

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**A QUALIDADE DE VIDA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE
NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM AIDS
Ressignificando a Subjetividade nas Interações**

PAULO RENATO DUARTE MAIA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial
à obtenção do grau de mestre.
Orientadora: Prof^a Dr^a Zuleica
Maria Patrício.

Florianópolis, Maio de 1999.

PAULO RENATO DUARTE MAIA

**A QUALIDADE DE VIDA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO
ATENDIMENTO A PESSOAS COM AIDS
Ressignificando a Subjetividade nas Interações**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial
à obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Zuleica
Maria Patrício.

Florianópolis, Maio de 1999

PAULO RENATO DUARTE MAIA

**A QUALIDADE DE VIDA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A
PESSOAS COM AIDS**

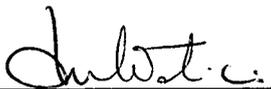
Ressignificando a Subjetividade nas Interações

**Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”,
Especialidade em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.**

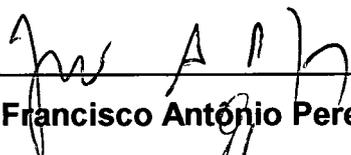


Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph. D.

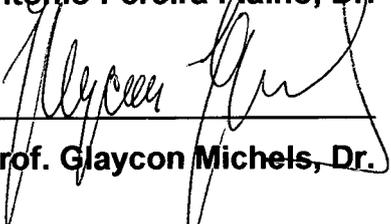
Banca Examinadora:



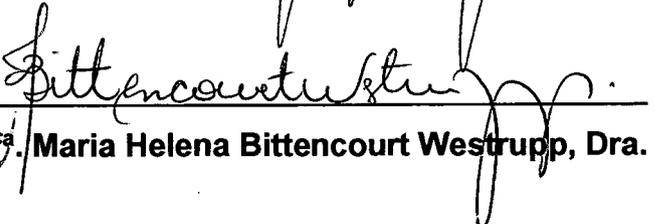
Profª. Zuleica Maria Patrício, Dra.
Orientadora



Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.



Prof. Glaycon Michels, Dr.



Profª. Maria Helena Bittencourt Westrupp, Dra.

Florianópolis, maio de 1999

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai (*in memoriam*) e a minha mãe, “velhos” visionários.

À minha família pela acolhida incondicional de um porto seguro.

Ao Amauri pela compreensão, apoio e companheirismo que se fizeram em aparente silêncio.

A Tati e Diana por me preencherem com sua lealdade.

Aos amigos pelas acolhidas estimuladoras.

Aos atores do estudo pela coragem de se desnudarem e pela confiança de se entregarem a mim.

À Matilde por representar esperança e modelo de vida.

Para alguns anônimos que se fizeram passagem no caminho.

A Édis, Glaycon e Barcia por onde tudo começou.

Em especial, a minha orientadora Zuca pela tradução de vida que se expressou na confiança, compaixão, competência e humanidade.

“Creio que todo o jovem no início de carreira – quer deseje ser um cientista, artista, homem de negócios ou engenheiro – deve ter em mente que não precisa nada mais a não ser seus próprios olhos para ver toda uma floresta. Só para a detecção de algum detalhe mínimo em uma única célula de uma árvore da floresta é que precisará de um microscópio. Meu conselho aos jovens em início de carreira, é que tentem olhar para o exterior das grandes coisas com sua mente nova, sem treinamento e sem preconceito. Quando for mais velho, talvez não seja capaz de ‘ver a floresta pelas árvores’... Há duas formas de se detectar as coisas que ninguém vê: uma é visar o menor detalhe possível utilizando os melhores aparelhos de análise disponíveis, a outra é simplesmente olhar as coisas de um novo ângulo, pelo qual exponham facetas até agora ocultas. A primeira exige dinheiro e experiência; a Segunda não faz nenhuma pressuposição – na verdade, ela é realmente ajudada pela simplicidade, pela falta de preconceito e pela ausência de hábitos estabelecidos de pensamento que tendem a acontecer após muitos anos de trabalho. Não é o ver pela primeira vez, mas, sim, estabelecer sólidas relações entre o anteriormente conhecido e o até agora desconhecido que constitui a essência da descoberta científica.”

WILHELM REICH

SUMÁRIO

RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
1. INTRODUÇÃO	01
2. A AIDS E O TRABALHADOR DA SAÚDE:	
UM OLHAR INICIAL A ESSA REALIDADE DE VIDA	08
3. APRESENTANDO O CAMINHO DO ESTUDO: O MÉTODO	21
3.1. DOS RIGORES ÉTICOS	25
3.2. (RE)CONHECENDO OS SUJEITOS: OS TRABALHADORES EM SEUS LOCAIS DE TRABALHO	25
3.3. PROCESSO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS	26
3.4. RETORNANDO AO CAMPO: REENCONTRANDO OS ATORES	31
4. O COTIDIANO DOS TRABALHADORES	
NO AMBULATÓRIO E SUAS INTERAÇÕES	32
4.1. INTEIRANDO-SE COM O CUIDADO: A ENFERMAGEM	34
4.2. BUSCANDO A DIVERSIDADE NA ESPECIALIDADE: MEDICINA	38
4.3. EM BUSCA DO RECONHECIMENTO: PSICOLOGIA	39
4.4. RECONHECENDO A INTERDEPENDÊNCIA: FARMÁCIA	40
4.5. INTERFACE NO SOCIAL: SERVIÇO SOCIAL	41
5. AS INTERAÇÕES DO COTIDIANO	
E A QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES	44
5.1. A IMPOTÊNCIA FRENTE A FINITUDE, A BUSCA DA UNIDADE PROFISSIONAL E A EXPRESSÃO DA HUMANIZAÇÃO	44
5.1.1. Finitude	45
5.1.2. Da busca da identidade profissional	48
5.1.3. A expressão da humanização	51
5.2. O MOVIMENTO DE CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES: UM PROCESSO INTERACIONAL "DE DENTRO PARA FORA E DE FORA PARA DENTRO	53

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PROPOSIÇÕES E REFLEXÕES PARA OUTROS ESTUDOS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Gráfico representativo das interações de trabalho	43
Figura 02 – Dinâmica interacional dos três temas apresentados	63

RESUMO

As recentes transformações que a humanidade vem sofrendo, nos últimos tempos, à partir, em específico, da questão da AIDS, trouxe em seu universo de relações, repercussões em vários âmbitos da sua organização social e, principalmente, na reestruturação das relações interpessoais nos serviços de saúde. Essa realidade, trouxe o surgimento de serviços especializados para atendimento da demanda social afetada por esta enfermidade (AIDS). A criação desses serviços, em muitos casos, tornou-se, para os trabalhadores da saúde, um desafio a mais no desenvolvimento do trabalho, no desempenho dos próprios objetivos de vida. Para se compreender melhor esta realidade, foi desenvolvido um estudo de caso, de caráter qualitativo, tendo como objetivo compreender a qualidade de vida desta equipe de saúde no atendimento aos doentes, tendo em vista as interações de seu cotidiano de trabalho bem como, a repercussão disso na sua qualidade de viver e vice-versa. O estudo foi desenvolvido num ambulatório de rede pública de uma cidade do interior de Santa Catarina, Brasil. O sentimento de impotência frente a essa nova realidade de trabalho, a busca da construção de uma nova identidade profissional demandada pela clientela atendida e, as conseqüentes transformações nas suas relações interpessoais resultaram numa nova qualidade de viver, no trabalho, na vida como um todo. A partir da compreensão interacional desses temas foi possível reconhecer um movimento "de dentro para fora e de fora para dentro" na construção da própria qualidade de vida desses trabalhadores.

ABSTRACT

The recent changes humankind has gone through lately, particularly since AIDS, have brought about, within its relations, repercussions in various areas of its social organization, especially in the restructuring of the interpersonal relations in the health service. This reality led to the emergence of specialized services for the social group affected by this disease (AIDS), which, in many cases, have become, for the health workers, one more challenge in the accomplishment of their jobs. A qualitative case study was carried out, aiming at understanding the life quality of a health team at attending the sick, considering the everyday interactions in their jobs, as well as the repercussions of this in the quality of living and vice versa. The study was carried out at a public ambulatory located in an interior city of the state of Santa Catarina, Brasil. The feeling of impotence before this new job reality, the search for the construction of a new professional identity demanded by the clientele, and the consequent changes in their interpersonal relations resulted in a new quality of living at their work, in their lives as a whole. Based on the interactional understanding of all these issues, it was possible to see a movement "from in outwards" and "from out inwards" in the construction of the quality of life of these workers.

