. Dentre as estratégias elaboradas, duas delas expressam muito claramente o sentido de ócio: As “estratégias privadas”, assim denominadas porque representam uma iniciativa de cada sujeito, e “O reconhecimento”, consideração do paciente em

relação ao trabalho. A primeira estratégia caracteriza-se como individual e a segunda é coletiva. O sentido está na presença de algumas características do ócio nestas defesas. O ócio, mesmo possuindo uma característica social e comunitária forte, tem caráter individual. Cada um elege o que quer fazer e como quer fazer. O ócio não caracteriza uma experiência geral, mas sim experiência eleita entre muitas outras possíveis. Não possui caráter obrigatório ou de dever, mas sim um fim em si mesmo e por si mesmo (Cuenca, 2004).

Verificamos, no decorrer de todo o processo investigativo, que investigar o sofrimento psíquico no trabalho levanta questões qualitativas no funcionamento da própria Organização. O reconhecimento e a identificação do sofrimento, via situações geradoras e defesas elaboradas, levam-nos a chamar a atenção dos gestores e profissionais, de todas as formas, da existência de uma demanda psíquica a ser considerada.

Entendemos que a realidade da organização do trabalho do Ambulatório e suas implicações emergentes nos DSC podem ser confrontadas por meio da criação de espaços coletivos de palavra, onde haja a transparência da maneira de trabalhar. Inclusive, em um dos discursos, há a sugestão que ora apresentamos. Percebemos que a exterioridade do modo de fazer favorecerá a inelegibilidade dos comportamentos e do trabalho real, restabelecerá as relações de confiança, a solidariedade, a administração de conflitos e outros benefícios necessários à dinâmica da organização. Assim, ele possibilitará ainda conhecer a origem do sofrimento psíquico evitando a alienação favorecida pelas estratégias. O espaço público também pode representar “o lugar onde se desenrola o processo de reconhecimento e da filiação (precisamente oposta ao individualismo)”. (Dejours, 1996, p. 169).

Acreditamos que a questão técnica do Ambulatório está bem coberta, inclusive não aparece nas narrativas, no entanto, importa empreender uma atitude administrativa efetiva e participativa que possibilite as condições necessárias às relações de trabalho prazeroso e criativo. Esta possibilidade passa, entre outras coisas, pelo necessário reconhecimento organizacional do trabalho e do profissional que o realiza; por condições especiais para se trabalhar com AIDS - o trabalho interdisciplinar será uma dessas condições.

Dejours (1994) explica que a contribuição dos pesquisadores pode ocorrer apoiando a escuta do médico do trabalho; produzindo informações sobre a problemática da relação saúde mental-trabalho, de tal maneira que seja aceitável e tratável; ajustando a demanda ao ponto de ela se transformar de queixa à demanda social, coletiva, socializada, isto é, mudar a expectativa de soluções ou recomendações em matéria de organização do trabalho; passa ainda de expectativa de solução a demanda de análise.

Uma vez a organização atentando para o sofrimento psíquico no trabalho e seu enfrentamento, alcançará, ainda, o espaço exterior à organização (espaço interno e externo são indissociáveis), atingindo a família dos trabalhadores. Dejours (1996) assevera que, quando tentamos considerar a continuidade do espaço interno à organização e o espaço externo da família, e mesmo da cidade, compreendemos facilmente “que uma administração que dirige sem princípios a dimensão psíquica da relação com o trabalho corre o risco de ocasionar efeitos psicopatológicos muito além da própria empresa. A saúde das crianças depende em grande parte – a clínica o atesta – dos métodos de organização e de administração aos quais os pais estão submetidos”. (P.173)

Concluimos o registro deste trabalho de pesquisa com a esperança de poder favorecer, sob a óptica da relação saúde mental e trabalho, outra perspectiva sobre o trabalhador em saúde, esse extraordinário sujeito de afetos, sujeito de direito a vivências de ócio, que se confronta com a vida, com o trabalho, com a dor, a alegria, um Sujeito de Si, fazedor da história.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B. de.e Puente-Palacios, K. E. (2004) Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In Zanelli J.C.; Andrade, J. E. & Bastos, A. V. B. (org.) (2004), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 357-379). Porto Alegre-RS: Artmed.
- Aguirre, A. B. (1993). *Dicionário temático de antropologia*. Espanha: Editorial Boixareu Universitária. Barcelona.
- _____. (2004). *La cultura de las organizaciones*. Barcelona: Ed. Ariel Psicologia.
- _____. (1995). *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona ? España: Marcombo.
- Arendt, H. (1958/2007). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Bauman, Z. (2008). *Medo líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bondía, J.L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28.
- Borges, L. O. e Albuquerque, F. J. B. (2004) Socialização organizacional. In .C. Zanelli, J. E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 331-356). Porto Alegre: Artmed.
- Borges, L.O., & Yamamoto, O.H. (2004). O mundo do trabalho. In C. Zanelli, J. E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (1987). *Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº 93933 de Janeiro de 1987*. Recuperado em 4 de setembro, 2007, de <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
- Brasil, Ministério do Trabalho. (2008) A NR32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e os Riscos Biológicos: Brasília, DF.
- Brito, L. M. P. (org) (2007) *Práticas de pesquisas em gestão de pessoas: percepções de fragmentos e contradições do microcosmo do cotidiano do trabalho*. Fortaleza: Imprensa Universitária.
- Campos, G.W.S. (2007). Apresentação. In S.B. Santos-Filho & M.E.B. Barros (org.), *Trabalhador da saúde – muito prazer* (pp. 11-15). Ijuí: Ed. Unijuí.
- Chanlat, J.-F. (org.) (1996). *O indivíduo e a organização*. São Paulo: Atlas.

- Chanlat, J.-F. (coord) (2007) *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas.
- Codo, W. (2006). *Por uma Psicologia do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Codo, W., Soratto, L., & Menezes, I.V. (2004). Saúde Mental e Trabalho. In J.C. Zanelli, J. E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 276-299). Porto Alegre: Artmed.
- Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In M.C. Jacques & W. Codo (org.), *Saúde mental e trabalho: leituras* (pp. 173-190). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Codo, W., Sampaio, J.J.C., & Hitomi, A.H. (1998). *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (flow)*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Csikszentmihalyi, M., Cuenca, M., Buarque, C. Trigo, et al. (2001). *Ócio y desarrollo*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. (1999). *Ócio e formación*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. (2003). *Ocio humanista*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. (2004). *Pedagoga del ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez; Obore.
- Dejours, C. (1994). *A carga psíquica do trabalho*. In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (org.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 21-31). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1994). Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (org.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 45-65). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1996). *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. In J.-F. Chanlat (org.), *O indivíduo na organização* (pp. 149-173, vol. 1). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2007) (org.). *O indivíduo na organização* (vol. 3). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2008). Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho In Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (orgs) (2008). Christophe Dejours: *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 49-106) Fio Cruz / Paralelo 15.
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (org.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 119-145). São Paulo: Atlas.

- Donkin, Richard. (2003), *Sangue Suor e lágrimas – A Evolução do Trabalho*. São Paulo. M.Books do Brasil Editora Ltda.
- Ferreira, A. B. H. (1998). *Dicionário Básico da Língua Portuguesa*. São Paulo: L.E.M.M. Editores.
- Ferreira, C.V.L. (2003). *AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com HIV*. São Paulo; Uberlândia: Lemos Editorial.
- Ferreira, M.C., & Barros, P.C.R. (2003). *(In)compatibilidade trabalho prescrito-trabalho real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a Ergonomia e a Psicodinâmica do Trabalho*. Recuperado em 24 de março, 2008, de www.unb.br/labergo/sitenovo/mariocesar/artigosnovos/artigo1In.pdf
- Filgueiras, S. L. Fernandes, N. M. e Gonçalves, J.E.M.(s/d) *Aconselhamento em DST e HIV/AIDS – Diretrizes e Procedimentos Básicos*. Disponível em http://bvms.Saúde.gov.br/bvs/publicações/074_01aconselhamento.pdf Acesso em 13 de agosto 2008.
- Fischer, G.-N. (2001). Espaço, identidade e organização In J.C. Zanelli, J.E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 82-102). Porto Alegre: Artmed.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. (2ª ed) (S. Netz, Trad.) Porto Alegre: Bookman.
- Foucault, M. (2007). *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal. (Obra original publicada em 1979)
- Freud, S. (1930/1997) O mal-estar na civilização. In Autor da edição (org.), *Edição eletrônica Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 21) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1930)
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Geertz, C. (2002). *O saber local*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Girin, J. (2007). A linguagem nas organizações; signos e símbolos Chanlat, J.-F. (org.) (1996). *O indivíduo e a organização*. (pp. 23-66) São Paulo: Atlas
- Grnjo, M.H.B. (2000). *Agnes Heler: Filosofia, Moral e Educação*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Heller, A. (1989). *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra.

- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2002) Entrevista narrativa In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (ed.) *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático* (pp. 90-112). Petrópole: Vozes.
- Lancman, S. & Sznalwar, L.I.(2008) (orgs) *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília:Paralelo 15.*
- Laplantine, François,(2004). *A descrição etnográfica*. São Paulo: Terceira Margem.
- Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. (2005). *Discurso do sujeito coletivo*. Caxias do Sul: Educs.
- Leopardi, M.T. (org.) (1999). *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-livros; UFSC.
- Lima, M.E.A. (2006). *A polêmica em torno do nexos causal entre transtorno mental e trabalho*. Recuperado em 29 de fevereiro, 2008, de http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saúde_mental/anais/artigos/Maria_Elizabeth_Antunes_Lima.pdf
- Loiola, E.; Bastos, A. V. B.; Queiroz, N. e Silva, T. D. (2004). Conceito e perspectivas de estudo das organizações In .C. Zanelli, J. E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 63-90). Porto Alegre: Artmed.
- Malvezzi, S. (2004) Prefacio. In J.C. Zanelli, J.E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 13-17). Porto Alegre-RS: Artmed.
- Martins, J.C.O. (2006). *Educando para o ócio no trabalho e no tempo livre: potencializando sujeitos para a vida*. Relatório de Estágio Pós-Doutoral Não Publicado, Instituto Interdisciplinar de Estudios del Ocio, Universidad de Deusto. Bilbao, España.
- Martins, J.C.O., & Pinheiro, A.A.G. (2006). Sofrimento psíquico nas relações de trabalho. *PSIC: Revista de Psicologia Vetor Editora*, 7, 79-85.
- Martins, J.C.O., & Aquino, C.A.B. (2007). Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. *Revista mal-estar e subjetividade*, 7, 479-500.
- Martins, J.C.O. (2008). Ocio: la celebración de la vida frente a las conquistas materiales. In M.J.M. Sánchez (ed), *La experiencia de ocio: una mirada científica desde los Estudios de Ocio* (pp. 137-148). Documentos de Estudios de Ocio nº 35. Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Marx, K. (1985). *O capital: crítica da economia política*. (2 ed. vol. I) (T. Brbosa, F.R. Koth, Trad.) São Paulo: Nova Cultural. (Originalmente publicado em 1867).

- Matos, T.G.R.(2003) *El compromiso con la organizacion e los comportamientos de ciudadanía organizacional: el rol de la cultura*. Tese de doutorado. Capítulo 2.
- Mendes, A.M., & Abrahão, J.I. (1996). *Organização do trabalho e vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: abordagem psicodinâmica*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12, 179-184.
- Mendes, A.M., & Cruz, R.M. (2004). Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitude teóricas. In A. Tamayo (org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 39-55). Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, A.M. (2004). Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In A. Tamayo (org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 59-76). Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, A.M., & Tamayo, Á. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *PsicoUSF*, 6, 39-46.
- Merlo, A.R.C. (2002). *Psicodinâmica do trabalho*. In M.C. Jacques & W. Codo (org.), *Saúde mental e trabalho: leituras* (pp. 130-142). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M.C.S. (1999). *O desafio do conhecimento*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco.
- Ministério da Saúde (2006). *Glossário temático DST e AIDS: Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 30 agosto, 2008, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_dst_AIDS.pdf.
- Morgan, G. (2006). *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas.
- Munguía, S.S., & Cuenca, C. (2007). *El ocio em la Grécia clásica*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Munné, F. (1990). *Psicosociologia del tiempo libre*. México: Trillas. (Originalmente publicada em 1980).
- Neshile, V.M., Benatti, M.C.C., & Alexandre, N.M.C. (2004). Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12, 204-11.
- Peduzzi, M. (2002) Mudança tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 1, 75-91.
- Pires, D. (2000). Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 251-263.