1. INTRODUÇÃO

A Humanidade, em seu processo de contínuas transformações através da história, vivendo atualmente os grandes avanços tecnológicos, lança-se agora num novo desafio: a manutenção e preservação da sua própria existência. A questão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) como um dos fatores de transformação, trouxe inúmeras repercussões na qualidade de vida de toda a população. A AIDS trouxe em si não só repercussões no universo reificado, dentro do "staff" científico, da comunidade médica e hospitalar, mas, alterou, acima de tudo, as relações humanas, seus comportamentos, seus valores e crenças no cotidiano humano.

Segundo Berlinguer (1998, pp. 20 e 94): "no fenômeno doença, quando se considera a espécie humana, estão interligados três componentes: a) um fato objetivo, corporal, isto é, uma alteração de um órgão, aparelho, sistema ou função, mais ou menos demonstrável; b) um maior ou menor conhecimento do mal; c) uma idéia e uma medida.

Continua ainda o autor:

"A doença num indivíduo, fenômeno intimamente ligado a sua existência privada, é raramente um caso isolado. Processos patológicos semelhantes verificam-se paralelamente em outras pessoas, e são expressão de forças destrutivas que agem sobre a coletividade. A soma e a interpretação desses episódios poderiam dar indícios e orientações para compreender o que ocorre nas várias sociedades humanas, ou o que aconteceu no passado; e para prever melhor o futuro. A doença, pode ser portanto, um sinal."

A questão doença - em específico a AIDS - trouxe uma emergência ao tema morte. Reporta aos aspectos históricos, atribuições e representações da condição humana.

A morte, no século XIX, possuía uma atribuição de beleza, de repouso, de reunião ao ser amado, de romantismo. Já o século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa. O grande valor do século atual é o de dar a impressão de que “nada mudou”, de que a morte passe despercebida. A boa morte atual tornou-se a oposição da representação na antigüidade, a morte repentina, não percebida. A ‘boa’ morte, hoje, é aquela em que não se sabe se o sujeito morreu e do que morreu. A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida (Kovács, 1992).

Mas desde a antigüidade, o tema morte trazia em sua retórica a densidade e a complexidade de viver a condição humana.

Platão em seus escritos, apresenta uma das narrativas de Sócrates ante sua condenação de morte:

“Ou aquele que morre é reduzido ao nada e não tem mais qualquer consciência, ou então, conforme o que se diz, a morte é uma mudança, uma transmigração da alma do lugar onde nos encontramos para outro lugar. Se a morte é a extinção de todo sentimento e assemelha-se a um desses sonhos dos quais nada se vê, mesmo em sonho, então morrer é um ganho maravilhoso(...) Por outro lado, se a morte é como uma passagem daqui para outro lugar, e se é verdade, como se diz; que todos os mortos aí se reúnem, pode-se, senhores juizes, imaginar maior bem?”

A AIDS trouxe a questão da vergonha da morte, do desfecho trágico da vida e, pela suas representações sociais, é como uma radiografia desta própria vida.

Contudo, reportando a questão da doença como um sinal, não no sentido pejorativo e estigmatizador (Goffman, 1982), mas, sobretudo, como realidade e dinâmica de vida, podemos nos aproximar da compreensão.

Entendendo a doença como um sinal coletivo, podemos também entendê-la individualmente, como, inicialmente, a expressão de uma dificuldade na vida de uma pessoa. A esta altura considerarmos a subjetividade e as implicações que esta possa desencadear num determinado grupo social é no mínimo, abriremos a visão da

complexidade que são os relacionamentos humanos, sem correremos o risco de reduzir a análise.

A epidemiologia estuda as relações existentes entre estilo de vida e doença, como hábitos individuais ou grupais se interligam no trabalho e na estratificação social (Berlinguer, op.cit.)

Contudo, a realidade de saúde em seu sistema de atendimento tornou-se, hoje em dia, um agravante a ansiedade da pessoa que necessita de seus serviços. Esta realidade de atendimento à saúde reflete problemas estruturais como a falta de recursos humanos, provenientes da deficiência profissional, a falta de informações, e a incompetência profissional associada às más condições de trabalho e a uma política salarial inadequada.

Cabe ainda ao profissional que se propõe a ajudar pessoas com AIDS, a necessidade de ampliar o conhecimento de si mesmo, sabendo que estará se confrontando com crenças e valores muitas vezes em desacordo com sua estrutura psico-sócio-cultural (Meneghini et al., 1995).

Com isto, o interesse primordial deste estudo é de lançar um olhar mais aprofundado na realidade de quem convive com a doença, não estritamente em seu corpo individual, mas no seu corpo coletivo: a realidade de vida das pessoas que trabalham com pacientes com AIDS. Conhecer como estas interações se processam, torna-se uma necessidade irreversível, para desta forma contribuir não só para a compreensão da intersubjetividade nas relações de trabalho como também para a humanização dos atendimentos, das próprias condições onde o trabalho se inscreve. E, acima de tudo contribuir para as relações humanas como um todo, na erradicação dos preconceitos, de atitudes e condutas desfavoráveis ao processo de humanização.

Para minimização desse fenômeno, o processo de intervenção, inicialmente, seja o de conhecer como estas construções de vida se processam, através de representações, desejos e incertezas, aspectos interacionais dignos da condição humana.

Há classicamente uma demanda muito grande de atribuições que são exigidas desse profissional, o trabalhador da saúde.

A ele compete, como sendo uma filosofia que lhe é peculiar, atender o paciente como ser integral, valorizando sua individualidade e, conseqüentemente, aceitando-o. Ao assistir o indivíduo integralmente, é preciso considerar que a necessidade espiritual desse paciente também está inserida neste contexto (Fernandes et alii, 1984). Ou seja, para atender o paciente como ser integral, se requer do trabalhador compreender as representações e respeitar o sistema de crenças do paciente no espaço de trabalho.

A questão que se coloca é referente ao próprio trabalhador, porquanto, para compreender o outro será necessário primeiro refletir sobre seus próprios valores pessoais e profissionais, mais do que isto, compreender como isto se estabelece no coletivo, na própria interação com o outro.

A abordagem proposta neste estudo, entendendo ser este o caminho mais coerente, é resgatar a pessoa (subjetividade) do profissional da saúde, identificando a qualidade de sua vida na situação de prestador de serviços no atendimento de pessoas sofrendo por AIDS. Em especial, o processo de interação no trabalho e quais as implicações (significação) disso na sua vida.

A realidade vivida, hoje, por algumas categorias profissionais compromete muito mais a realização de seus objetivos e muitas vezes torna-se expressão de contradição em seu desempenho profissional.

O trabalhador da saúde que atua em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), freqüentemente presta assistência a pacientes em morte iminente. Nessa situação crítica, segundo Fernandes (op. cit.) seus valores pessoais e profissionais poderão interferir na qualidade de sua assistência, que tem como finalidade atender as necessidades básicas do ser humano nos seus aspectos biopsico-sócio-espirituais. É oportuno lembrar que esta assistência engloba proporcionar ao indivíduo uma morte tranqüila, caso este evento se apresente.

Contudo, este profissional não está só nesta dinâmica de trabalho, compartilha com outros profissionais que estão envolvidos neste atendimento, podendo também trazer seus valores para a interface nas relações de trabalho.

Segundo Mello Filho (1992), o trabalho em equipe ao atendimento de pessoas com AIDS é extremamente desafiador, comumente rompendo-se os limites assistenciais formais. Problemas surgem tanto da área institucional como também na relação equipe/paciente. Torna-se urgente uma reflexão mais profunda que possa favorecer mudanças de atitudes, superando os estereótipos que surgem nessa relação.

Segundo Cunha (1997), a própria construção social da realidade do fenômeno AIDS tem gerado inúmeras repercussões, não só em relação aos portadores como também em relação aqueles que estão, de algum modo, envolvidos com a doença ou o doente. Essa autora enfatiza, ao final do seu estudo, a urgência de se estudar os reflexos e suas conseqüências na vida das pessoas e das organizações.

A partir dessa realidade, tornou-se imperativo fazer um estudo de campo que possibilitasse ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida no atendimento prestado por esses trabalhadores.

Para tanto, foi desenvolvido um estudo de caso, de caráter qualitativo, junto a uma equipe de saúde, lotada num ambulatório da rede pública, específico para atendimento a pessoas em situação de AIDS, de uma cidade do interior de Santa Catarina, Brasil.

Os procedimentos deste estudo foram conduzidos sob o pressuposto que a qualidade de vida desses profissionais é construída nas interações de seu cotidiano. Assim, teve as seguintes questões norteadoras: como se processam as interações da equipe de saúde no cotidiano do trabalho e qual a relação dessas com sua qualidade de vida? Até que ponto a realidade do trabalho está comprometendo sua qualidade de vida pessoal ou vice-versa?

Para responder essas questões, objetivou-se compreender a qualidade de vida de uma equipe de saúde no atendimento a pessoas com AIDS tendo em vista as interações de seu cotidiano de trabalho.

A apresentação deste estudo se compõe de seis (06) capítulos. No primeiro é apresentado o que até aqui foi exposto: o contexto que inspirou a proposição, seu objetivo e justificativa para tal.

O segundo capítulo se constitui no esforço de desenvolvimento para construção de um marco conceitual e teórico, bem como a articulação dos conceitos que possam estar indicando um olhar reflexivo do próprio estudo.

No terceiro capítulo é apresentado o próprio caminho do estudo: os recursos metodológicos que deram sustentação para o desenvolvimento e resolução das questões do estudo em si.

No quarto capítulo está a descrição do cotidiano de trabalho desses atores e as interações estabelecidas entre si. Já o quinto capítulo é constituído de dois momentos: no primeiro, a apresentação de temas significativos que emergiram nas

observações a partir da coleta e da análise dos dados, a saber: o sentimento de impotência frente a condição existencial de finitude e a busca de uma unidade funcional no trabalho, com a conseqüente humanização, a partir das interações vivenciada por estes trabalhadores; no segundo, a compreensão da qualidade de vida desses trabalhadores a partir dessas interações e a expressão desse processo, num movimento “de dentro para fora e de fora para dentro”. Finalmente, o sexto capítulo, é um momento destinado às reflexões e sínteses que esse tema possibilitou ao estudo.

Espera-se que esse trabalho venha contribuir para uma melhor “escuta” não só na realidade de vida desses trabalhadores mas também nos aspectos que envolvem esta realidade de trabalho, na sua dimensão e repercussão social na qualidade de “viver no humano”. Especificamente, espera-se que este estudo contribua para uma melhor compreensão do próprio fenômeno “interação humana”, suas possibilidades e limites, e que seja também um indicativo teórico na contribuição para outros questionamentos posteriores. Numa linguagem qualitativa, espera-se que o estudo contemple as dimensões do pensar, do sentir e refletir sobre a qualidade de vida individual-coletiva.

2. A AIDS E O TRABALHADOR DA SAÚDE: UM OLHAR INICIAL A ESSA REALIDADE DE VIDA

Com o término de mais um século, um novo e contínuo desafio espreita a humanidade: a questão da AIDS e suas implicações e repercussões na condição humana.

Esta caracterização de desafio se dá em virtude do caráter surpreendente, inesperado, com que a AIDS assolou e se internalizou no cotidiano humano.

Para Nuland (1995), no cálculo da morte, ninguém antes de 1981 poderia ter adivinhado a existência do HIV, vírus causador da síndrome da imunodeficiência humana. Segundo ainda este mesmo autor, os primeiros indícios de seu impacto impressionaram muito, num instante em que a ciência biomédica estava começando a oferecer congratulações cautelosas a si mesma por ter alcançado um estado de avanço em que, finalmente, a vitória final sobre doenças infecciosas parecia à vista.

A AIDS não só confundiu os caçadores de micróbios, diz esse autor, como abalou a confiança que todos nós tínhamos na eficácia da tecnologia e da ciência para manter a humanidade a salvo dos caprichos da natureza.

Para podermos ter uma melhor compreensão das proposições deste projeto, torna-se indispensável situar historicamente o contexto da problematização estudada, desde o cenário em que surge a AIDS, com seu conseqüente impacto nas relações humanas, em específico para o profissional da saúde na lida com o paciente de AIDS - as novas demandas que surgem para esta categoria profissional: o trabalho em equipe multidisciplinar para uma proposição interdisciplinar.

Muito antes de tornar sua presença manifesta pela ocorrência de uma caso identificável sequer de AIDS, o vírus estava se difundindo por entre milhares de pessoas sem consciência disso.

A primeira pista da nova doença apareceu na forma de dois pequenos artigos nos números de junho e julho de 1981 do *Morbidity and Mortality Weekly Report* distribuídos pelos Centros de Controle de Doenças (CCD) (*apud* Nuland, *op. cit.*)

Segundo Nuland (*op. cit.*), os artigos descreviam a ocorrência de duas doenças até então extremamente raras, num total de 41 indivíduos homossexuais, na cidade de Nova Iorque e no estado da Califórnia, EUA. Uma das doenças era a pneumonia, *Pneumocystis Carinii* (PPC), e a outra era o *Sarcoma de Kaposi* (SK). A PPC não costuma causar doenças em gente cujo sistema imunológico esteja intacto. Algum fator ainda desconhecido havia destruído grandes números dessas células e assim comprometido gravemente a imunidade desses jovens. Em poucos meses, haviam várias publicações contando casos semelhante (Nuland, *op. cit.*).

Segundo outros autores, a história da AIDS (Rodrigues, 1988) é bastante complexa e ainda parece não estar totalmente esclarecida. Dados indicam que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) foi primeiro identificada em 1979, nas cidades de Nova Iorque e Los Angeles, nos EUA. Em 1981, o *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta, Geórgia, EUA, levou ao conhecimento da comunidade científica internacional o aparecimento de uma nova doença que acometia homossexuais jovens, masculinos, provocando severa imunodepressão. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a denominação de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA), criada pelo CDC em 1982 (Cunha, 1997).

O aparecimento da AIDS foi um choque para os membros do *establishment* da saúde pública mundial, que haviam, de meados até o final da década de 1970, se convencido de que a ameaça de doenças bacterianas e viróticas se tornara coisa do passado.

Os anos 80 trouxeram duas novas fontes de medo para essa realidade: a emergência de cepas resistentes a drogas e o advento da AIDS. Ambos os problemas ainda estão entre nós sem previsão de uma superação. Segundo o Dr. Gerald Friedland, a autoridade internacional que dirige a unidade de AIDS em Yale, a síndrome está agora conosco enquanto durar a história humana (Nuland, op.cit.).

Segundo Parker (*apud* Cunha, op. cit.), a chamada epidemia global é dinâmica e em evolução. É composta de milhares de epidemias menores e complicadas, e seus grandes impactos ainda estão por vir. Em 1992, havia 12,9 milhões de pessoas no mundo infectadas pelo HIV. Cerca de 21% desenvolveram a doença e, destas, mais de 90% morreram.

Langone e Vieira (1995), reforçaram a importância da AIDS nos processos de saúde-doença. Os anos 80, trazem em seu início a questão da AIDS como uma doença que está relacionada com a debilidade orgânica, com o "enfraquecimento misterioso" do sistema imunológico, desencadeando infecções oportunistas.

Atualmente, a realidade do quadro da síndrome abraça quase 30 doenças associadas (26), como a tuberculose pulmonar e a pneumonia recorrente.

Hoje, é considerado doente quem possuir uma baixa contagem de células de defesa, que são atacadas pelo vírus (Cunha, op.cit.).

O desconhecimento inicial, não só na comunidade científica, mas em todas as esferas sociais, tendo a mídia assumido-se como um veículo decisivo na difusão de informações, trouxe até os dias de hoje conseqüências desfavoráveis para a

compreensão e resolução deste problema mundial. A humanidade se descobriu intimamente envolvida: não havia distinções de classes social, nem de cor.

O que inicialmente fora compreendido como grupo de risco, remetido a algumas categorias humanas como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis ou hemofílicos, agora fazia parte do risco potencial de cada um, acompanhando seus cotidianos, como uma ameaça premente, como um castigo evidente. Trouxe consigo velhos temas da ordem humana a baila: a moralidade, a conduta, o preconceito, a solidariedade, as condições de segurança no trabalho, a transmissão X contágio, enfim trouxe os aspectos psicossociais que contemplam esta intrigante síndrome.

Não se tratando mais de uma nova doença com seus estudos de etiopatogênese, a AIDS não conseguiu ser isolada dentro da comunidade científica, atravessou as fronteiras do universo reificado, convivendo no cotidiano das pessoas, gerando novas representações no coletivo humano, criando uma nova cultura. A cultura que inicialmente trouxera novas doenças, dialeticamente se vê no reverso, onde estas novas doenças trazem uma nova "cultura", novos hábitos.

Segundo ainda Langone e Vieira (op.cit.), a AIDS ainda permanece trazendo a questão do medo e pânico entre profissionais da saúde que eventualmente estabelecem um contato direto com o portador do vírus, apesar de todos os esforços de esclarecer a diferenciação de uma doença transmissível, sendo ela o caso, mas não contagiosa.

Para compreendermos as interações que ocorrem entre o profissional da saúde na lida com o paciente com AIDS, torna-se imprescindível conhecer este sujeito de estudo, este ator social em questão.

Geralmente, uma equipe de saúde que lida com esse tipo de cliente é composta de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem - alguns serviços dispõem de psicólogos e assistentes sociais. Uma identidade marcada por diferenças e contradições não só de atribuições, mas acima de tudo de orientação ideológica em saúde.