- Pires, D. (1999). A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In Leopardi, M. T.; Kirchhof, A. L.; Capella, B. B.; Faria, E. M.; Ramos, F. R. S. e Vaz, M. R. C., *O processo se trabalho em saúde: organização e subjetividade*. (pp. 25-48). Florianópolis: Papa-livros; UFSC.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Ribeiro, E. M.; Pires, D. & Blank, V. L. G. . (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. *Caderno Saúde Pública*, 20(2): 438-466, mar-abr.
- Ribeiro, T. (2005). Ambientes laborais: espaços de trabalho em contexto organizacional. In L. Socska (org). *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Salis, V.D. (2004). *Ócio criador, trabalho e saúde*. São Paulo: Claridade.
- Salis, V.D. (2003). *Mitologia viva: aprendendo com os deuses a arte de viver e amar*. São Paulo: Nova Alexandria.
- Santamaria, M.L.S. & Marugán, A.L.(2000) *El ocio de la Sociedad apresurada: el caso Vasco*. Documentos de Estudios de Ocio, nº 10. Universidad de Deusto, Bilbal.
- Schaurich, D., Coelho, D.F., & Motta, M.G.C. (2006). A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14, 455-462.
- Schein, E. H. (2001). Guia de sobrevivência da cultura corporativa. Rio de Marin, R. Trabajo. In Aguirre, A. B. (Ed.) (1993). *Diccionario temático de antropología*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Seligmann-Silva, E. (1994). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (org.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 13-19). São Paulo: Atlas.
- Siqueira, M. M. M. & Gomide Júnior, S. (2004). Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização In .C. Zanelli, J. E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 300-330). Porto Alegre: Artmed.
- Temprano, M.O. (1993). Ócio. In Á.B. Aguirre (org.), *Diccionario temático de antropología* (pp. 458-461). Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.

- Tolfo, S.R., & Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia e Sociedade*, 19, 38-46.
- Vasques-Menezes, I. (2004). Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? In W. Codo (org). *O trabalho enlouquece* (pp.23-51) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Zanelli, J.C., & Silva, N. (2004). Cultura organizacional. In J.C. Zanelli, J.E. Andrade & A.V.B. Bastos (org.), *Psicologia, organizações e trabalho* (pp. 407-442). Porto Alegre: Artmed.

| ANEXOS



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)
PARECER CONSUBSTANCIADO**

I. Identificação

Referente ao Protocolo nº. 036/2007

Folha de Rosto: 165895

Título do Projeto: "Ócio, sofrimento psíquico e cultura organizacional: o caso do Hospital São José"

Instituições envolvidas: Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Pesquisadora responsável: Flaubênia Maria Girão Queiroz
Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins (**Orientador**)

Analisamos o referido projeto de pesquisa, para retirada de pendências, na reunião ordinária de 17 de dezembro de 2007. Constatamos que as pendências elencadas, no Parecer Consubstanciado exarado pela coordenação do CEP/HSJ em 19 de novembro de 2007 foram atendidas: a autora definiu como sujeitos da pesquisa os profissionais do ambulatório que acompanha portadores de HIV/Aids do Hospital São José de Doenças Infecciosas, crescentou os critérios de inclusão da amostra e anexou as páginas do protocolo que estavam faltando.

Diante do exposto, o projeto foi considerado **aprovado**.

Lembramos a necessidade de envio de relatório do andamento do projeto (primeiro para 19 de dezembro de 2008) e de relatório final quando de sua conclusão, além de que qualquer mudança na proposta do estudo, deverá passar por uma prévia avaliação deste comitê. Outrossim, comunicamos que, mensalmente, o CEP-HSJ está monitorando pesquisas em execução no Hospital São José escolhidas aleatoriamente.

Fortaleza, 17 de dezembro de 2007


Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Coordenadora do CEP/HSJ

HA 36 ANOS
O DIÁRIO OFICIAL
PUBLICAVA:

* O Chefe de Polícia ordenava o pagamento da quantia de duzentos e vinte e seis mil e oitocentas e trinta e seis reais a The Ceara Light Company Limited, proveniente do fornecimento de energia elétrica à Delegacia Auxiliar do Estado, no mês

de junho.

* A Chefatura de Polícia abria inscrições para concurso de Arquivista de Fichas. Os interessados poderiam inscrever-se até o dia 15 de agosto.

* A Diretoria de Viação e Obras Públicas designava os funcionários Luís Gouveia, Raimundo Pereira e José da Frota Braga para procederem à inspeção das instalações sanitárias nos domicílios desta capital. A inspeção far-

-se-ia a partir do dia 6 deste. ...

* A Rede de Viação Cearense abria concorrência para aquisição de relógios de parede a serem instalados em diversas estações do interior cearense.

* Por estar guiando sem boné, o motorista do automóvel de chapa 57-F era intimado a comparecer à Inspecção do Tráfego, no prazo de 48 horas, na conformidade de edital suscitado pelo Inspetor Joaquim Simão de Oliveira.

DIÁRIO DO PODER EXECUTIVO

ACTOS DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL

LEI N. 9.387, DE 31 DE JULHO DE 1970.

Cria o Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas, na Secretaria de Saúde e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Faço saber que Assembléa Legislativa decretou e eu sanciono e promulgo a seguinte lei:

Art. 1.º — Fica criado, na Secretaria de Saúde do Estado, o Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas, subordinado ao Gabinete do Secretário de Saúde.

Art. 2.º — São atribuições do Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas:

I — prestar tratamento hospitalar aos pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas ou que requeiram regime de isolamento;

II — possibilitar treinamento e aperfeiçoamento de médicos, estudantes de medicina, enfermeiros e outros profissionais ligados às atividades de Saúde, visando, principalmente, à epidemiologia das doenças predominantes no Estado do Ceará;

III — realizar investigações científicas e proporcionar meios para a mesma;

IV — contribuir para a educação sanitária do povo.

Art. 3.º — São órgãos do Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas:

- 1 — Conselho de Administração
- 2 — Diretoria
- 3 — Serviços Médicos
 - 3.1 — Laboratório
- 4 — Serviços Técnico — Administrativos
 - 4.1 — Setor de Enfermagem
 - 4.2 — Setor de Arquivo Médico e Estatístico
 - 4.3 — Setor Social
 - 4.4 — Secretaria
 - 4.5 — Setor de Contabilidade e Tesouraria
 - 4.6 — Setor de Pessoal
 - 4.7 — Setor de Material
 - 4.8 — Setor de Nutrição e Dietética
 - 4.9 — Setor de Manutenção e Reparo
 - 4.10 — Setor de Lavanderia
 - 4.11 — Setor de Zeladoria

Art. 4.º — É criado e incluído na Parte Permanente da Tabela dos Cargos de Provedimento em Comissão — I — Cargos de Direção, Quadro I — Poder Executivo, 1 (um) cargo de Diretor de Divisão Padrão CC-7, do Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas, lotado no Gabinete do Secretário de Saúde.

Art. 5.º — São criadas e incluídas na Parte Permanente — Tabela das Funções Gratificadas do Quadro I — Poder Executivo, lotadas no Gabinete do Secretário de Saúde e que serão preenchidas por servidores com exercício no Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas, as seguintes funções gratificadas:

- 2 (dois) Chefes de Serviço FG-9
- 3 (três) Chefes de Setor FG-8
- 3 (três) Chefes de Setor FG-7
- 1 (um) Chefe de Setor FG-6
- 1 (um) Chefe de Secretaria FG-6
- 3 (três) Chefe de Setor FG-5

Art. 6.º — Fica o Chefe do Poder Executivo autorizado a abrir, adicional ao orçamento vigente da Secretaria de Saúde, o crédito especial da Importância de Cr\$ 104.000,00 (CENTO E QUATRO MIL CRUZEIROS), para fazer face às despesas de custeio bem como a despesas de qualquer natureza do Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas durante o exercício de 1970, devendo o referido crédito, ser movimentado pelo Secretário de Saúde.

Art. 7.º — Constitui recurso para a abertura do crédito especial de que trata o artigo anterior a anulação de igual importância no ANEXO 3 — PODER EXECUTIVO e na rubrica a seguir discriminada:

- 10.03.00 — DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE
 - 3.0.0.0 — DESPESAS CORRENTES
 - 3.1.0.0 — DESPESAS DE CUSTEIO
 - 3.1.3.0 — SERVIÇOS DE TERCEIROS
 - 06.00 — Reparos, Adaptações e Conservações de Bens Móveis e Imóveis Cr\$ 200.000,00

Art. 8.º — Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos 31 de julho de 1970.

PLÁCIDO ADERALDO CASTELO
Cláudio Martins
José da Rocha Furtado



RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO CDP 2007

Discriminação	ANO 2007		
	Quantidade		
1 - Capacitação	Evento	Participante	
1.1 Cursos	8	201	
1.2 Seminários	1	20	
1.3 Workshop	1	37	
1.4			
	Total	10	258
2 - Integração			
1	CDA - Comida, Diversão e Arte	12	2.160
2	Café Compartilhado (Páscoa) media	1	120
3	Projeto Prazer-de-Ler - Ano I	1	133
4	Projeto um só hospital	3	79
5	Reunião Equipe Multidisciplinar	5	40
7	Reunião Intersetorial	5	40
8	Reunião Outras	2	21
9	Reunião Servidor Direção	10	356
10			
	Total	39	2.949
3 - Valorização			
1	Proc. Funcionário Destaque do ano	1	508
2	Proc. Setor Destaque do ano	1	508
3	Cartões de congratulações	1	55
4	Telegrama	1	23
	Total		1094
4 - Motivação (Média de Quantitativo)			
1	Dia da Mulher 08 de março	1	250
2	Dia das Mães - 2º domingo de maio	1	150
3	Dia dos Pais 2º domingo de agosto	1	46
4	Dia do Servidor Público 28 de outubro	1	300
5	Natal - Conflatenização Natalina	1	500
6			
7			
	Total		1246

Atenciosamente,

Flaubênia Maria Girão de Queiroz

CDP

12/9/2008 12:51



HISTÓRICO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ PERÍODO 1999-2007

ANO 1999		ANO 2000		ANO 2001	
Reclamações	265	Reclamações	1.152	Reclamações	1.135
Solicitações	1.117	Solicitações	1.435	Solicitações	640
Sugestões	46	Sugestões	101	Sugestões	142
Elogios	136	Elogios	425	Elogios	956
Total	1.564	Total	3.113	Total	2.873

ANO 2002		ANO 2003		ANO 2004	
Reclamações	1.328	Reclamações	836	Reclamações	577
Solicitações	565	Solicitações	1.223	Solicitações	1.403
Sugestões	86	Sugestões	111	Sugestões	108
Elogios	1.047	Elogios	1.496	Elogios	1.662
Total	3.026	Total	3.666	Total	3.750

ANO 2005		ANO 2006		ANO 2007	
Reclamações	412	Reclamações	418	Reclamações	480
Solicitações	2.762	Solicitações	3.250	Solicitações	3.086
Sugestões	116	Sugestões	101	Sugestões	90
Elogios	1.230	Elogios	1.548	Elogios	1.893
Total	4.520	Total	5.317	Total	5.549

Maria de Fátima Félix Maia
SERVIÇO DE OUVIDORIA
Hospital São José

Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CE00489JP)

Revisão Gramatical e Estilística de Textos
Docente da Universidade Federal do Ceará
Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

DECLARAÇÃO

2ª. REVISÃO

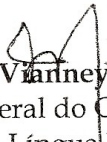
Declaro, para constituir prova junto ao (à)
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA
UNIFOR

que procedi ao trabalho de revisão estilística e gramatical
do(a) DISSERTAÇÃO, intitulado(a) SOFRIMENTO PSÍQUI-
CO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS
DA SAÚDE.

da autoria de
FRAGENIA MARIA GIÃO DE QUEIROZ

orientado(a) pelo(a) PROF. DR. J. CLERTON DE O. MARTINS
pelo que assino a presente.

Fortaleza, 05 de DEZEMBRO de 2008


Prof. João Vianney Campos de Mesquita
Universidade Federal do Ceará e Academia Cearense da
Língua Portuguesa

Fortaleza, 7 de setembro de 2008


À atenção de
consulentes, membros de bancas examinadoras,
orientadores, editores e coordenadores de cursos
de pós-graduação

Senhoras/Senhores

Antes de analisarem e criticarem as correções procedidas pelos revisores de texto, solicito a gentileza de atentarem para os pontos a seguir alistados.

1. É recomendável, sempre, proceder-se à segunda revisão, máxime se o texto contiver grande quantidade de erros. As impropriedades maiores detectadas na primeira revista, normalmente, escondem as menores, vistas somente após efetuadas as emendas recomendadas pelo revedor. As boas editoras fazem de quatro a oito revisões.
2. Há possibilidade de o estudante de pós-graduação, ou autor qualquer, não proceder às emendas sugeridas a grafite, deixando de fazê-las, por desídia ou mesmo por não aceitá-las, de modo a permanecerem as incorreções indicadas.
3. Podem ocorrer modificações em parte do escrito revisado, a instâncias do orientador ou mesmo ao talante do autor, sem a audiência do revisor, o que o exime — é claro — da responsabilidade sobre a porção alterada.
4. Frequentemente, pessoas envolvidas com o texto (autor, orientador etc) fazem referência a erros “deixados” pelo revisor, porém, em geral, não os indicam. Neste caso, é de bom alvitre a leitura destes pontos, bem como é necessário que apontem claramente ao dono do escrito onde se encontram os defeitos, para que, existindo, sejam sanados.
5. Também é muito recorrente acontecer de o “erro” apontado não se tratar realmente de erro, restando equivocado quem o “encontrou”. É preciso entender-se que o Português é uma língua bastante escorregadia – porque riquíssima – e nem todos conhecem seus meandros nem se utilizam dos seus quase ilimitados recursos. A língua culta, em que é vazado o escrito didático-científico, é bem diversa da fala coloquial. Assim, por exemplo, não se há de empregar termos e expressões do jargão popular, admissíveis noutros contextos de fala que não a comunicação científica (estágio, que é treinamento, em vez de estádio, fase, período, quadra); ao invés, que significa ao reverso, ao contrário, ao revés, no lugar de em vez; ótica, palavra vinculada a audição, trocada por óptica, perspectiva, visão, modo de enxergar etc. etc.). Recomendo a leitura de *A Escrita Acadêmica: certos e desacertos* (BARRETO, J. A. Esmeraldo & MESQUITA, Vianney. Fortaleza: Casa de José de Alencar/UFC, 1997).
Certifique-se, pois, se existe, na verdade, o erro, se está absolutamente certo do erro indigitado. Manda a prudência: na dúvida, não afirme. Assim, não estará abalando, em vão e desassisadamente, a idoneidade pública do profissional de revisão textual.
6. Muitas vezes, o trabalho chega incompleto para ser revisado, faltando elementos pré e pós-textuais (sumário, resumo, referências bibliográficas etc), de crucial relevância para o acerto do todo, e partes muito passíveis da ocorrência de enganos. Então,

- acontece de o autor aprestá-los, a posteriori, contendo desacertos, imputando-se o agravo ao revisor inculpe.
7. Convém atentar para o importante fato de que não impende ao revisor, via de regra, abonar conceitos ou falseá-los. Se ele for portador do preparo suficiente para fazê-lo, não há dúvidas de que é excelente auxílio para o autor. Caso não o faça, porém, não se há de inculpá-lo pelos enganos de quem escreveu, pois não tem essa obrigação. Desse modo, chamo à atenção dos produtores de texto, a fim de que procurem, para corrigir seus ensaios e outros escritos, pessoas com a devida prontidão intelectual para opinar desfavoravelmente no tocante a conceitos equivocados, tendo-se sempre em conta a noção de que a responsabilidade total e final sobre a propriedade ou ideação falaciosa é, evidentemente, de quem assinou o texto, bem como de seus orientadores.
 8. O revisor não pode ser responsabilizado pela correção das normas técnicas nem pela propriedade das notações bibliotécnicas (referências, classificação, catalogação na fonte, numeração progressiva etc.), porquanto, legalmente, é defeso a ele fazer este trabalho, privativo que é do profissional bibliotecário; a não ser que ele o seja.
 9. As citações, embora, evidentemente, se devam ser obrigadas a ser verificadas no contexto do escrito e cotejar os dados da menção com os das referências bibliográficas), ele não pode modificar. Sucede, porém, de, não em raras ocasiões, o profissional ser chamado à responsabilidade pelos deslizes dos autores citados, mesmo que, nas mais das vezes, não sejam realmente deslizes. É muito comum, ainda, atribuírem-lhe os erros dos discursos orais — gravados e transcritos — dos sujeitos da pesquisa, o que é um despropósito, mas serve para desabilitar o revisor.
 10. Os revisores textuais, salvo pacto diverso entre estes e os autores, não podem responder por palavras, expressões nem citações maiores expressas em língua estrangeira.
 11. No meu caso (professor Vianney Mesquita), as indicações de emenda são procedidas a grafite, principalmente para oferecer oportunidade de o consulente aceitá-las de pronto ou delas discordar, no momento em que se faz necessária uma audiência dos dois, um *tête-à-tête* para explicação e debate das modificações efetivadas. O conserto direto no disquete ou cd dificulta grandemente este entendimento.
 12. Há mais de vinte anos elaborando trabalhos de correção de textos acadêmicos e outros escritos, tenho por costume justificar minhas intervenções no verso da página escrita, de sorte que, nos ensaios futuros, o consulente possa espelhar-se nessas indicações para conformar seus discursos.
 13. Faço remissão ao item 11 e sugiro, em casos mais comentados e controversos, que o estudante terminal de pós-graduação *lato e stricto sensu*, ou qualquer outra pessoa, seja instado a conduzir a versão corrigida a grafite, a fim de suprimir dúvidas, pois ali estão aduzidos os motivos das correções procedidas.
 14. Expresso, por fim, a probabilidade ampla de o revisor — humano, mortal e imperfeito — falhar nos seus cuidados e deixar, ilesos de conserto, erros e mais erros, do que estão eivadas a vida e a ciência, na visão de que, porém, não se há de fechar a porta a todos os erros sob pena de a verdade também ficar de fora, conforme lembra o poeta indiano Rabindranath Tagore.
- Espero que, após a leitura desses catorze pontos, sejam reduzidos os embaraços e objeções relativos ao assunto, exatamente pela falta deste entendimento.
Obrigado pela atenção,


Vianney Mesquita

| APÊNDICES

TERMO DE CONHECIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PREZADO(A) SENHOR(A)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo “Analisar situações de trabalho potencialmente geradoras de sofrimento psíquico com trabalhadores de um hospital de referência em doenças infecciosas.”

A observação da dinâmica de trabalho do hospital em questão; o volume do atendimento, os conflitos gerados pelas escalas de serviço; o quadro reduzido de profissionais frente a grande demanda; a natureza das patologias e o que cada situação revela deixa clara sua relação com a natureza da organização do trabalho.

O observado a partir da nossa atuação na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas leva-nos a indagar que situações de trabalho são potencialmente geradoras de sofrimento psíquico em trabalhadores de um hospital de referência em doenças infecciosas.

Para participar desse estudo solicitamos sua valiosa e ciente colaboração no sentido de responder a uma entrevista narrativa(média de 30 minutos de duração), com gravação de voz e ser observado em seu ambiente de trabalho pelo pesquisador durante o tempo que este julgar necessário para responder às questões da pesquisa. Sua participação na pesquisa será voluntária e não remunerada, utilizando o espaço do hospital São José e um horário conveniente.

A identidade pessoal e profissional, e qualquer outra forma de identificação serão mantidas em absoluto sigilo no percurso da pesquisa e sua conclusão, conforme orienta a Resolução de nº 196/96 do CMS/MS.

Acreditamos que a entrevista que irá nos conceder e a presença do pesquisador como observador durante suas atividades de trabalho não trará riscos, mas, caso sinta-se constrangido(a) poderá interromper o processo de entrevista. Asseguramos a liberdade de retirar a sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento.

Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatória para minha compreensão e que as informações recebidas foram suficientes para esclarecimento de dúvidas.

Compreendo que sou livre para retirar-me do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Confirmo o recebimento de uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, ao tempo que consinto participar deste estudo de livre e espontânea vontade.

Nome do participante

Assinatura do participante

Fortaleza, de 2008

ENTREVISTA NARRATIVA - IDENTIFICAÇÃO

IDADE (anos completos): _____ .

SEXO: _____ .

ESTADO CIVIL: _____ .

Nº DE FILHOS: _____ .

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ .

TEMPO DE GRADUADO: _____ .

PÓS-GRADUAÇÃO: () ESPECIALIZAÇÃO () MESTRADO () DOUTORADO
() PÓS-DOUTORADO

() PÓS-GRADUAÇÃO CONCLUÍDA. () PÓS-GRADUAÇÃO EM CURSO.

PROFISSÃO: _____ .

TEMPO DE TRABALHO NO HOSPITAL SÃO JOSÉ: _____ .

TEMPO DE TRABALHO NO AMBULATÓRIO: _____ .

HORAS DE TRABALHO/DIA: _____ .

PERÍODO DE TRABALHO: () MANHÃ/TARDE () MANHÃ () TARDE.

OUTRAS ATIVIDADES DE TRABALHO? () SIM () NÃO

QUAIS? _____ .

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO SOCIAL?
_____ .

PERGUNTA: CONTE-ME UMA HISTÓRIA, COM INÍCIO, MEIO E FIM, SOBRE A SUA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NO AMBULATÓRIO, RELATANDO SUAS ATIVIDADES, O POR QUE VOCÊ TRABALHA NESTE LOCAL E DESCRREVENDO O QUE ELE(ambulatorio) É PARA VOCÊ.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Idéia Central

<p>MARIA</p>	<p>Foi pra mim duro conviver com uma questão muito difícil, lidar com criança de diagnóstico de uma doença de altíssima letalidade onde eu tinha que ter o manejo que não tinha e ter uma predisposição psíquico pra lidar sem sofrer. Lida com história de vida muito sofrida</p> <p>Fui forçada a trabalhar com criança, algo que me deixava bastante intranquila, sabia que vinha uma criança era um momento de bastante sofrimento</p> <p>Mudanças foram feitas que gerou também, ta gerando inquietação, mudança de escala não pode ser assim tem que ser de outra forma está gerando inquietação, colega está se acidentando, é outra questão que gera muito estresse. Um dia desse a colega se acidentou assim a colega muito preocupada com a mudança de escala a vida dela toda montada. A gente se estresse com a colega que se acidentou, você também ta lá no serviço você também pode se acidentar. A gente se acidenta com pacientes soropositivos e o pior se acidenta com pacientes com falha terapêutica, não há mais nada pra fazer. Ai isso gera também angustia, e a gente lida com procedimentos que se você não tiver muito atenta atenção concentração, foco você pode se acidentar</p> <p>Me angustia, pelo menos agora, a minha angústia atual é vamos fazer com que o ambulatório funcione interdisciplinarmente a partir do momento em que está centrado num foco não anda. Aqui é o contrário ela só vai pro médico, a gente fica brigando pra trabalhar. Meu trabalho não interessa? Porque, porque ele não é médico Só o médico resolve? Se o médico mostrasse que funcionasse a nossa adesão era 99% e no é. Não tem um fluxo que a gente fica brigando pra ter, olha pra outras categorias também. Isso é um fator que gera sofrimento, porque você trabalha e cadê o reconhecimento?</p> <p>O grupo também não ajuda. Quando você tem uma deficiência, tem um</p>	<p>Fui forçada a trabalhar com criança. Momento de bastante sofrimento conviver com criança de diagnóstico de uma doença de altíssima letalidade. Mudanças geraram inquietação.</p> <p>A gente lida com procedimentos que não tiver muito atenção, concentração, foco, pode se acidentar. A colega se acidenta, você também está lá no serviço, pode se acidentar. A gente se acidenta com pacientes soropositivos com falha terapêutica, não há mais nada pra fazer. A minha angústia atual é a falta de interdisciplinaridade no ambulatório. O grupo também não ajuda, não fica coeso ou empático.</p>
--------------	---	---

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave		Idéia Central	
GEÓRGIA	<p>problema, o grupo não fica coeso ou empático, Hoje o ambulatório aumentou, um ambulatório muito grande que a gente não conhece todos os profissionais mundo porque não tem escalas no mesmo dia.</p> <p>Mas o tempo foi passando, e eu esqueci essas coisas, e terminei ficando, foi na época que eu pedi outra transferência e ela não me deu, e fui passando por outros cursos, por congressos, passei da enfermagem pra odontologia e gosto, hoje gosto.</p>	<p>O tempo foi passando, e eu esqueci essas coisas, e terminei ficando, hoje gosto.</p>	
LAURA	<p>A historia do hsj tem um divisor de águas: antes e depois do hiv Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.. Vínculos com os problemas sociais dos pacientes. Achava salutar o não envolvimento</p> <p>Foi a época da rotulação de ambulatório de HIV.</p> <p>Mais voltado para a AIDS e mais arrumado. Novas instalações(marcações no computador eu tinha a minha demanda os pacientes me escolhiam,muitos novos pacientes.Vínculo com a instituição se transforma na relação com o paciente.</p> <p>Eu me entendo no ambulatório a partir de 97</p> <p>Problemas mudaram de complexidade.</p> <p>Infecta, adoece, ou não, se cronifica.</p> <p>Levam à situações agressivas, desinteresse, opção para o paciente.</p> <p>Cronifica a doença...você estica a vida e mais relações, mais desgastes.</p> <p>Mas, aprende a lidar com eles. E salutar ter relações amistosas, mas sem vínculo de amizade.</p> <p>Comparo a minha relação com o Hsj com um casamento: namorei, noivei, casei...Lua de mel intensa! Sabe dos problemas... Administra os problemas. Paciência no atendimento.. anotações volumosas... Até a primeira crise do casamento % a 6 anos.</p> <p>Passa haver uma união sólida, mas possível de ruptura.</p> <p>Acabou a lua-de-mel. Tinha nesse Momento uma visão de tudo muito diferente.</p> <p>"Meus ambulatórios estavam no limite!"</p>	<p>A historia do hsj tem um divisor de águas: antes e depois do hiv Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.. Vínculos com os problemas sociais dos pacientes</p> <p>Foi a época da rotulação de ambulatório de HIV[1997]. Mais voltado para a AIDS e mais arrumado. Novas instalações(marcações no computador; eu tinha a minha demanda; muitos novos pacientes.Eu me entendo no ambulatório a partir de 97.</p> <p>Vínculo com a instituição se transforma na relação com o paciente.</p> <p>Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.</p> <p>Vínculos com os problemas sociais dos pacientes.</p> <p>Problemas mudaram de complexidade. O paciente infecta, adoece, ou não, se cronifica. Cronifica a doença...você estica a vida e mais relações, mais desgastes.Levam à situações agressivas, desinteresse, opção para o paciente.</p> <p>Mas, aprende a lidar com eles[pacientes]. É salutar ter relações amistosas, mas sem vínculo de amizade.</p> <p>Comparo a minha relação com o Hsj com um casamento: namorei, noivei, casei...Lua de mel intensa! Até a primeira crise dos 6 anos. Passa haver uma união sólida, mas possível de ruptura.</p> <p>Pós saída do serviço que levava ao sofrimento, o ambulatório ficou leve.</p>	

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Outros colegas extrapolavam... conduziam as demandas para o HD. O hospital Dia gerou sofrimento em mim, não pela natureza do trabalho, mas pelas extras (pacientes sem dia marcado); demandas outras, exposição frente ao grupo. Até aqui! (gesto)
O Hospital Dia foi deletério para minha vida profissional. Tenho sinalizador que avisa quando a medida enche.
Começam os desgastes, aumentos da demanda, o HSJ era a única referência.