Historicamente, alguns fatos mundiais contribuíram na construção desta categoria profissional: o enfermeiro.

Os Estados Unidos após a Primeira Guerra Mundial, ressurgem no cenário internacional como a grande potência econômica mundial, determinando uma influência muito grande, política e culturalmente, sobre os outros países do eixo ocidental, particularmente na América Latina. Esta influência americana foi notadamente sentida dentro do Brasil, relativamente aos aspectos e procedimentos em saúde pública, que anteriormente possuíam uma orientação nos modelos das escolas européias. (Miranda, 1994)

Dentro do momento histórico, social e filosófico, algumas categorias profissionais de saúde, no século XIX, reafirmaram-se, numa panorâmica de crise dentro do pensamento científico: a cisão da razão como pressuposto único e indissociável da ciência, da emoção - reivindicado, desta forma, a suposta neutralidade na produção de conhecimentos e verdades.

Sobre essa questão, R. D. Lang (apud Capra, 1985, p. 51) afirma que a ciência moderna foi bem sucedida ao propor as propriedades de quantificação da matéria objeto de estudo:

“perderam-se a visão, o som, o gosto, o tato e o olfato, e com eles foram-se também a sensibilidade estética e ética, os valores, a qualidade, a forma; todos os sentimentos, motivos, intenções, a alma, a consciência, o espírito. A experiência como tal, foi expulsa do domínio do discurso científico. Nada mudou mais o nosso

mundo nos últimos quatrocentos anos do que a obsessão dos cientistas pela medição e pela quantificação.”

Até o século (XIX) a enfermagem, por exemplo, não se constituía numa atividade profissional, mas atrelava-se como extensão da prática médica hospitalar. Esta questão trouxe, até hoje em dia, um desafio na relação de poder entre os profissionais da saúde.

Com a modernização da organização hospitalar, que anteriormente era desempenhada por religiosas na precursão do papel da enfermagem, muda-se o caráter e objetivos da recente instituição. Até meados do século XVIII, as organizações médico-hospitalares tinham autonomia em sua gerências, caracterizando-se pela assistência e exclusão. Dava-se ênfase a assistência ao pobre, sem priorizar a cura. Os trabalhadores do hospital estavam desta forma, garantindo sua salvação espiritual na medida que se caracterizavam em sua maioria por pessoas religiosas objetivando a caridade (Miranda ,1994).

Outro autor que contextualiza esta questão através das relações e redes do poder é Michel Foucault (1979, p. 74):

“antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres... O pobre como pobre tem necessidade de assistência e como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhe-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna (...). Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre num momento da morte (...) Tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do material aliado a função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

No Brasil, a primeira dessas Santa Casas foi a de Santos-SP, mais tarde, Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus - todas no século XVI. As atribuições de alguns profissionais de saúde durante este período tinha um caráter essencialmente prático, simplificando os requisitos para o exercício de suas funções e muito menos

qualquer exigência quanto ao nível de escolarização de quem as exercia. Contando com voluntários e escravos para o cuidado com os doentes, os religiosos também prestavam assistência e faziam supervisão das atividades de enfermagem. Essa situação perdurou desde a colonização até o início do século XX: uma enfermagem exercida em bases puramente empíricas; os livros consultados eram de medicina popular e de enfermagem caseira, oriundos de Portugal (Germano, 1984).

Estas são características que devem ser estudadas com mais rigor num momento posterior. Contudo a divisão de classes, de categorias profissionais neste país, reflete e faz refletir muitas das contradições e do (mal) estado das coisas na questão do trabalho e suas políticas vigentes.

São vários os desafios e dificuldades para o profissional da saúde na organização e desempenho do trabalho. O próprio sofrimento pode ser expresso verbalmente, através de enfermidades psicossomáticas, vinculadas a algumas modalidades de organização de trabalho consideradas perigosas (Wisner, 1994). Um exemplo disso: o medo do risco de ser contaminado no trato com o paciente na relação de trabalho.

A teoria das representações sociais de Moscovici, (1985), é compreendida como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter-indivíduos, onde ocorrem dois processos geradores de representações: a ancoragem e a objetificação. Estes dois aspectos possibilitam que as novas representações saiam do universo do estranho, ameaçador – as representações criadas a partir do medo - e se incorporem ao nível do reconhecível. Através destes processos um grupo se mantém e estabelece uma ideação tolerável com o aspecto ameaçador.

O caráter ameaçador da AIDS trouxe uma nova condição: a de "estrangeira". Segundo Joffe (1995), objetos sociais estranhos evocam medo, porque eles ameaçam o sentido de ordem das pessoas e sua sensação de controle sobre o mundo familiar. Afirma, ainda, que tendo uma representação com feição mais familiar, o objeto social se torna menos ameaçador - e tal processo nos ajuda a entender porque AIDS foi inicialmente ancorada a representações mais familiares, como por exemplo, o de representar uma praga.

Outro aspecto importante vivido por estes profissionais que lidam com esses pacientes é a discriminação e o isolamento de que são alvos. Esta situação parte muitas vezes de outros colegas, gerando pontos de tensão muito forte, o que faz estes trabalhadores sofrerem uma ansiedade intensa, causadora de associações de morte e loucura (Mello Filho, 1992).

Conseqüentemente, resulta um processo de negação e distanciamento afetivo como estrutura de defesa na frágil relação que se estabelece com o paciente. A disposição da organização do trabalho favorece e fortalece esta defesa frente o contato com os doentes (Seligmann-Silva, 1994).

Segundo este mesmo autor, uma das representações que se criam em torno do trabalho, e, especificamente, do ambiente de trabalho, é a representação de luta e guerra. A própria linguagem atribuída pelo trabalhador muitas vezes traduz esta compreensão. Conseqüentemente, os resultados deste relação confirmam um caráter belicoso do próprio trabalho, de tensão, desencadeando o próprio sofrimento. Dejourn (1994), afirma que o sofrimento do trabalhador surge quando a possibilidade de se reestruturar na relação com a organização do trabalho é bloqueada, ou seja, não há uma via de descarga da tensão na atividade, e, muito menos, de satisfação na realização do seu próprio trabalho.

Para Mello Filho (op.cit.), é possível reconhecer a associação da impotência ao prazer do desafio e do controle da própria ameaça de morte que os profissionais de saúde vivem no risco da contaminação, como já dito.

Esta condição fica mais refletida nas organizações com um caráter burocrático, autoritário, não oferecendo condições favoráveis a uma possibilidade criadora e protetora deste indivíduo.

O que é possível fazer para minimizar o sofrimento psíquico que se estabelece nesta relação de trabalho? Como o medo se constitui e quais as suas implicações na vivência cotidiana destes trabalhadores (Dejours, 1992)?

Estas são ainda questões complexas para serem definitivamente resolvidas aqui, quer seja nas proposições para resolução dos problemas, quer seja nos vários fatores implicados nestas relações de trabalho geradoras de sofrimento. Entretanto, tornam-se um estímulo na busca de conhecer a qualidade de vida daqueles que trabalham com o sofrimento humano.

Todas estas questões estão inegavelmente interligadas, apesar da forte compartimentalização que o modo de vida da cultura ocidental imprime nos hábitos do indivíduo. É preciso antes de tudo aproximar a lente e conhecer: que trabalhador é este? Que vida é esta? Atualmente, vários autores vêm apontando a necessidade de se enfatizar o indivíduo num todo, nas suas relações de vida.

Berlinguer (op.cit.) afirma que existe uma estreita ligação entre saúde e estilo de vida; que a epidemiologia estuda também a relação entre as doenças e o estilo de vida, isto é, comportamentos e hábitos do indivíduo interligados com o trabalho e, num âmbito maior, com a estratificação social; e afirma ainda que estaríamos passando agora de doenças causadas por fatores naturais ou ambientais para

aquelas procuradas, quase desejadas, derivadas de escolhas pessoais, livres, mas incompatíveis com a saúde. É bem possível haver algo de verdadeiro nesta afirmação.

Contudo, quando nos referimos às estratificações sociais, alguns aspectos já estão impostos e dispostos na sociedade, num determinado grupo social onde o indivíduo se estabeleceu, e se faz necessário considerar as arbitrariedades e desigualdades mapeadas nessa mesma sociedade. Muitas vezes este mesmo indivíduo se subordinou, como um dispositivo para manutenção de sua sobrevivência, como uma injunção de vida.

Segundo ainda Mello Filho (op. cit.) é possível reconhecer a associação da impotência ao prazer do desafio e do controle da própria ameaça de morte que os profissionais de saúde vivem no risco da contaminação, anteriormente já citado.

Quando voltamos a atenção para a realidade do trabalho, para as condições que são oferecidas para sua realização, surge um aspecto que contempla todas estas questões: a qualidade de vida deste trabalhador.