O atendimento enfarta. O profissional faz suas marcações além das formais, entra o cansaço mental e físico. A procura fora do dia marcado irrita.

Pós saída do serviço que levava ao sofrimento, o ambulatório ficou leve. Novos conhecimentos vieram.

Nunca foi preciso ninguém mandar fazer nada.

Eu de licença devido uma cirurgia, ligava para cá e pedia para me mandarem uma lista e tabela de marcação. Fazia os agendamentos e ainda ligava para os pacientes de casa. Uma postura não correta. Ainda organizava com uma colega que estava trabalhando, o transporte de ida e volta da lista e aprazamentos.

O hospital Dia gerou sofrimento em mim, não pela natureza do trabalho, mas por demandas outras, alheia ao serviço.
Pouca lucratividade, desgastes...mas prazeroso pelos aprendizados.
Mas, se eu não saísse do ambulatório, deixaria o outro teto de 97"
Na minha munheca...so relógio...e frouxo...

Ganhei muita bagagem profissional..aprendizado humano maior!
A patologia faz a diferença!
Tive casos... no início do ambulatório de hiv, durante uma consulta, um outro paciente meu abriu a porta e pedir para se esconder porque tinha um conhecido dele lá que não sabia de sua condição sorológica.

O ambulatório precisa de alma!

Idéia Central

Novos conhecimentos vieram.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave	Idéia Central	A
<p>LIA</p> <p>A AIDS é uma doença que mexe com a pessoa, que mexe com toda a sua vida. Enfim, mas eu acho que a gente aprende a lidar com isso assim também como eles também aprendem. Você se depara com situações que mexem bastante, assim, algumas pessoas mexem mais do que outras, pela própria vida da pessoa, uma criança.</p> <p>Uma senhora que era paciente daqui, era do interior. E ela engravidou. Quando ela veio com o menino dela ele já era grande, e aquilo assim me doeu profundamente. Em que momento a gente tá tendo uma culpabilidade. Assim a pessoa abandona um tratamento a gente tem que ir atrás dela.</p> <p>As vezes a gente fica se perguntando o que é que poderia fazer... Teve uma criança que a gente ficou: ah essa criança está mal cuidada, está com maus tratos, aí acabou, a criança morreu... Poxa e aí? Será que não podia ter feito mais? Então isso mexe com a gente, principalmente quando é criança.</p> <p>Já teve uma época que eu ficava... Eu me envolvia muito. Eu acho que isso não é bom. Uma dificuldade grande que tenho é de me acostumar com a finitude.</p> <p>Não estou me sentindo a vontade [lidando com funcionários], não gosto, eu prefiro lidar com os pacientes, eu não quero brigar. De jeito nenhum. É mais difícil! Eu não tenho vontade de aprender, porque eu não quero isso não. É um peso muito grande!</p>	<p>A AIDS é uma doença que mexe com toda a sua vida.</p> <p>Aprende-se a lidar com isso como eles [pacientes] também aprendem. Você se depara com situações que mexem mais do que outras.</p> <p>As vezes a gente fica se perguntando o que é que poderia fazer... Isso mexe com a gente, principalmente quando é criança.</p> <p>Eu me envolvia muito.</p> <p>Uma dificuldade grande é me acostumar com a finitude.</p>	<p>A</p>
<p>LAURA</p> <p>Aumento da demanda O ambulatório de leishmaniose drenava o cansaço do HIV. Começam os desgastes, O atendimento enfarta.</p> <p>O profissional faz suas marcações além das formais, entra o cansaço mental e físico. A procura fora do dia marcado me irrita.</p> <p>Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.</p> <p>Atendia os pacientes que não eram característicos do serviço. Absorvia</p>	<p>Um serviço drenava o cansaço do outro, cansaço mental e físico.</p> <p>O atendimento enfarta, começam os desgastes.</p> <p>O serviço gerou sofrimento em mim, não pela natureza do trabalho, mas demandas outras, exposição frente ao grupo.</p> <p>O serviço foi deletério para minha vida profissional.</p> <p>Fatores de ingerência me fazem sair.</p>	<p>A</p>

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Idéia Central

<p>MARA</p>	<p>demandas alheias. Estou para trabalhar e também de maneira séria! Acabou a lua-de-mel. Tinha nesse momento uma visão de tudo muito diferente. Meus ambulatórios estavam no limite! Passei a ter certeza que o serviço não era suficiente para o que eu pensava para a profissão. O ambulatório para mim estava acabado. Ou porque começou cedo ou foi o diabinho do Hospital Dia. Outros colegas extrapolavam... conduziam as demandas para o Hospital Dia. O Hospital Dia gerou sofrimento em mim, não pela natureza do trabalho, mas pelas extras (pacientes sem dia marcado); demandas outras, exposição frente ao grupo. Até aqui! (gesto) O Hospital Dia foi deletério para minha vida profissional. Tenho um sinalizador que avisa quando a medida enche. Mas, a angústia do serviço me fez muito mal. No final da história a decisão...Sair! Incomodava muito o aprazamento de 2 meses, preocupava. Fatores de ingerência.. Pouca lucratividade, desgastes. O ambulatório precisa de alma!</p>	<p>O ambulatório precisa de alma!</p> <p>Você precisa ter um suporte pra poder aguentar histórias que marcam e afetam.</p> <p>A</p>
<p>TIETA</p>	<p>Eu não tinha nenhuma noção de como seria o trabalho no ambulatório. Eu fiquei insegura porque você não conhece ninguém não sabe quem é e de repente você é convidado pra um serviço que você não conhece. As dificuldades aqui, na época, assim, a começar, foi justamente esse entrosamento. Pra gente que trabalhava lá dentro na emergência, no hospital, o ambulatório era uma incógnita: aquele grupo, aquela coisa mais fechada, não tinha muito essa interação que hoje em dia tem. As</p>	<p>Ganhar confiança e espaço das pessoas é uma tarefa do dia-a-dia que lhe deixa receoso. O espaço é cruel mesmo. A gente acaba atendendo ao doente de um modo ou de outro. Leva a raiva para casa, fica angustiada. Lidar com pessoas é complicado. Há momentos difíceis em que você considera que não vai dar de conta.</p> <p>B</p>

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

dificuldades foram como eu disse de você não conhecer as pessoas, não saber com quem você vai lidar. Você ganhar espaço, as pessoas, a confiança é uma tarefa que você fica no dia-a-dia com receio. A gente aqui tem um espaço que realmente deixa muito a desejar pra gente que trabalha. Agora o espaço é cruel mesmo. Você como gestor tem que ter seu espaço pra trabalhar. Mas a gente acaba atendendo ao doente de um modo ou de outro. Ou nas questões sociais, ou no dever médico...
 A raiva às vezes você leva pra casa, fica angustiada.
 Lidar com pessoas é complicado. Você absorve tanto os problemas do serviço e os problemas das pessoas porque você precisa ter uma equipe que seja mais ou menos equilibrada.
 Tem momentos difíceis. Você acha que não vai dar de conta.

PATRÍCIA

É frustrante, muitas coisas que eu gostaria de fazer e não posso, já tentei me conter, mas é difícil.
 Antes nos tínhamos dificuldades pra nos encontrarmos. A trajetória do ambulatório não é uma trajetória de encontros.
 Eu não gosto da coordenação, quando temos que falar ela não ajuda, quando temos alguma queixa, temos que falar, mas não acho legal isso, acho que deveria ser em reuniões, e dizer o que ta gostando e o que não está.
 Não gosto da estrutura física, não é boa, é muito frio aqui. Não temos um espaço bom, aconchegante, acho que precisamos disso.
 Em relação a equipe, que a gente se encontrasse mais.
 Percebo que algumas pessoas ainda têm a visão equivocada sobre a psicologia, acham que não da solução, acham que é muito longo e acabam

Minha visão positiva sobre o ambulatório foi se modificando. A gente vai se desanimando, a gente sofre e eu senti muito com isso. Isso vai desanimando a gente.
 Hoje eu vejo o ambulatório como um espaço de estagnação, não como um local criativo, não vejo como um espaço onde eu possa fazer outras coisas, a gente dá uma idéia e a idéia não vingá, não volta.
 As pessoas não te dão apoio.

Idéia Central

C

Minha visão positiva sobre o ambulatório foi se modificando.
 Hoje eu vejo o ambulatório como um espaço de estagnação, não como um local criativo.
 As pessoas não te dão apoio.
 A coordenação não ajuda.
 A estrutura física, não é boa, é muito frio aqui.
 A trajetória do ambulatório não é uma trajetória de encontros.

QualiQuantSoft® - MARIA DE FÁTIMA DE CARVALHO

1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE

Expressões Chave

Idéia Central

<p>LUANA</p>	<p>Mudar é difícil.. e traz também o medo. Eu não vejo me sentir cansada. Eu não quero relacionar o cansaço físico, mental meu com o outro trabalho. Acho um trabalho diferenciado(trabalhar com AIDS), é um trabalho assim que você se desgasta pela condição do paciente, por que tem paciente que tem baixo nível de escolaridade.A gente fala uma coisa dez vezes e ele ainda não compreende até porque quando você fala, fala, fala você já tem se desgastado. Percebo aquele paciente que vem com a carga emocional muito baldeada vem assim cansado da família.Ele não se aceita paciente ainda. A gente fica muito receosa em até lidar porque você não sabe com quem está lidando. você já tem estourado, perdido a paciência,se aborrece e tem um momento que falta mesmo. A gente mesmo perde a paciência, da gente acabar misturando, não aterrisar as idéias assim as coisas.</p> <p>Tem as normatizações daqui da instituição, você está preso às normas a mil e uma situação que vai, vai, vai... .. e não desenrola, que não é de sua competência. Atualmente, por uma questão de instabilidade, de uma pressão de instabilidade profissional que a gente está sem coordenador. Tá tendo um momento que eu não tô muito, eu não gostaria de estar do jeito que eu to hoje, porque eu nunca estive com essa instabilidade profissional, você se sente ameaçada com essa questão da escala, se sente pressionada. Eu não gosto! Organizada há 16 anos, e eu ter que repensar, pra mudar? Então, em última instância, por conta desta instabilidade, eu pensaria em sair daqui. Não é bom agora eu ficar me preocupando com carga horária, com mudança de turno, não é bom, eu não queria esta passando isso agora, mais também a situação é geral, é de todo mundo.Não fosse a instabilidade profissional, essas questões desses horários é o que tá incomodando muito mais a mim e a outras pessoas.</p> <p>Aqui e acolá a gente tem essas divergências com colegas, colegas eu digo no</p>	<p>D</p> <p>Mudar traz medo. É um trabalho (trabalhar com AIDS) que desgasta você. A gente fica muito receosa, não sabe com quem estar lidando. Você está preso à normas, situação que não é de sua competência. A gente está sem coordenador, há uma pressão de instabilidade profissional. Não é bom ficar me preocupando com carga horária, com mudança de turno, a situação é geral. É o que tá incomodando muito. Aqui e acolá a gente tem essas divergências com colegas. Todo mundo causa de tudo, não tem como não cansar. O trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão.</p>
--------------	---	---

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Idéia Central

modo geral, todo mundo cansa de tudo não tem como não cansar, a gente lida com cento e oitenta pacientes por dia, tem situações que passou de duzentos por dia. Um médico está lá, estressadíssimo, é uma sobrecarga muito grande, e tem momentos que ele entra em divergência com a gente.

O trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa, porque se você for contar as horas, na sua residência e no seu trabalho, você vai perceber que você tem mais permanência no seu trabalho do que na sua casa. Não gosto de dizer isso. Reconheço que é muito forte tudo isso mas no tempo de permanência, em termo de frequência você precisa mais de seu trabalho do que a sua casa, na casa a gente vai dormir, é gostosa, minha casa é gostosa, tem o conforto e tudo, mais o trabalho é mais forte, presente de ver e de conviver todo dia, toda hora e então tem que ser bom.

GEÓRGIA

Não é o que eu realmente gosto de fazer, porque eu gosto de trabalhar na enfermagem, na minha especialidade, mas estou me acostumando, sempre gostei de trabalhar com bebês, eu agora só tem instrumento na minha frente, e os pacientes são totalmente diferentes, adultos, mas fui me acostumando, fui gostando, não é o que eu amo, mas hoje em dia pra mim esta normal.

Aqui eu já tive dois pequenos acidentes. Da segunda vez a medicação me trouxe problemas, porque eram medicações das mais fortes. Hoje gosto do que faço, mas ainda tenho algumas dificuldades. Mas nunca me afastei, tenho dificuldades, às vezes, mas sempre o trabalho em primeiro lugar.

A demanda já é grande, sem poder nem atender pacientes direito, quanto mais funcionários, e tem colegas de trabalho que criam atrito conosco achando que somos nós, mas não, é a direção.

A minha vida toda foi dedicada a pai e mãe e trabalho, eu tenho pouco divertimento, quase não saio, porque trabalhava vinte e quatro horas.

No trabalho eu falo com um e com outro, não tenho inimizado com

O que faço não é o que realmente gosto de fazer, mas estou me acostumando.
 Aqui eu já tive dois pequenos acidentes.
 Eu nunca me afastei, tenho dificuldades às vezes, mas sempre o trabalho em primeiro lugar.
 Tem colegas de trabalho que criam atrito conosco.
 No trabalho eu falo com um e com outro, não tenho inimizado com ninguém, mas amizade de verdade nunca tive.

D

QualiQuantSoft® - MARIA DE FÁTIMA DE CARVALHO

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Idéia Central

<p>ÁNGELA</p>	<p>ninguém, mas amizade de verdade nunca tive, nunca ia ninguém lá em casa pra conversar, minha mãe era minha amiga.</p> <p>Hoje o meu trabalho é fundamental, não sei viver sem ele, e hoje eu prefiro passar o dia todo no hospital a estar em casa. Não tenho nada pra fazer em casa, nunca fui de muito doméstica, minha mãe nunca me ensinou, so trabalhei mesmo. E meu trabalho hoje é fundamental pra mim mesmo.</p> <p>O ambulatório em que trabalho me deu uma grande responsabilidade porque eu não tinha ninguém pra compartilhar e continuo sem ter. Aprendi sozinho, toco sozinha e não compartilho com ninguém. Passei muitas situações de sufoco aqui tudo só, porque quem é a outra pessoa que faz o tipo de ambulatório que faço. Então é um ambulatório muito solitário, solitário demais.</p> <p>Assim, é muito desgastante, muito desgastante, porque tudo só recai pra mim.</p> <p>Ao mesmo tempo em que aprendi demais aqui, muito, muito, muito, é sofrido muito. O maior sofrimento é não poder compartilhar as dúvidas o medo, (choro) muito medo aqui, por que você está só, não medo de insegurança, medo em relação a erros em pessoas, entendeu, as condutas erradas, por que quando você está só os outros são seus, mas as desgraças também são suas.</p> <p>Você olha para um lado e para o outro e não poder compartilhar nada, nem pra perguntar alguma besteira.</p> <p>O pessoal [infectologistas] já não tem muita segurança nas outras especialidades, então assim você se sente muito valorizada, muito querida, muito amada, muito, muito importante, muito Deus, mas é muito ruim. - o preço é alto. Muito, muito, muito...</p> <p>Eu não tenho hierarquia porque eu não tenho ninguém eu nem tenho chefe e não tenho subalterna a minha situação é coisa única, surreal. O que é que o meu chefe pode fazer, nada! A não ser abonar uma falta, justificar um</p>	<p>D</p> <p>Não tenho com quem compartilhar.</p> <p>Passei muitas situações de sufoco aqui tudo só.</p> <p>Você se sente muito valorizada [por ser única], muito querida, muito amada, muito, muito importante, muito Deus, mas é muito ruim.</p> <p>Ao mesmo tempo em que aprendi demais aqui, sofro muito.</p> <p>Eu não tenho hierarquia porque eu não tenho ninguém.</p> <p>Quando eu tô com a cabeça cheia eu atendo os pacientes. Eu resolvo comigo.</p> <p>Além da sobrecarga de número de pacientes tem a sobrecarga do dizer não.</p> <p>O que me machuca muito é a falta de reconhecimento.</p>
---------------	--	--

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Ideia Central

<p>SILVIA</p>	<p>atraso. Então assim eu peguei várias chefes, sei lá quem tá agora, pra mim tanto faz não tem diferença pra mim isso não,</p> <p>Quando eu tô com a cabeça cheia eu atendo, não tenho pra onde correr. Eu atendo, e assim quando é uma coisa muito grave que é só da minha especialidade, eu resolvo comigo.</p> <p>Além da sobrecarga de número de pacientes que eu tenho, tem a sobrecarga do dizer não, tá entendendo, que o dizer não aqui é muito complicado, por que os pacientes daqui são muito cheios de direitos.</p> <p>O que me machuca muito aqui às vezes é a falta de reconhecimento. Você chega atrasada, você acha no direito de cortar a produtividade [gratificação] quer dizer.. Vale a pena fazer tanto? Então assim essas coisas são muito ruins, são muito chatas, eu acho assim que você tem que tratar pessoas iguais de forma diferente.</p> <p>Com essas dificuldades que está havendo né..... por sinal peguei até o hábito de estar falando alto devido ao problema daquela vidraça. Durante o meu convívio no ambulatório, peguei vários hábitos, inclusive o de falar alto. Com isso, às vezes o paciente pensa que estamos irritados ou gritando. As vezes o telefone fica tocando, o doutor chega, atendo vários telefonemas, as pessoas que estão aqui também, mas mesmo assim eu gosto do meu trabalho. Fica muito difícil... Eu não sei como agradecer. Mas eu gosto de trabalhar nessa parte de atendimento. Tem horas que eu acho ruim esse setor. Porque eu sento ali e começo a trabalhar, aí uma diz assim eu vou ali, aí você fica dizendo pro paciente.. espere que a colega tá chegando.. aí eu vou no grito e chamo.</p> <p>EU não acho que faz diferença a doença... apenas é isso que nós temos que se prevenir todos os dias e não só as sextas que tem tuberculose..</p> <p>O que eu acho ruim daqui é porque.. assim... é as colegas.. a relação das colegas.</p> <p>As colegas comentam o que as vezes nem foi dito.. Mas pra mim você pode chegar falar, anarquizar é mesmo que está falando com essas paredes. Você me acredita que eu estou tão acostumada a trabalhar aqui que eu não</p>	<p>D</p> <p>Durante o meu convívio no ambulatório, peguei vários hábitos, inclusive o de falar alto.</p> <p>As vezes realizo várias atividades, mas mesmo assim eu gosto do meu trabalho.</p> <p>Tem horas que eu acho ruim esse setor.</p> <p>Eu não acho que faz diferença a doença (AIDS). Temos que se prevenir todos os dias e não só às sextas que tem (pacientes) tuberculose...</p> <p>O que eu acho ruim daqui é a relação das colegas.</p> <p>Estou tão acostumada a trabalhar aqui que eu não sei ficar o dia de folga em casa.</p> <p>O paciente marcado há três a quatro meses não reclama do doutor; ele reclama que a gente marcou sabendo que o médico faltaria.</p> <p>As vezes tem coisa que é difícil de resolver. Que não tem como a gente resolver...</p> <p>As vezes a gente erra, pede desculpas e alguns pacientes são tão grosseiros. É muito difícil de lidar.</p>
---------------	--	---

Expressões Chave

se eu ficar o dia de folga em casa, Eu saio na hora de ir trabalhar e chego no horário de trabalho. Mesmo doente... "como é que tu tá doente e vem trabalhar, porque tuse tu pelo São José". Eu venho trabalhar...Não aguento ficar em casa. "Ah, assava pudesse estava sábado e domingo no São José..." se eu pudesse eu fui vivo mesmo. Faltem dois anos pra pedir minha aposentadoria, já imagino. Porque eu fico doente...ultimamente tenho tido umas crises vivo rouca... Aqui e acolá preocupada.

Às vezes levo o nome de antipática.

O médico não vem...se toma difícil. O paciente está três a quatro meses marcado, e lê não vai reclamar do médico.. ele fica achando a que a gente marcou sabendo que o medico não estava. Às vezes tem coisa que é difícil pra mim de resolver. Que não tem com gente resolver... Às vezes a gente marca errado e diz que errou, pede desculpas... e alguns são tão grosseiros... é muito difícil da gente lidar

NORMA

Me frustrei um pouco porque tentei trabalhar com um grupo específico, fizemos um grupo, eu e a colega, em 2006 e 2007, formamos o grupo, achávamos que faríamos um trabalho multidisciplinar com aqueles sujeitos, mas infelizmente não conseguimos colocar o trabalho realmente a dia, porque nós queríamos uma assistência mais direta para o grupo, com uma equipe multidisciplinar, mas não conseguimos, não tivemos muita abertura. Decidimos entregar o grupo a quem queria fazer o trabalho, porque tínhamos cansado, porque percebemos que só queríamos aquilo, e tínhamos muitas dificuldades de infra-estrutura, era a cesta básica que não vinha o vale-transporte que não tinha, e a cobrança vinha pra cima da gente. Ficávamos estressadas, pois eram coisas que não estavam ao nosso alcance. Estávamos sendo muito cobrados, chegamos a passar uma manhã numã audiência com a secretaria de saúde, diziam que iam fazer as coisas e fazer faziam nada, então isso cansa. Vi que temos que ter limite, temos que fazer de tudo um pouco, porque há uma necessidade pra isso a gente vê que

Minha frustração foi tentar trabalhar de forma multidisciplinar. Quando tentamos nos juntar em equipe, há uma resistência emocional desse tipo de trabalho é muito grande. Fazemos um pouco de cada coisa.

E

20/9/2008

QualiQuantSoft® - MARIA DE FÁTIMA DE CARVALHO

1 - SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL - DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

é possível, pelo menos até o momento, a não ser que exista outra estrutura de ambulatório. É frustrante, porque a gente faz as consultas de enfermagem, a gente vê que é um momento bom, que é um momento de troca, um momento propício à educação e saúde, agora, como acontece, não temos o retorno desse paciente.

Eu tenho um grande interesse de cuidar de paciente só com hepatite C, porque cuidando só de um tipo de paciente, você melhora a qualidade, você se aprofunda mais, aqui nos temos um leque de pacientes e temos que atender a todos, aí eu fico me perguntando, se é ambulatório.

Fazemos um pouco de cada coisa, a gente tá se aprofundando onde? Não há um tipo de organização, por exemplo, eu tenho algo pra fazer, eu dou conta do meu serviço e pronto.

Quando tentamos nos juntar em equipe, nos organizar, há uma resistência, porque já tem aquela coisa de cada um fazer o seu, então na verdade, no dia-a-dia, esse trabalho não existe, esse trabalho de equipe,

Porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porque tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível. A diferença que faz é que a carga emocional dele é muito grande, requer mais de você, e às vezes você se sente impossibilitado. Trabalhamos essa parte com muita dificuldade, não é prazerosa, é muito difícil, você se sente completamente impotente,

CLARA

Tive algumas dificuldades de resistência das colegas, nunca me senti aceita por algumas delas, Eu não conseguia interagir então o que acontece: eu não tinha espaço pra trabalhar, a gente nunca conseguia partilhar pra minimizar essas dificuldades do próprio São José. Não é nem daqui. É do São José que é questão de espaço.