Diversos autores, nas mais variadas áreas, falam de qualidade total, de excelência profissional, de qualidade de vida no trabalho, como fatores importantes para um melhor resultado ao nível da produção, quantitativa e qualitativamente. Mas, é possível dissociar esta qualidade no trabalho, num âmbito maior, de sua qualidade de vida no geral, no todo? É possível negar sua história pessoal?

Segundo Patricio (1996), a qualidade de vida do ser humano está relacionada à qualidade de vida do planeta. Esta, por sua vez, está ameaçada pela forma como o ser humano está buscando satisfazer suas necessidades de prazer e felicidade. A qualidade do binômio saúde-doença, referente as questões da AIDS, também está inserida nesse processo de busca.

O conceito de qualidade de vida pode ainda ser visto na abrangência do cotidiano das pessoas, do paciente, da equipe hospitalar, das autoridades políticas e seus planejamentos econômicos. Em 1978, a OMS (Organização Mundial de Saúde) decretou que todos os indivíduos estão no direito de obter cuidados fisiológicos e psicossociais, bem como ter uma qualidade de vida adequada. Recentemente, a definição de qualidade de vida tem evoluído em direção a um sistema multi-fatorial que consiste de fatores biológicos, psicológicos e sociais. É justamente na promoção da qualidade de vida que as variáveis psicossociais desempenham um papel importante (Nascimento-Schulze, 1997).

Outro aspecto que se torna decisivo é a questão das interações humanas (sociais) onde teorias da comunicação buscam desvendar a problemática dos relacionamentos dentro do âmbito social.

Dentro destes modelos teóricos (Paquette, 1993), é possível citar a teoria cognitiva da comunicação, de Moscovici e Zimbardo, como uma “co-construção” da realidade. Esta teoria rompe com o modelo reducionista de estímulo-resposta, proveniente de referencial behaviorista. Segundo ela, no processo das interações sociais a questão da motivação está presente, contudo se estabelece através da linguagem. Nessas interações, a linguagem exerce três funções, a saber:

- Função criadora: estando ligada à afetividade, à revelação da identidade social do outro e a sua representação;
- Função reguladora da própria interação; e
- Função de estruturação desta mesma interação.

Estas funções trazem conseqüências no processo de interação social. Na linguagem, o que torna-se importante não é o conteúdo em si, mas o conteúdo afetivo das palavras. A representação do outro reduz a variabilidade dos elementos

diversos do discurso, através de uma unificação da cognição social. Reside aí, um conflito entre o desejo de comunicar e a inibição da linguagem, porque a incerteza e a opacidade da palavra podem subverter o sentido da fala (a questão do significado). Segundo ainda este modelo, a comunicação seria uma relação complexa entre os enunciados na situação de enunciação, os objetos lingüísticos em relação com os objetos extralingüísticos e os valores referenciais das pessoas falantes. Teria-se então, uma primazia da interlocução sobre interlocutores.

Conseqüentemente, na interação a comunicação seria uma "co-construção interlocutória de um modelo possível".

Os aspectos da interação humana tornam-se decisivos para o próprio conhecimento da qualidade de vida do trabalhador.

Dentro dessa perspectiva, a Ergonomia se insere como um lugar teórico possível para a compreensão da qualidade do viver do trabalhador - não só em seus aspectos micro-relacionais mas, acima de tudo (e o que lhe dá sentido), na dimensão macro-relacional - através da interdisciplinarização dos conhecimentos, longe do reducionismo teórico das especializações ainda marcadas por um caráter multidisciplinar.

Segundo Daniellou (*apud* Vidal, s.d., 1993) a Ergonomia tem como objetivo de investigação teórica a atividade do trabalho, recorrendo a disciplinas fundamentais como a fisiologia do trabalho, a antropologia cognitiva e a psicologia dinâmica, fundamentada metodologicamente na análise do trabalho. Como programa tecnológico, a promoção de componentes materiais, lógicos e organizacionais de situações de trabalho adequadas ao indivíduo, às pessoas e aos coletivos do ambiente de trabalho. Amplia-se ainda em sua dimensão a discussão e interpretação sobre as "interações" entre ergonomistas e os demais atores sociais envolvidos na

produção e no processo de concepção, buscando entender o lugar do ergonomista nestas ações, bem como formar seus princípios deontológicos.

Finalizando essa etapa do estudo, é possível acreditar que a mudança nos paradigmas que orientam as teorias e as práticas acadêmicas, os serviços de saúde e de educação, contemple uma abordagem mais integral deste ser humano, reconhecendo a socialização do processo viver e toda a complexidade de suas representações. Isso poderá não só colaborar com a vida humana mas, numa visão holística, com toda a vida do planeta.

3. APRESENTANDO O CAMINHO DO ESTUDO : O MÉTODO

Entende-se método como o caminho para se chegar ao objetivo proposto. Esse caminho é feito através do uso de técnicas e instrumentos compatíveis com o objeto do estudo.

Todo o percurso deste estudo está embasado numa abordagem qualitativa, compreendendo essa abordagem como a mais congruente e compatível com a proposição a ser investigada.

Segundo Minayo (1993), esta metodologia possibilita a contemplação e compreensão de aspectos decisivos na investigação, pois uma leitura simplesmente quantitativa suprimiria estes importantes aspectos. A saber, a questão do significado e intenções atitudinais impressas nas relações sociais dos atores em questão.

Para Triviños (1995), a questão do significado é o aspecto mais essencial na abordagem qualitativa. Numa abordagem positivista, estes significados foram considerados não investigáveis. Contudo, o enfoque fenomenológico, continua o autor, privilegiou este aspecto por considerar que os significados que os sujeitos pesquisados dão aos fenômenos estão atrelados aos pressupostos culturais no qual estão inseridos. E, desta forma, os pesquisadores vão sofisticando instrumentos de coleta de dados que possam apreender com mais rigor estes significados, decisivos na compreensão dos fenômenos sociais.

Segundo ainda Triviños (op. cit.), o enfoque qualitativo de caráter histórico-estrutural e dialético vai além da compreensão dos significados. Busca as raízes destas existências, suas relações com o meio, sendo o sujeito um ser social e histórico, contemplando os diversos contextos culturais inseridos pelos indivíduos.

Um dos aspectos básicos na abordagem qualitativa, segundo Ludke e André (1986), é reconhecer no ambiente natural a fonte direta de dados e no pesquisador o principal instrumento para esta investigação; desta forma possibilitando um contato direto com a situação problematizadora onde os fenômenos ocorrem e são influenciados pelo próprio contexto.

Outra característica deste tipo de estudo é a questão relativa aos dados coletados: "são predominante descritivos" (ibid, p. 12). Este aspecto possibilita privilegiar muito mais o processo (atores em interação) do que o produto (enquanto resultado estanque).

Neste estudo, a questão do significado humano referente ao contexto do trabalho ocupou um lugar privilegiado e decisivo para a compreensão destas interações a serem estudadas, bem como, o papel de interação na proposição de qualidade de vida.

Segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (Ferreira, 1986, p. 956), *interação* refere-se a "ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas".

Um outro conceito, mais estrito, é o de interação social oriundo da Psicologia (Loyola, 1982, p. 268). Segundo esta definição a "interação social" é a "influência recíproca de indivíduos ou grupos por meio da comunicação". Inclui-se aí, "também os fenômenos específicos de contatos sociais, por exemplo, gestos, mímica, leitura da carta de outra pessoa."

Para Patrício (1996b), o processo interacional entre os seres humanos se dá através da troca de energia e de universos culturais e afetivos, a partir da realidade de idéias e na concretude do corpo em relação com o ambiente. Segundo ainda esta autora, enquanto terapeutas, a interação também representa, muitas vezes, além de

possíveis intervenções diretas no corpo do indivíduo, um processo dialógico que os tem ajudado no desenvolvimento de sua consciência reflexiva individual-coletiva, no sentido de repensar suas crenças, valores e práticas em saúde, incluindo as questões de cidadania, de direito e de dever.

Neste estudo, "processos interacionais", sendo estes de dimensão social, serão entendidos aqui como toda influência recíproca entre duas ou mais pessoas através da comunicação verbal ou não verbal, como falas e expressões, gestos, olhares, e as sensações e os sentimentos correspondentes ao processo, que tenham objetivação nas atitudes dos atores sociais estudados.

Este estudo, pode ser denominado como "estudo de caso". Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 89), "o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico".

Para Trivinhos (1995), o estudo de caso, além disso, objetiva fornecer um conhecimento mais aprofundado de uma realidade delimitada, tendo os resultados sua validação só para o caso específico. Contudo, o grande mérito deste procedimento está em permitir um conhecimento aprofundado que possibilita a formulação de hipóteses ou pressupostos para contribuição no encaminhamento de outras pesquisas.