Dá mais horas aqui, o serviço social aqui dá mais horas, também não entendo o porquê, são duas categorias que dão as horas com rigor, todo

Idéia Central

F

Dificuldade em interagir com o grupo.
 Resistência do grupo em partilhar espaço de trabalho.
 Número de horas diferenciado para categorias diferenciadas.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave	Idéia Central	
<p>JOÃO</p> <p>mundo dá dezoito o serviço social dá vinte, né? Então assim, como aumenta o serviço e diminui o dinheiro,</p> <p>Vivíamos um grande conflito de ser a doença, doença do preconceito, do estigma, do sofrimento e da pouca perspectiva de se oferecer qualidade de vida as pessoas.</p> <p>O ambiente ficou mais difícil de abordar, porque se dividia em uma mesma sala dois atendimentos, duas pessoas atendendo conjuntamente e isso não havia divisória, e não havia nenhuma condição de preservar uma conversa, uma discussão um exame mais preciso, em regiões genitais.</p> <p>Foram quatro anos de experiência de gestão. Muitas vezes ia para ocupar um lugar de um faltoso, alguém faltou e a demanda não pode ficar sem assistência e precisávamos ir lá e acabei sendo o coringa do ambulatório para não deixar o paciente agendado esperando uma consulta e sem assistência, então isso me permitiu de alguma maneira ver um pouco das deficiências, das falhas, dos gargalos, de fluxo de pessoas, de fluxo de informação dentro do ambulatório.</p> <p>Foi uma experiência muito rica mais ao mesmo tempo foi uma experiência de angústia, por conta da sobrecarga.</p> <p>Época muito rica, mas muito angustiante. Em alguns momentos a gente precisava estar em dois lugares ao mesmo tempo, o que não é muito fácil.</p> <p>A parte de angústia, de desprazer do trabalho é o fato de não conseguir o exame solicitado, ter o exame realizado e ter o resultado do exame no prontuário do paciente, ou com ele, é ter um insumo terapêutico, um medicamento prescrito e alcançado.</p> <p>Eu preciso de um remédio pra tratar de uma maneira conveniente esse paciente de hepatite B e eu consigo em menos de 5% das ocasiões. Então especificamente dessa patologia para hepatite B, nós temos grandes gargalos, é o inverso é uma constante angústia de não conseguir o necessário.</p>		<p>G</p> <p>O conflito de ser a doença do preconceito, do estigma, do sofrimento. Acabei sendo o coringa do ambulatório. Uma experiência de angústia.</p> <p>A parte de angústia, de desprazer é o fato de não conseguir ter o exame realizado e ter o resultado do exame no prontuário do paciente.</p>

**SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Expressões Chave

<p>ROSA</p>	<p>O Prazer acontece quando se dá o contrário.</p> <p>Com o aumento do número de pacientes a coisa ficou cansativa. Aumentou o número de médicos, mas por outro lado não suportam muito tempo e foi aí que saíram, por que disseram que não suportavam mais trabalhar nenhum dia com aquele tipo de pacientes e com aquelas coisas repetidas. Doutor João (fictício) também chegou um tempo que ele não aguentou mais sair. A maioria dos médicos hoje em dia tem um pouco de atividade na enfermaria ou na emergência pra diluir porque o pessoal se queixa muito, o pessoal sente-se muito saturado e adoecer, não suporta mais.</p> <p>O que cansa é que é a mesma doença.. AIDS, AIDS, AIDS. Muitos doentes não são aderentes ao tratamento, não vêm pra consulta, quando vêm quer o atendimento diferenciado, é um paciente muito sofrido, bate muito em termos de palavras nos profissionais, tanto médico como de enfermagem e com o pessoal da recepção, é uma relação que é muito pesada, O doente vai se cronificando. O doente que é aderente, isso é bom, mas cria um vínculo afetivo, aí você termina sofrendo.</p> <p>Internamento, cirurgias complicadas que não tem onde internar, é o sofrimento do doente que acaba transmitindo pra você, isso nos médicos, e em outras categorias como a enfermagem a psicóloga é o sofrer mesmo do doente, que você tem que trabalhar com isso, e não é fácil você suportar casos e casos da história de cada um e é um desafio,</p> <p>O medico que atende quer vê o doente daqui a um mês e não tem vaga e acaba tendo que ver daqui a quatro, cinco meses, e isso estressa também o profissional, aí o doente chega e não tem consulta, aí acaba descarregando em cima da enfermagem, aí cria essa relação ruim, cansativa e dolorosa. As condições de trabalho são muito ruins,, tem muito ruído de comunicação também. Um pitoresco que eu não participei mais soube depois, foi uma vez que em um dos assaltantes da corpus, que teve um grande roubo da corpus aqui em fortaleza e um deu que era paciente h+ e foi lá fazer uma consulta, então surgiu pra polícia uma história que o bando dele ia mandar libertar, resgatar ele do São José aí o GATE fechou a rua ali fez uma vasculha e lá no ambulatório, aquelas salas era tudo com</p>	<p>G</p> <p>Com o aumento do número de pacientes a coisa ficou cansativa. Aumentou o número de médicos, mas por outro lado não suportam muito tempo e saem por não conseguirem mais trabalhar com aquele tipo de paciente. A maioria dos médicos hoje em dia tem um pouco de atividade na enfermaria ou na emergência pra diluir o cansaço.</p> <p>O que cansa é que é a mesma doença.. AIDS, AIDS, AIDS, AIDS, AIDS. É um paciente muito sofrido, bate muito nos profissionais, é uma relação muito pesada.</p> <p>O doente vai se cronificando. O doente aderente cria um vínculo afetivo, você termina sofrendo.</p> <p>É o sofrer mesmo do doente, que você tem que trabalhar com isso, e não é fácil você suportar casos e casos da história de cada um. É um desafio. O medico que atende quer vê o doente daqui a um mês e não tem vaga e acaba tendo que ver daqui a quatro, cinco meses, isso estressa.</p> <p>As condições de trabalho são muito ruins, tem muito ruído de comunicação. A relação de fraternidade de convivência piorou muito durante esses anos. O Ambulatório é um feudo dentro do hospital, é muito a parte.</p>
-------------	---	--

Idéia Central

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

metralhadoras e com aqueles homens da rua imensos, aí a Carla tava morrendo de medo, e quando viu o Tarcísio, que é dentista, que era enorme, Tarcísio morrendo de medo, e com os olhos deste tamarinho, tu que tá com medo e eu que ainda tenho dois filhos pra criar? ! sei que ficaram com metralhadoras fecharam todas as portas, todas as ruas e a Roberta lá dentro atendendo sem saber o que estava acontecendo ela com o guarda. Eu acho que o tempo é só o cansaço a maloria daquele pessoal está ali há muito tempo. Eu acho que a relação de fraternidade de convivência, eu acho que piorou muito durante esses anos, Eu acho que a relação de fraternidade de convivência, eu acho que piorou muito durante esses anos, O Ambulatório é muito a parte Eu acho difícil conseguir resgatar esse grupo. pois estar cada vez mais despedaçado.

ANTONIA

Idéia Central

Eu devo ao São José parte da minha vida.
 Se não fosse o São José eu acho que eu não teria superado.

H

Relatório Síntese de Idéias Centrais

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE

3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - ADAPTAÇÃO/ADEQUAÇÃO
- B** - O COMPARTILHAR
- C** - ESTRATÉGIAS PRIVADAS
- D** - VÍNCULO FAMILIAR COM A INSTITUIÇÃO
- E** - TRABALHO ENCANTAMENTO
- F** - BUSCA DO RECONHECIMENTO

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

<p>MARIA</p>	<p>Foi pra mim duro conviver com uma questão muito difícil, lidar com criança de diagnóstico de uma doença de altíssima letalidade onde eu tinha que ter o manejo que não tinha e ter uma predisposição psíquico pra lidar sem sofrer. Lida com história de vida muito sofrida Fui forçada a trabalhar com criança, algo que me deixava bastante intranquila, sabia que vinha uma criança era um momento de bastante sofrimento Mudanças foram feitas que gerou também, ta gerando inquietação, mudança de escala não pode ser assim tem que ser de outra forma está gerando inquietação, colega está se acidentando, é outra questão que gera muito estresse. Um dia desse a colega se acidentou assim a colega muito preocupada com a mudança de escala a vida dela toda montada. A gente se estresse com a colega que se acidentou, você também tá lá no serviço você também pode se acidentar. A gente se acidenta com pacientes soropositivos e o pior se acidenta com pacientes com falha terapêutica, não há mais nada pra fazer. Ai isso gera também angustia, e a gente lida com procedimentos que se você não tiver muito atenta atenção concentração, foco você pode se acidentar Me angustia, pelo menos agora, a minha angústia atual é vamos fazer com que o ambulatório funcione interdisciplinarmente a partir do momento em que está centrado num foco não anda. Aqui é o contrário ela só vai pro médico, a gente fica brigando pra trabalhar. Meu trabalho não interessa? Porque, porque ele não é médico. Só o médico resolve? Se o médico mostrasse que funcionasse a nossa adesão era 99% e no é. Não tem um fluxo que a gente fica brigando pra ter, olha pra outras categorias também. Isso é um fator que gera sofrimento, porque você trabalha e cadê o reconhecimento?</p>	<p>Ideia Central</p> <p>Fui forçada a trabalhar com criança. Momento de bastante sofrimento conviver com criança de diagnóstico de uma doença de altíssima letalidade. Mudanças geraram inquietação. A gente lida com procedimentos que não tiver muito atenção, concentração, foco, pode se acidentar. A colega se acidenta, você também está lá no serviço, pode se acidentar. A gente se acidenta com pacientes soropositivos com falha terapêutica, não há mais nada pra fazer. A minha angústia atual é a falta de interdisciplinaridade no ambulatório. O grupo também não ajuda, não fica coeso ou empático.</p>
--------------	---	---

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
1 - QUAIS AS SITUAÇÕES POTENCIALMENTE GERADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Expressões Chave

Idéia Central

<p>GEÓRGIA</p>	<p>problema, o grupo não fica coeso ou empático, Hoje o ambulatório aumentou, um ambulatório muito grande que a gente não conhece todos os profissionais mundo porque não tem escalas no mesmo dia.</p> <p>Mas o tempo foi passando, e eu esqueci essas coisas, e terminei ficando, foi na época que eu pedi outra transferência e ela não me deu, e fui passando por outros cursos, por congressos, passei da enfermagem pra odontologia e gosto, hoje gosto.</p>	<p>O tempo foi passando, e eu esqueci essas coisas, e terminei ficando, hoje gosto.</p>
<p>LAURA</p>	<p>A historia do hsj tem um divisor de águas: antes e depois do hiv Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.. Vinculos com os problemas sociais dos pacientes. Achava salutar o não envolvimento</p> <p>Foi a época da rotulação de ambulatório de HIV.</p> <p>Mais voltado para a AIDS e mais arrumado. Novas instalações(marcações no computador eu tinha a minha demanda os pacientes me escolhiam, muitos novos pacientes.Vinculo com a instituição se transforma na relação com o paciente.</p> <p>Eu me entendo no ambulatório a partir de 97</p> <p>Problemas mudaram de complexidade.</p> <p>Infecta, adoece, ou não, se cronifica.</p> <p>Levam à situações agressivas, desinteresse, opção para o paciente.</p> <p>Cronifica a doença...você estica a vida e mais relações, mais desgastes.</p> <p>Mas, aprende a lidar com eles. É salutar ter relações amistosas, mas sem vinculo de amizade.</p> <p>Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei, casei...Lua de mel intensa! Sabe dos problemas... Administra os problemas. Paciência no atendimento.. anotações volumosas... Até a primeira crise do casamentooo % a 6 anos.</p> <p>Passa haver uma união sólida, mas possível de ruptura.</p> <p>Acabou a lua-de-mel. Tinha nesse Momento uma visão de tudo muito diferente.</p> <p>"Meus ambulatórios estavam no limite!"</p>	<p>A historia do hsj tem um divisor de águas: antes e depois do hiv Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.. Vinculos com os problemas sociais dos pacientes. Foi a época da rotulação de ambulatório de HIV[1997]. Mais voltado para a AIDS e mais arrumado. Novas instalações(marcações no computador; eu tinha a minha demanda; muitos novos pacientes.Eu me entendo no ambulatório a partir de 97.</p> <p>Vinculo com a instituição se transforma na relação com o paciente.</p> <p>Envolvia-me profundamente com o quadro da doença.</p> <p>Vinculos com os problemas sociais dos pacientes.</p> <p>Problemas mudaram de complexidade. O paciente infecta, adoece, ou não, se cronifica. Cronifica a doença...Você estica a vida e mais relações, mais desgastes.Levam à situações agressivas, desinteresse, opção para o paciente.</p> <p>Mas, aprende a lidar com eles[pacientes]. É salutar ter relações amistosas, mas sem vinculo de amizade.</p> <p>Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei, casei..Lua de mel intensa! Até a primeira crise dos 6 anos. Passa haver uma união sólida, mas possível de ruptura.</p> <p>Pós saída do serviço que levava ao sofrimento, o ambulatório ficou leve.</p>

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave**Idéia Central**

ANTONIA	<p>Se não fosse o São José eu acho que eu não teria superado, meus colegas de trabalho, às vezes eu digo que eu tenho muita gratidão pelo São José, não paro de falar isso que eu tenho muita gratidão aqui, que foi uma época muito difícil. Eu passei 4 anos da minha vida que eu não ia trabalhar, porque eu sempre tive força de vontade de trabalhar. Eu nunca faltei, porque, mas hoje eu digo que se não fosse o São José eu não tava trabalhando (.....) eu acho que não tinha superado os 4 anos difíceis que eu passei na minha vida. Quer dizer eu devo São José parte da minha vida eu digo a minha menina que eu fiz os 15 anos dela em cima do São José,</p>	<p>D</p> <p>Eu devo ao São José parte da minha vida. Se não fosse o São José eu acho que eu não teria superado.</p>
MARIA	<p>Expressões chave</p> <p>Hoje pra mim não é tão sofrido como foi no começo, também tudo era muito novo, muito incipiente, com o tempo a gente vai procurando outras coisas. O que a gente faz é compartilhar, a angústia da gente com a angústia da outra pra ver se várias angústias juntas... Dai surgem outras coisas, porque só ficar angustiada ou angustiada só isso esse movimento não dá. Tem que se pensar em outro movimento, só reclamar e não fazer nada isso é muito angustiante, mais angustiante ainda. Compartilhar é uma forma, é uma forma de através, até o outro ver de outra forma(...) quando a gente diz olha paciente tal atendi... por isso eu penso que se um dia tiver escala fixa pra gente criar laços mas também não pode ser... infeliz da equipe não ser das mais dialogais, enfim você pode criar laços você pode está compartilhando suas experiências eu atendi um paciente assim, isso me causou tanto conflito pois isso parece uma história que já ouvi que já vivi, aí a pessoa lhe ouve e só de ouvir já lhe dá uma certa ... a gente é tão carente de tudo que só compartilhar aí é isso a gente troca também eu também atendi isso eu fiz isso. A outra coisa que a gente faz é coisas privadas mesmos, análise, correr, outra vai dançar, assim a gente paga pra isso do nosso bolso ou arranja outras coisas. Aqui é só compartilhar. A gente sempre compartilha dentro [do ambulatório]. Eu sempre bato na porta da psicóloga, onde tem uma que eu compartilho mais porque fala escuta e troca, e também me procura muito, isso é bidirecional, não é só um lado,</p>	<p>E</p> <p>Com o tempo a gente vai procurando outras coisas. O que a gente faz é compartilhar a angústia. Compartilhar é uma forma de ver de outra forma. Tem uns momentos que você fica sufocado, você não aguenta, mas você dá uma saída, então nos momentos que eu não agüentei mais, eu sai A outra coisa que a gente faz são coisas privadas mesmo, faz análise, corre, dança....</p>