Os estudos de caso, numa perspectiva qualitativa, possibilitam a produção de conhecimento básico e também conhecimento aplicado, na medida em que a análise dos dados promove a construção de elementos teóricos para a produção de outros conhecimentos e também elementos que orientam a intervenção na realidade estudada (Patrício, 1996a).

Segundo ainda, essa mesma autora, mesmo não tendo a pretensão de generalizar os resultados, os estudos de caso costumam apresentar orientações teórico-metodológicas para situações semelhantes.

Portanto, dentro desta perspectiva, o presente trabalho foi caracterizado por um “estudo de caso”.

Para definição de amostragem, a pesquisa qualitativa não está baseada no critério numérico para garantir sua representatividade. Contudo, os indivíduos sociais precisam estar vinculados o mais significativamente possível ao problema de estudo (Minayo, 1994).

Nos estudos qualitativos, o mais importante, na questão da amostragem, é justamente a qualidade dos sujeitos para o objetivo a ser alcançado.

Os sujeitos, participantes deste estudo são trabalhadores que constituem uma equipe multiprofissional de saúde atuante no tratamento de indivíduos com AIDS, em um ambulatório de atendimento da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE), de uma cidade do interior de Santa Catarina.

O estudo desenvolveu-se no período de novembro de 1997 a janeiro de 1999, período este considerado desde o momento da elaboração do projeto até a análise final dos dados.

A entrada no campo se deu, inicialmente, com a apresentação do projeto de trabalho à coordenação da entidade e também à equipe a ser estudada, juntamente com a explicitação dos objetivos do estudo para os trabalhadores, que se propuseram a participar do mesmo.

Posteriormente, foi enviada uma correspondência - (requerimento) formalizando a solicitação de entrada na instituição – às autoridades responsáveis pela viabilização do estudo (anexo 01).

Após o processo de formalização da entrada no campo, autorizado pela instituição através de ofício (anexo 02) foi apresentado, num segundo momento, o projeto de estudo para a equipe de profissionais a ser observada. Desta vez deu-se ênfase aos objetivos propostos, elucidando os aspectos éticos da pesquisa e a discussão da disponibilidade dos atores.

3.1. DOS RIGORES ÉTICOS

Todo este processo, obedeceu aos rigores éticos do sigilo da identidade dos sujeitos e preservação de dados que pudessem comprometer a qualidade das interações. Para tanto, foi sugerido pelo pesquisador a substituição dos nomes próprios dos atores por nomes fictícios, o que foi acolhido pela equipe. Da mesma forma, foi decidido que as falas registradas que não fossem da concordância de seus autores seriam omitidas pelo pesquisador.

Definido o temário de nomes, as escolhas se fizeram por opção individual. Estas questões se procederam sempre com consentimento prévio por parte dos entrevistados através de declaração escrita (anexo 03) concordando com os termos operacionais da pesquisa e ressaltando o direito de desistência por parte de cada um deles em qualquer momento do estudo.

3.2. (RE)CONHECENDO OS SUJEITOS: OS TRABALHADORES EM SEUS LOCAIS DE TRABALHO

A equipe participante desse estudo se constituía de trabalhadores da área da

saúde, desenvolvendo um trabalho multiprofissional no atendimento a pessoas com AIDS, em tratamento, nos turnos matutino e vespertino do trabalho.

Participaram os seguintes profissionais: dois (02) profissionais médicos, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino; duas (02) enfermeiras; duas (02) auxiliares de enfermagem; duas (02) assistentes sociais; uma (01) psicóloga; e um (01) farmacêutico.

A apresentação dos atores sociais participantes se constituiu pelos seguintes codinomes: *Azaléa, Rosa, Girassol, Marte, Lua, Vênus, Netúnia, Bromélia, Begônia e Violeta.*

3.3. PROCESSO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

O processo de coleta dos dados deu-se através da operacionalização das técnicas de observação participante (anexos 03 e 04) e entrevista semi-estruturada (anexo 05). Para poder conhecer melhor e apreender a realidade de vida destes trabalhadores, essas técnicas foram aplicadas no ambiente de trabalho.

O local onde ocorreram as observações foi, no caso, um ambulatório de atendimento da rede pública municipal de saúde de um município do interior de Santa Catarina.

Segundo Gil (1991), a técnica da observação participante consiste na inclusão do observador na realidade de vida do ator ou grupo observado, ocupando o papel de membro grupal, para conhecer a vida do grupo em questão a partir do contexto do mesmo.

Ou ainda, segundo Minayo (1994, p. 59), “se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos”.

O desenvolvimento desta técnica deu-se em etapas de participação crescente, segundo Patrício (1996a), a partir de estudos de Leininger (1984).

O procedimento de observação constituiu-se de quatro etapas distintas, no ambiente de trabalho dos sujeitos do estudo, a saber: observação; observação com participação; participação com observação; e observação reflexiva. Para isso, a pergunta que guiou o estudo foi a seguinte: como se processam as interações entre os trabalhadores da equipe de saúde no atendimento aos pacientes?

Como estratégia de facilitação deste processo, num primeiro momento foram observados indistintamente os profissionais do estudo, sem privilegiar atuações individuais ostensivamente; para tanto, escolheu-se um lugar estratégico que contemplasse uma observação mais ampla das interações, no caso, o “hall” de entrada do ambulatório.

Num segundo momento, os profissionais foram observados mais individualizadamente, acompanhados em suas rotinas de trabalho, em suas interações com outros profissionais da equipe e com os pacientes. Neste momento, o pesquisador só observa, sendo realizados de um a dois encontros por profissional. Foi também solicitada permissão aos pacientes assistidos por estes profissionais quando da observação das atividades dos mesmos.

Na primeira fase desse segundo momento, portanto, o pesquisador só observou, evitando interferir na situação estudada. Contudo, torna-se necessário flagrar o desafio e a dificuldade que se fez presente quanto à obediência no cumprimento dos passos da técnica aqui apresentados. Nesse primeiro momento,

eram freqüentes reações da parte dos atores observados ao dirigir-se ao pesquisador como uma forma de inclusão deste nas interações. Tornou-se possível reconhecer que, apesar dos rigores da técnica, em sua aplicabilidade faz-se necessário adequá-la à realidade do estudo.

Na segunda fase de observação foi incluída uma discreta participação, introduzindo-se questões de caráter mais aberto, referentes a aspectos da fase anterior e acrescidas da atual. Entende-se que desde já a análise dos dados se iniciara, pois na abordagem qualitativa o processo de levantamento dos dados acontece junto com a análise dos mesmos, evidenciando um caráter dinâmico ao processo de pesquisa.

Um aspecto significativo observado neste momento foi que os pacientes atendidos por estes profissionais incluíam ou dirigiam sua atenção várias vezes para o pesquisador. Em algumas situações pediam até aconselhamento, no que o pesquisador lhes encorajava a dar atenção para o profissional em questão. Era possível perceber nos trabalhadores estudados algumas expressões de “desconcerto”, manifestadas em seu gestual.

Estes momentos trouxeram a reflexão sobre a suposta reivindicação de “neutralidade científica” da parte do pesquisador. Numa realidade dessas, de estudo, onde o objeto se centra no ser humano, nas suas realizações e relações, torna-se inegável a capacidade de inteligibilidade dos atores estudados, de sua contrapartida, de suas elucubrações, de toda uma subjetividade atuante, que muitas vezes se expressa de maneira explícita nos dados colhidos.

Na terceira fase a participação foi mais decisiva, incluindo-se aí uma entrevista semi-estruturada, com perguntas privilegiando o significado que os atores sociais dão às questões relevantes do estudo. As entrevistas realizaram-se nos

domicílios dos atores, individualmente, mediante sua concordância e, em outros casos, quando da impossibilidade para tal procedimento, recorreu-se a algum lugar sugerido por eles, como o próprio ambiente de trabalho.

Foram apresentadas as seguintes questões:

- Descreva sua atividade de trabalho junto a equipe de profissionais e no atendimento aos clientes.

- Como são as interações nessas atividades e o que elas significam para você?

- Descreva como é sua realidade de vida fora do âmbito do trabalho e comente sobre aspectos que interferem entre colegas e cliente.

- Quais as repercussões desses processos interacionais na sua vida?

A quarta fase - observação reflexiva - é um momento, segundo Leininger (1985), no qual o pesquisador, após afastar-se para aprimorar a análise dos dados, volta para apresentá-los, esclarecer a validade dos mesmos, bem como investigar o significado do estudo para o sujeito. Durante toda a observação a reflexão se tornou presente; contudo, entende-se que o processo reflexivo de análise dos dados se tornou mais evidente nesta fase.

Assim, as visitas tiveram um caráter de fechamento das questões e das interações pesquisador-pesquisado - posteriormente retornava-se ao campo para apresentação e discussão dos dados com a equipe estudada e, se houvesse necessidade, voltava-se mais uma vez ao campo para complementar as questões do estudo.

Em virtude de haver dois turnos de trabalho, as observações foram feitas alternadamente, com profissionais do turno da manhã e da tarde.

Todo este processo de busca dos dados de campo, foi desenvolvido no período de janeiro a junho de 1998.

Os dados referentes as observações de campo, foram registrados primeiramente em folhas avulsas, discretamente utilizadas no instante observado. Posteriormente, esses dados foram transcritos para o Diário de Campo, anteriormente citado. As entrevistas, fora do contexto da observação, foram gravadas e posteriormente transcritas também neste diário.

Depois das observações diárias, acompanhadas de anotações locais, essas eram transcritas com detalhamento no diário nas Notas de Campo – com posterior análise - e nas Notas do Pesquisador (conforme anexo 04), também seguidas de análise.

As notas de campo se constituíam na descrição das observações do processo de trabalho ocorridas no dia do estudo para análise das categorias e possíveis temas emergentes.

As notas do pesquisador se constituíam num momento posterior, sendo aí reservado um lugar privilegiado para as reflexões teóricas e metodológicas sobre a experiência da observação e a análise dos dados que constaram nas notas de campo.

Antes da aplicação do método ao grupo, foi realizada uma aplicação piloto, com um sujeito sob observação, objetivando testar a validade do recurso metodológico para o presente estudo. Tratava-se de um trabalhador também da área da saúde e que prestava atendimento junto à rede pública municipal de saúde, em outro ambulatório.

A organização e análise dos dados, a partir das idéias de Minayo (1994), sempre foram tratadas simultaneamente, caracterizando um mesmo estudo que

em parte objetiva estabelecer uma compreensão dos dados coletados, permitindo responder ou não as proposições apresentadas no início da pesquisa e ampliar o conhecimento do assunto, numa contribuição para pesquisa social.

A análise dos dados, neste estudo foi conduzida por momentos de leitura livre dos dados e da busca de categorias que respondessem o objetivo proposto. Posteriormente, outra leitura foi elaborada sendo identificados temas mais significativos, emersos dos dados. A partir desta identificação, procurou-se estabelecer conexões entre esses temas com os objetivos propostos pelo estudo. Posteriormente, fez-se uma revisão teórica para o encaminhamento das reflexões finais.

3.3. RETORNANDO AO CAMPO: REENCONTRANDO COM OS ATORES

Além do convite para participarem do ato de apresentação da dissertação na academia, foi estabelecido com os sujeitos o compromisso de devolução dos resultados da pesquisa e acordado um contato para a apresentação e discussão dos dados deste estudo, tão logo o mesmo estivesse concluído.

4. O COTIDIANO DOS TRABALHADORES NO AMBULATÓRIO E SUAS INTERAÇÕES

A apresentação da descrição das atividades exercidas por estes trabalhadores deu-se a partir das interações observadas e da coleta de dados através de entrevistas individuais, dentro do seu ambiente de trabalho e/ou em seu domicílio.

Torna-se necessário esclarecer que, a tentativa de descrever um fluxo interativo de desempenhos profissionais motivou-se a partir de fragmentos de imagens, do acompanhamento destes trabalhadores, bem como da própria participação do pesquisador em algumas destas interações.

O processo de trabalho inicia-se, no que refere as interações, a partir da demanda emergida da clientela atendida pelo serviço de diagnose, através de encaminhamento ao mesmo.

O serviço de atendimento ambulatorial (do estudo em questão) se presta ao atendimento de pessoas que já receberam o resultado do exame positivado, ou seja, comprovadamente indivíduos portadores do HIV, e que já apresentam sinais ou sintomas de comprometimento de seu estado de saúde.

Num primeiro momento, as interações podem ser descritas a partir da trajetória deste paciente pelos serviços ambulatoriais, pelo cotidiano do trabalho. Entende-se, desta forma, o paciente como o nexos causal para que o processo interacional entre estes trabalhadores possa ser descrito.

Após a confirmação do exame o paciente é encaminhado ao ambulatório de atendimento.

Neste momento, o paciente é dirigido ao balcão de atendimento que, *a priori*, é atribuição dos atendentes do turno de trabalho. Muitas vezes foi observado que esta situação não ocorria, havendo outro profissional disponível para a execução deste primeiro atendimento.

A partir deste momento, são solicitados alguns dados pessoais para o encaminhamento do paciente para o serviço de enfermagem.

No serviço de enfermagem inicia-se um processo de atendimento denominado de pré-consulta, que se constitui numa primeira “escuta” clínica já que, efetivamente, esse paciente tem nova condição clínica de saúde. Realizam-se neste serviço as atividades de abertura de prontuário, dados de identificação pessoal, bem como um aprofundamento dos dados de vida do paciente. Pode-se considerar que: é a partir deste profissional que os encaminhamentos posteriores são efetuados. Conforme o parecer deste profissional os encaminhamentos ocorrem tanto para o médico como para o serviço de psicologia, a assistência social ou o serviço de Farmácia.

É possível dizer que: se estabelece uma rotina de trabalho (processo) entre esses trabalhadores (atores estudados).

O atendimento médico, exercido pelo profissional da área, geralmente ocorre com a participação de um auxiliar de enfermagem para alguns procedimentos.

O auxiliar de enfermagem apresenta um papel de mediador em certas interações entre algumas categorias de trabalho, na medida em que é uma de suas atribuições a condução do paciente para alguma consulta com os profissionais da área. Este seria o procedimento formal, contudo este dado foi possível de ser observado pelo pesquisador.

O serviço de psicologia atua quando este paciente é encaminhado pela enfermagem ou pelo médico - isto ocorre por solicitação do próprio paciente ou por uma avaliação de algum outro profissional (médico, enfermeiro ou assistente social). O serviço de assistência social desenvolve suas atribuições a partir de um encaminhamento do serviço de enfermagem, a partir de necessidades materiais e (ou) previdenciárias demandadas pelo paciente.

O atendimento junto ao profissional de farmácia se inicia a partir da prescrição médica para consumo de medicação por parte do paciente. Ocupa-se este profissional na orientação da administração de consumo e outros esclarecimentos necessários sobre a medicação para o paciente.

4.1. INTEIRANDO-SE COM O CUIDADO: A ENFERMAGEM

A enfermagem naquele serviço era desempenhada por enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

A rotina básica das enfermeiras, o cotidiano do trabalho, constituía-se em receber o paciente encaminhado pela recepção. Geralmente, este encaminhamento era procedido pessoalmente, ou seja, a recepcionista encaminhava o paciente até a consulta de enfermagem. Nesta consulta, são realizadas algumas rotinas de trabalho: pesagem, verificação da pressão arterial, etc. bem como a abertura do prontuário, que se constituirá no banco de dados do paciente, sendo este procedimento realizado manualmente. A partir desse momento o paciente é cadastrado para as devidas consultas no serviço ambulatorial, bem como nos programas desenvolvidos: assistência individualizada, doação de medicamentos, atenção domiciliar terapêutica (ADT) e cesta básica de alimentação.

Esta consulta com o profissional da enfermagem (enfermeiro) denomina-se de pré-consulta. A partir daí este paciente é encaminhado para o médico para a consulta clínica propriamente dita ou, ainda, pode ser encaminhado para o assistente social ou para o psicólogo - há também um encaminhamento, informal, para o advogado. O termo "informal" foi utilizado por designar que este último profissional em questão não faz parte do quadro de funcionários do ambulatório, nem tampouco tem alguma vinculação empregatícia com a instituição mantenedora, no caso a secretaria municipal de saúde. Este serviço de cunho jurídico é prestado voluntariamente para alguma necessidade do paciente.

Esses encaminhamentos efetuados pelos trabalhadores da enfermagem a outros profissionais são feitos pessoalmente, ou seja, este profissional (enfermagem) leva o paciente até o outro profissional. Em outros casos, através do auxiliar de enfermagem.

Depois de outros atendimentos, este paciente retorna ao profissional de enfermagem (enfermeiro), que ocupa um papel central nas interações.

Bem o enfermeiro é aquele que articula as coisas, vai para um profissional e volta, vai para outro profissional e volta; eles devolvem para mim, depois do atendimento; com o médico ele também retorna para mim, onde então eu dou algumas orientações com relação a exames, aonde ele vai fazer, o que são estes exames, o que são as medicações, e então encaminho para o farmacêutico, por exemplo ou para outra necessidade.

As interações entre estes trabalhadores e os auxiliares de enfermagem se processam da seguinte forma:

Com alguns profissionais este contato é bem legal. Assim, eu vejo cada papel profissional dentro da unidade. Por exemplo, o meu contato com o auxiliar de enfermagem é íntimo. No sentido da gente tá sempre trocando, conversando, trocando informações sobre o paciente ou algum outro serviço.