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

Idéia Central

quando eu sei que ela está no dia que eu estou isso me dá certo conforto. Então é assim que a gente vê estratégias, pois o serviço ele é alheio, ele não se interessa pelo que você pensa sente, nem pelo que você quer fazer, você faz mal ou faz bem, tá bom. Tem uns momentos que você fica sufocado, você não aguenta, mas você dá uma saída, então nos momentos que eu não aguentei mais eu sai. Não sei se se consciente ou inconsciente. Passei dois anos só estudando, foram dois anos só estudando isso de certa forma lhe dá.... você respira. Acho que é uma experiência muito rica, uma experiência que nem um dia é igual a outro, em ambulatório, existe uma sala um local que você possa estar dialogando, é muito rico. Rico porque as pessoas cada uma com sua história, nem um dia é igual ao outro. Existe um ponto em comum, que o sofrimento, a angústia, a questão da morte permeando de algum jeito, hoje se desmistifica dissociando AIDS da morte, mas é algo que está ali ao redor, algo que está mais perto, aí eles sempre trazem esta questão, com olhar muito singular, cada um com seu olhar, cada um com sua questão, cada um com suas dores, com suas perdas, com seus lutos e aí é diferente, ouvi questões diferentes, em poder está prestando um cuidado a pessoas tão descuidadas com tantas faltas, com tantas carências essa é a recompensa, perguntam como você agüenta? Acho que aí está a recompensa. O serviço não[recompensa] tem nenhuma, nem real nem simbólica. Que bom que você me ouviu, hoje eu pensei no que você me falou ontem, hoje eu já fiz diferente, muito obrigado, Então é isso que faz com que você não faça outra coisa, não desista. Quando paciente mesmo diz olha pensei muito naquilo que você disse, vi e revi. Então você pensa então dá pra fazer alguma coisa.

LIA

F
 Eu acho super legal aqui são as histórias de vida! Então o assunto que você vivencia... que você convive no seu dia-a-dia, porque essas situações, dessa pessoas te remete a uma reflexão sobre vida e sobre os próprios valores, e te permite um crescimento além de profissional como ser humano. A gente passa a ver as coisas de uma outra forma, a fazer uma leitura de outra forma da vida, a valorizar as pequenas coisas e a não reclamar tanto da vida né?! De tantos problemas que a gente tem que cada um tem o seu. Então o ambulatório pra mim tem isso, da minha vida, me dá prazer de trabalhar

Eu acho super legal aqui são as histórias de vida!
 Eu me sinto bem quando eu posso tá colaborando para melhorar a vida das pessoas..
 Tem muito de você querer, de você se identificar com o trabalho e eu me identifiquei.
 Depois da minha experiência aqui, as pessoas passaram até a me convidar. mais para treinamentos, comecei a fazer outras atividades fora do ambulatório.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

aqui, eu sinto prazer, eu gosto de trabalhar, gosto de trabalhar com pessoas. Eu me sinto bem quando eu posso ta colaborando de alguma forma e melhorar a vida das pessoas. Em pelo menos ouvir, pois tem muitas pessoas que não tem com quem falar sobre os seus problemas, sobre as suas intimidades.

Quando a gente tem vontade de fazer, eu já tinha participado de outros treinamentos de aconselhamento materno, então quando a gente gosta, quando a gente quer, não precisa muito dessas coisas, sabe? Tem muito de você querer, de você se identificar com o trabalho e eu me identifiquei, também eu não tive muita dificuldade de trabalhar de fazer essa parte de aconselhamento, não tive. Eu sempre gostei e depois da minha experiência aqui, eu acho que foi assim, as pessoas passaram até a me convidar mais para treinamentos comecel a fazer outras atividades fora do ambulatório, extras, ainda hoje eu faço treinamento, atualmente eu tenho reduzido mais pelo próprio tempo daqui do ambulatório

Você atende uma pessoa hoje e você daqui a um tempo, você encontra essa pessoa novamente, hoje mesmo encontrei uma pessoa aqui que ela disse assim pra mim: ah, meu exame foi você que entregou. Ainda bem que foi a senhora quem entregou, que ajudou a conduzir esse momento né?! É muito gratificante, e assim você perceber que assim como as pessoas aprendem a conviver com essa situação, que não é fácil, acredito que não seja fácil, a gente dessa forma aprende com essa convivência.

A gente cresce nesse caminho todo. Logo no começo assim, eu me envolvia muito hoje não, eu já consigo lidar com isso, por isso que eu digo que a gente aprende. Assim como as pessoas vivem aprendem, a gente que também convive aprende, aprender a lidar com a dor aprender a lidar também com a fínitude. Eu não gosto muito de hospital. Eu não gosto de trabalhar com paciente no leito. Eu gosto de trabalhar com paciente no ambulatório, porque é um trabalho mais de educação, é um trabalho diferente.

Eu gosto do trabalho aqui. Só.

Ideia Central

É muito gratificante perceber que as pessoas aprendem a conviver com essa situação, a gente aprende com essa convivência. A gente cresce nesse caminho todo. Logo no começo assim, eu me envolvia muito hoje não, eu já consigo lidar com isso, por isso que eu digo que a gente aprende.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

Idéia Central

<p>JOÃO</p>	<p>O que me dá prazer é você conseguir instituir uma abordagem de tratamento ao paciente infectado pelo vírus HIV ou infectado pelo vírus da hepatite B, uma abordagem de diagnóstico de tratamento, melhor dizendo, de que você não tem dificuldade de conseguir esses então eu não vou ter dificuldade de exame, eu solicito e oriento o paciente do que ele precisa fazer e eu tenho a certeza de que isso vai ser feito em determinado momento e isso não vai estar tão distante em detrimento da necessidade daquele paciente e a volta do paciente com melhoras, por que fez os exames, ou porque o tratamento instituído deu a ele uma melhoria na sua qualidade de vida, essa é a parte prazerosa. E ela é frequente.</p> <p>É, eu não tenho uma válvula de escape geográfica, assim eu não vou a algum lugar, ou procuro alguém, eu acho que a minha válvula de escape é interna é metabolizando internamente as minhas angústias, eu procuro sempre lembrar primeiro de como isso aqui foi um dia e de como isso está e eu cria uma visão positiva da evolução da instituição, a instituição melhorou, eu acho que ela é mais resolutive é então eu vejo, tanto no ponto de vista estrutural, físico, como do ponto de vista, principalmente ali do ponto de vista da formação profissional, nós evoluímos muito o hospital São José, a instituição conseguiu agregar muito, em termos de valor na assistência das pessoas que precisam ser assistidas, fisicamente, ... é muito mais da qualidade da formação profissional, claro que em outra coisa a gente sente que [recuou], mais no geral ela só progrediu nesses 14 anos em que eu trabalho aqui e no mais tempo em que eu conheço o hospital São José, por que mesmo antes de vir trabalhar aqui eu frequentava o hospital como estudante e isso é desde de 1986/87, por tanto tem 20, 22 anos. Então assim, eu procuro ver primeiro isso a calma, isso não é motivo pra ficar mais angustiada, lembra isso já esteve bem pior, então nós estamos melhores, continuaremos tendo gargalhos, dificuldade, nem tudo pode ser da maneira em que desejamos ainda? Então o que é que eu posso fazer agora? Eu vou tentar fazer o melhor! E vou fazer o melhor que eu posso, porque eu não vou conseguir fazer o ideal, mas vou fazer o melhor que eu posso e vou tentar de alguma maneira fazer aquilo que está tão difícil, e também se não conseguir, eu procuro melhorar que não sou nenhum super-homem e nem a</p>	<p>F</p> <p>O que me dá prazer é a volta do paciente com melhoras. Essa é a parte prazerosa. A minha válvula de escape é interna. É metabolizando internamente as minhas angústias. Eu vou tentar fazer o melhor! E vou fazer o melhor que eu posso. Eu não sou nenhum super-homem e nem a instituição é o ideal, esse é o limite. Muitas vezes discutir com alguém, dialogando com alguém, pelo menos dividindo com alguém o sofrimento. O meu lazer principal é sair com minha esposa e com amigos no restaurante, no cinema em casa. O meu maior lazer é a gente trabalhar e estudar esse talvez seja o meu melhor lazer.</p>
-------------	---	--

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

Instituição é o ideal, esse é o limite, paciência, esse é o limite, então, entenda que a vida, em todos os campos, em seus aspectos ela tem limite, daquilo que você consegue, do que você pode alcançar, infelizmente a gente ver isso que pode implicar na saúde, ou até mesmo na vida de alguém isso angústia, mas também temos que absorver esses ossos do ofício, conviver com conflitos de poder ou não poder alcançar, algo que poderia significar vida ou sobrevida ou em qualidade de vida, então eu levo isso para os meus fundamentos acadêmicos, psíquicos, emocionais, filosóficos da medicina, da minha formação em profissional da saúde. Muitas vezes discutir com alguém, dialogando com alguém, pelo menos dividindo com alguém o sofrimento de ter presenciado isso com alguém, mais não tenho alguém específico em que eu diga "ali é alguém que procuro pra chorar no ombro e dividir minhas angústias", não tenho alguém específico, e eu acho que de alguma maneira eu acabo socializado pouco com isso, e de outra maneira também internalizado muito isso, e resolvendo comigo mesmo.

Eu jogava bola mais os meus joelhos me largaram de vez.

O meu lazer principal é sair com minha esposa e com amigos no restaurante, no cinema em casa, mais todo o fim de semana e o meu maior lazer é a gente trabalhar e estudar esse talvez seja o meu melhor lazer, e eu não sei se isso é doentio, se é patológico mais eu me divirto estudando e muitas vezes eu me divirto lendo do que saindo pra passear e tal, mais o esporte em que eu gostava eu não consigo mais por conta da minha limitação física, o joelho.

LAURA

Em 1989 passei para a residência no HSJ. Acabando a residência em 1993, passei em concurso para o HSJ. Fiz novo concurso para o HSJ em 2002. Em final de 2002 fiz seleção de mestrado. Entrei para a pós-graduação.

Vínculo com a instituição se transforma na relação com o paciente. Há um retorno: carinho, respeito...e a gente acaba se envolvendo, naturalmente. Mas, a diferença do remédio para o veneno está na dosagem. Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei,

Idéia Central

F

Passei para a residência no HSJ, passei em concurso, fiz novo concurso para o HSJ e entrei para o mestrado.

Vínculo com a instituição se transforma na relação com o paciente. (personalização do hospital)

Comparo a minha relação com o HSJ com um casamento: namorei, noivei, casei...Lua de mel intensa!

Ganhei uma bagagem profissional e um aprendizado humano maior.

QualiQuantSoft® - MARIA DE FÁTIMA DE CARVALHO

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

Idéia Central

<p>MARA</p>	<p>casei...Lua de mel intenso! A gente sabe dos problemas... Administra os problemas. Tem paciência no atendimento.. anotações volumosas... Até a primeira crise do casamento, com 6 anos. Eu de licença para tratamento de saúde, ligava para cá e pedia para me mandassem a lista e tabela de marcação. Fazia em casa os agendamentos e ainda ligava para os pacientes de casa.Uma postura não correta. Ainda organizava com uma colega que estava trabalhando, o transporte de ida e volta da lista e aprazamentos.</p> <p>Ganhei muita bagagem profissional..aprendizado humano maior!</p> <p>Muitos fatos inusitados e coisas que você nem tinha conhecimento que existia na vida é consolo até de pessoas que se dizem infelizes. O tempo vai passando você vai amadurecendo as coisas e vai ficando mais fria, mais acostumada com as coisas e não sente tanto quanto eu sentia anteriormente.</p> <p>A compensação é quando eles [pacientes] me reconhece, quando eles falam com alegria com você, porque eu acho que você deu atenção, você ouviu, só deu palavra amiga. É uma coisa gratificante que você tem.</p> <p>E outra coisa também, serviço nenhum lhe dar um suporte não, se você que ter uma psicóloga, uma terapia não só pra isso pra tudo você tem que ir buscar. Eu esqueci de falar que eu faço terapia, não é só por aqui m as pra todo o contexto.</p>	<p>F</p> <p>O tempo vai passando você vai amadurecendo as coisas e vai ficando mais fria, mais acostumada com as coisas e não sente tanto quanto eu sentia anteriormente.</p> <p>Muitos fatos inusitados e coisas que você nem tinha conhecimento É consolo para você.</p> <p>A compensação é quando eles me reconhecem. É uma coisa gratificante. Eu faço terapia, não é só por aqui, mas pra todo o contexto.</p>
<p>CLARA</p>	<p>Pra mim foi extremamente satisfatório esse período do ambulatório, esse primeiro período, por que o ambulatório pra mim foi um espaço de aprendizagem</p> <p>Então eu vou dizer que o aprender dentro desse mundo da AIDS a gente fica muito ativa e tem que ter muita conexão</p> <p>Aqui eu aprendi muito, é um campo de aprendizagem o ambulatório é uma</p>	<p>F</p> <p>O ambulatório pra mim foi um espaço de aprendizagem. Aqui eu aprendi muito, é um campo de aprendizagem o ambulatório é uma riqueza.</p> <p>O aprender dentro desse mundo da AIDS a gente fica muito ativa e tem que ter muita conexão.</p> <p>Aprendi muito, eu posso dizer que minha escola foi aqui.</p> <p>Satisfação pra mim é tá ouvindo o doente e tendo isso como aprendizado.</p>

QualiQuantSoft® - MARIA DE FÁTIMA DE CARVALHO

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE

3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

riqueza, inclusive depois que eu, por isso que eu digo que é importante conhecer a instituição, depois que eu passei esse primeiro ano aqui eu entendi o seguinte que ninguém poderia "entrar dentro" do hospital sem passar pela experiência de ambulatório, por que é um aprendizado, por que depois disso eu me sentia até mais segura para entrar na discussão, sabe? Aprendi muito, eu posso dizer que minha escola foi aqui.

pra mim foi ta ouvindo o doente e tendo isso como aprendizado. quem me conhece sabe que eu tenho uma energia e eu acho que quando você vem pra cá você tem que vir é pra trabalhar, não consegue fazer muita coisa pela questão do espaço, agora vim para tuberculose sou do ambulatório, mas do ambulatório de tuberculose, minimiza um pouca essa questão dessa indiferença, eu não sou mais do grupo do ambulatório eu venho fazer o serviço no ambulatório então minimizei, não deixou de criar um certo respeito, quando eu vim escolhida para aquele grupo. Persiste a animosidade, mas já em uma outra forma, né? Já existe o respeito também, né? A animosidade é a mesma, mas já existe o respeito. Al assim, aliás, o grupo... não sei até hoje se é bom, mas facilitou um pouco ai assim, quando eu volto para cá eu volto achando excelente, eu gosto de trabalhar aqui, mesmo que o espaço seja inadequado, mesmo que permaneça a dificuldade de sala, mais assim é um aprendizado você trabalha mais próximo e essa proximidade faz com o que você aprenda, e quando eu aprendo é causa e efeito: eu repasso e automaticamente eu qualifico o meu atendimento como usuário, que no final das contas é isso que importa, tanto que pra mim é o um ganho trabalhar aqui, agora não posso trabalhar aqui também. tanto o daqui como o de lá eu acho prazeroso, nas suas dimensões cada um ensina e lhe faz fazer melhor...

Para mim é um prazer e quando eu aprendo, quando eu qualifico mais esse meu fazer, quando eu vejo que ele é referenciado, quando ele tem chão e que eu tô fazendo isso não é porque "eu acho que é", não! Eu tô fazendo isso porque eu sei que trezentos cristãos já estudaram isso aqui e realmente eu confirmo que isso é (...) então assim, pra mim eu acho que trabalho é um coisa importantíssima na vida da gente e principalmente se lhe realiza, por isso que acho assim o ambulatório tem essa realização...

Idéia Central

Eu gosto de trabalhar aqui, mesmo que o espaço seja inadequado, mas é um aprendizado. A proximidade faz com o que você aprenda.

Já me sinto respeitada pelo grupo.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

Idéia Central

<p>PATRÍCIA</p>	<p>Para atender pacientes com essas doenças é preciso profissionais bons, e você acaba se destacando junto com o ambulatório. Muito difícil superar. Em primeiro lugar eu conversei com meus pares, algumas pessoas que você se identifica mais, que você conversa mais, desabafa mais, pessoas do trabalho ou fora daqui, família, amigos, espiritualidade, também ajuda muito a superar, Eu faço com os meus pacientes o melhor que eu posso, o meu estímulo vem dele, acho que se não fosse por ele seria mais difícil. Vamos tentando nos acostumar, acostumar com o cotidiano Por que é maravilhoso quando você vê seu paciente crescendo nesse movimento, há tantas dificuldades de estrutura, poder estar compartilhando com outras pessoas... é muito bom.</p>	<p>F</p> <p>Para atender pacientes com essas doenças é preciso profissionais bons, e você acaba se destacando junto com o ambulatório. Muito difícil superar. Em primeiro lugar eu conversei com meus pares.Compartilhando com outras pessoas. Eu faço com os meus pacientes o melhor que eu posso, o meu estímulo vem dele. Porque é maravilhoso quando você vê seu paciente crescendo nesse movimento</p>
<p>LUANA</p>	<p>A enfermaria me ensinou muito. Eu me lembro quando eu cheguei aqui em 92, eu me lembro que eu tinha uma postura de ser humano indiferente. Na época coisa que eu pensava, preconceito .. então muita coisa foi trabalhada ..então eu gostava da enfermaria porque ela me trouxe muito amadurecimento como pessoa , como ser humano, como cidadã civil, então, eu me senti bastante engrandecida, então eu era deslumbrada com essa mudança em minha vida encarei como desafio, até porque eu me achava nova, inteligente, porque eu não aprenderia? Outras pessoas aprenderam, se deram bem porque eu não faria? Ai eu comecei a desenvolver E ai eu me adaptei, absorvi o trabalho, consegui mesmo, me sinto muito lisonjeada, me sinto muito forte, me sinto importante, assim pra mim porque foi uma outra realização profissional ter conseguido absolver o serviço, e assim... eu to... hoje eu me sinto bem preparada para executar as atividades daqui, não me sinto incapaz ou inferior ...com dificuldades... existe é isso eu</p>	<p>F</p> <p>Eu gostava da enfermaria porque ela me trouxe muito amadurecimento. Sinto-me lisonjeada, me sinto muito forte, me sinto importante, porque foi uma outra realização profissional ter conseguido absolver o serviço. Eu me realizei aqui e me realizei até hoje. Eu levo as coisas muito na brincadeira, no bom humor. Não consigo me cansar. Eu sei me desligar super bem, da minha casa, da minha família, é tanto que já em casa eu não comento muita coisa, não gosto de misturar as coisas. E muito gratificante receber a mínima gratificação O trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa</p>

QualiQuantSoft® - MARIA DE FÁTIMA DE CARVALHO

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

ter melhorado, eu ter descoberto para mim mesma, me trouxe uma outra satisfação pessoal a nível profissional
 eu gosto muito aqui do ambulatório, hoje eu gosto mais, vendo assim situações diferentes da minha realidade hoje no ambulatório, eu me realizei muito aqui, ta entendendo, e me realizo até hoje, eu não tenho a pretensão de sair hoje, e se sair daqui pra voltar pra enfermaria
 Toda hora, aqui a gente faz m momento de descontração também né, não sou de me limitar, ah só sábado e domingo, só um feriado não, na semana, nas oportunidades, eu digo muito assim, ai tu vive bronzeadá, e como tu vai pra praia, e como é que tu tem dois empregos, mulher eu saí cansada, mais assim, eu consigo forcas com o bom humor, eu sou bem humorada eu sei diferenciar, sei separar as coisas e eu me divirto é o meu lado
 é o meu lado assim de fazer as coisas, com a atuação que eu to hoje, amanha eu to de folga e saí pra resolver minhas coisas, se eu tiver a oportunidade de marcar as coisas com uma amiga, de ao cinema se chamar pra eu ir eu vou também cansada, eu não vou esticar muito que também cansa né, umas 2/3 horas eu gosto muito de praia, natureza então eu as vezes resgato muito as minhas forcas, só com a visão do mar também e eu acho que é lá que eu renovo as minhas coisas eu gosto, e não tem domingo, sábado, feriado não, é na semana mesmo, e no dia que tiver e der certo eu vou, não é só o fato de barreira não, eu troco o sábado pelo domingo viajo, e no meu trabalho eu me divirto também, eu sei separar as coisas assim que dá, e eu levo as coisas muito na brincadeira mesmo, eu levo as coisas muito no bom humor, certa situação em que o paciente se expõe eu levo na brincadeira, até relaxar as pessoas porque as pessoas vem muito armada pra cá, vem muito carregado de muita coisa, cansaço né, oito horas de viagem né, seis horas de Jaguaribe pra cá e ai pessoa vem de topic, sem dinheiro, sem condição ai a pessoa chega aqui, coitado né, é um estresse que vem com fome, com sono, e nesse momento tem que descontrai a pessoa, eu sei levar muito bem isso né, descontrair o paciente e chegar ... e brincar, e tem que ter um pouco de humor, a vida tem que ser levada com humor, porque a vida já não é humorada e porque a gente não seria né.

Não, não, não consigo me cansar, olha eu nunca fui muito aquela profissional, que tem pessoas até quando saem que transfere, só você

Idéia Central

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

transfere do local, e as vezes você não consegue se desligar das coisas, eu sei me desligar super bem, da minha casa, da minha família, é tanto que lá em casa eu não comento muita coisa, não gosto de misturar as coisas eu me realizo eu gosto de todo mundo, sei separar as coisas, é muito gratificante receber a mínima gratificação vendo gente nova chegar e passar o que a gente aprendeu em anos, em questão de dias e horas e você aí passar anos para adquirir o que você aprendeu, e é muito bom e eu não tenho o que reclamar não, apesar dos pesares eu não me arrependo, foi bom, é bom. Você ver que o trabalho, o trabalho da gente ele é muito bom, é muito forte, no sentido assim que o trabalho pra mim é a extensão da minha casa, o pior que não seria uma extensão, seria mais do que uma extensão da minha casa, porque se você for contar as horas, na sua residência e no seu trabalho, você vai perceber que você tem mais permanência no seu trabalho do que na sua casa, mais também eu não concordo que o trabalho seja a extensão da minha casa né, eu não gosto de dizer isso, assim reconheço é muito forte tudo isso, mas não tem o que permaneça em termo de frequência você precisa mais de seu trabalho do que a sua casa, na casa a gente vai dormir, é gostosa, minha casa é gostosa, tem o conforto e tudo, mais o trabalho é mais forte, presente de ver e de conviver todo dia, toda hora e então tem que ser bom.

NORMA

É uma coisa que eu gosto de fazer, trabalhar com paciente, trabalhar com pessoas, sempre foi algo que eu gostei muito de fazer. A gente tenta fazer o melhor, a gente tenta fazer o melhor que pode, eu tento fazer a diferença no meu trabalho, que é o mais importante. Eu acho que a gente procura ter uma diferença no seu trabalho, no seu atendimento, como você atente, na simpatia que você faz, como você se relaciona com o paciente, como você chega nele, como você faz pra que ele fale um pouco dele, como é que você chega nele pra ele ter uma auto-reflexão, pra você explicar mais sobre a doença, como o vírus vai se portar. O que me motiva a vim trabalhar é saber que eu posso chegar e da um atendimento diferenciado ao paciente, de acordo com a necessidade dele eu posso fazer interferências, encaminhamentos de varias maneiras, de acordo com a necessidade de cada um, é isso que me faz vim trabalhar com o maior

Ideia Central

F
 É uma coisa que eu gosto de fazer, trabalhar com paciente, trabalhar com pessoas. Eu tento fazer a diferença no meu trabalho. Eu faço meditação, caminhada e eu participo de uma filosofia de vida O que me motiva a vim trabalhar é saber que eu posso chegar e da um atendimento diferenciado ao paciente, de acordo com a necessidade dele eu posso fazer interferências. Isso que me faz vim trabalhar com o maior prazer, porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porque tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE
3 - 2. QUAIS ESTRATÉGIAS DE DEFESA UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES FORAM IDENTIFICADAS?

Expressões Chave

prazer, porque quando você faz as coisas por obrigação, por exemplo, faz alguma coisa porque tem que fazer, porque é seu dever, eu acho isso horrível.
Eu curto muito a minha família, curto muito os meus filhos, e eu faço meditação, eu participo de uma filosofia de vida, que eventualmente eu vou, sempre participo de alguma coisa, sempre procuro coisas que deixem as baterias carregadas, a meditação é uma das que eu mais busco, o meu lazer é assim, uma praia, algo bem neutro.
A minha meditação eu faço diariamente, sou uma pessoa que busco muito isso, é algo que me ajuda muito, eu faço minha caminhada, faço coisas que me animam, e quanto ao trabalho é só isso mesmo.

Idéia Central

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](#)