É possível ainda dizer, segundo um dos atores, que *“a enfermagem assume um papel responsável pelo ambulatório”*. Isso se deve à justificativa de que as interações neste ambulatório iniciam-se a partir do médico, do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem, sendo ainda hoje as interações mais frequentes entre os profissionais da equipe: *As pessoas com quem tenho mais contato são o médico e o auxiliar. Porque o que eles exercem eu vou olhar. É mais importante para mim. Os outros profissionais não é tanto, só para ver se foram consultados.*

Segundo estes próprios atores, é possível descrever as interações entre estes profissionais *“como boas, mas não como ótimas”*. Existem dificuldades no repasse de algumas atribuições com os outros trabalhadores, dentro do processo de trabalho. Outro aspecto pode ser descrito como as diferenças no grau de proximidade ou *“intimidade”* entre estes três profissionais com os demais:

Com o auxiliar de enfermagem é mais íntimo mas, as vezes, torna-se difícil nos entendermos pelas próprias exigências do trabalho. Mas, a gente tem muito contato. Com o médico, se a gente tem alguma dúvida, a gente vai lá, senta junto, conversa, parece ser mais próximo também. Com o assistente social é uma coisa assim de encaminhar, de rotina. Quando alguém tem necessidade eu sempre encaminho, porque me interessa o paciente num todo. As vezes, eu quero saber alguma coisa do paciente, que me diz que não tá bem, então, eu comento com o assistente social, dizendo que ele não tá bem, de poder ver o que tá detrás. Porque ele não consegue tomar o medicamento. As vezes, ele não tem o que comer em casa. Com o psicólogo é mais o encaminhar; eu vejo assim: o psicólogo no seu lado, mais dentro da sua sala. Porque a gente tá sempre circulando, trocando idéias. Com esse profissional não é tão íntimo assim.

A leitura do cotidiano dos auxiliares de enfermagem, mostrou um processo diário de busca de definição de uma identidade na equipe de saúde.

Uma das atribuições deste trabalhador está na prestação de um atendimento de atividades complementares e de execução das prescrições pelos profissionais de medicina e enfermagem: dados iniciais do prontuário, pesagem, medição da pressão arterial do paciente, ou seja, um atendimento preliminar da pré-consulta.

Segundo a descrição desses trabalhadores, bem como a observação do pesquisador, há indicativos de uma dificuldade, por parte deles, na definição de suas funções, no seu papel dentro da equipe:

Eu sou contratada como auxiliar de enfermagem. Enquanto auxiliar, existem umas funções que são prementes ao papel. Isso já passou. Eu mesma me vejo diferenciada dessa contratação. Hoje, aqui no ambulatório, eu não sei a função determinada. Há dúvidas. Por que? Quer dizer, você é auxiliar de enfermagem, no papel eu sei que sou. Só que ali, para aplicar isso, tem momentos que eu aplico: administração de medicamentos no paciente, receber este paciente, verificar o peso, pressão, ou seja, auxiliar na própria enfermagem. Conduzir o paciente para alguma consulta, para o médico ou outro profissional. Mas eu não me sinto definida.

Nesses últimos anos a equipe aumentou. Antes era o médico, a enfermeira e o auxiliar. Eram bem definidos os papéis. A gente sabia com quem interagia. Eu era auxiliar, fazia o papel de recepção, atendimento imediato. Passava para a enfermagem que passava para o médico. O médico me solicitava para acompanhá-lo, fazer o preenchimento de uma ficha. Eu fazia essa função. Aí de repente veio mais outro enfermeiro, veio outros profissionais, psicólogos, assistentes sociais. Uma equipe maior. Cada um com funções que a gente sabe pelo senso comum. E aí, como eu me coloco nesse novo quadro? Bom, me dizem que minha função é muito importante, mas qual? Em reuniões eu me sinto perdida.

Mais ainda:

O entrosamento com o pessoal é um pouco difícil. Porque a gente não tem uma atividade definida. Acaba fazendo tudo. Atendimento no balcão, medicamentos, o telefone. Nem dá para dizer. E os outros profissionais nem sempre ajudam. A minha atividade é fazer medicamentos, atender o paciente, não no balcão, mas no ambulatório. O balcão é para o agente administrativo.

As interações que este trabalhador mais estabelece são com o médico e o enfermeiro. Dependendo da situação, na execução de alguns procedimentos, de anotação de queixas ou sintomas expressos pelo paciente e repassados para o médico. Outra atividade exercida pelo auxiliar é a preparação de pacientes para exames ginecológicos. Segundo este ator observado (auxiliar): “o médico não gosta que a gente saia da sala no atendimento com pessoas, então eu acompanho tudo, toda a consulta.”

No que se refere a qualidade dessas interações, este trabalhador afirma ser muito boa com o médico. Contudo, com os outros profissionais de enfermagem já teve dificuldades:

Bem eu já tive muita dificuldade até por esta questão de ser enfermeira e eu auxiliar a questão do poder. Dela me passar a idéia de coordenar e na realidade não era assim. E esse não era o papel dela, era só de enfermeira. Então, nosso relacionamento tem sido muito difícil. No fundo, nós temos que trabalhar em conjunto. Agora a gente já sentou, conversou. Ela agora faz medicamentos também, porque era só eu e sozinha eu não dou conta. Eu não tava mais agüentando, era muito serviço. Porque o serviço de medicação tu tens que ficar a tarde inteira com o paciente. Com a assistente social me dou muito bem e com a psicóloga também. Entrou também uma atendente e a gente tá se dando bem.

4.2. BUSCANDO A DIVERSIDADE NA ESPECIALIDADE: MEDICINA

O serviço de atendimento se constitui a partir do encaminhamento do paciente para este, após a pré-consulta, pelo enfermeiro. Segundo este trabalhador, as interações de trabalho são assim descritas:

O paciente vem com a queixa. Eu, então, o examino. Procuo resolver o melhor possível através do uso de medicamentos, de exames, orientação em saúde. Se for o caso de tomar medicamento então encaminho para o farmacêutico, para explicar como tomar o medicamento. Porque este profissional tem um conhecimento específico, então ajuda muito para explicar como tomar a medicação. Eu tenho bastante contato com este profissional. Eu trabalho com todo mundo. E dou graças a Deus por trabalhar com os outros profissionais. Cada profissional tem sua qualidade e sua necessidade.

As interações, aqui, são muito importantes. É muito comum, um paciente conta algo para a enfermeira ou para o psicólogo, que não conta para o médico. Ou fica inibido ou com vergonha. Então, é importante, às vezes simpatizou mais com a enfermeira ou com a psicóloga. Nessas interações, a gente troca muita informação. Mas, a interação entre nós poderia melhorar através de reuniões do tipo de trocas de experiência, onde cada profissional desse sua opinião sobre o paciente, em conjunto.

O serviço de atendimento médico, neste ambulatório, serve como primeiro ponto de referência para um diagnóstico clínico do paciente e da necessidade de um encaminhamento para algum tipo de atendimento médico especializado.

O paciente ultimamente se preocupa muito com a especialidade. Mas, é preciso ter uma visão global, ver o paciente num todo. A gente até precisa dessa integração entre colegas, porque não somos donos da verdade.

Aqui há uma integração muito boa. Mas, no meu caso eu já encaminho o paciente para um profissional, porque se ele acabar caindo em outro profissional, volta revoltado, ou volta confuso, se perde e fica por isso mesmo. Mas, a integração entre nós colegas é muito importante, é muito dirigida, tem um grupo que se forma.

Eu diria que o grande problema, a dificuldade não está no profissional com o paciente, mas nas formas desse paciente chegar até esse profissional. Existe o medo que alguns profissionais têm em relação a AIDS e isso atrapalha o encaminhamento para outros profissionais.

4.3. EM BUSCA DO RECONHECIMENTO: PSICOLOGIA

Dentro das descrições apresentadas por estes trabalhadores, em específico, da área da psicologia, a atribuição maior se expressa na necessidade de um suporte emocional para a clientela atendida. Neste sentido, o paciente é encaminhado através da demanda por ele expressa ou por sugestão do profissional que procedeu a pré-consulta, podendo, muitas vezes, este encaminhamento transcorrer mais adiante, no tratamento, pelo médico.

No que se refere ao aspecto interacional dentro das atribuições de trabalho, foram assim descritas:

Bom, entre a equipe a interação é bastante, é bem difícil. Essa troca com os outros profissionais é bem difícil. No meu caso, eu procuro os profissionais como a enfermeira, o médico, quando eu tenho dúvidas, mas dificilmente existe um retorno dos outros profissionais para a minha área. Acho que até é uma falta de conhecimento por parte dos outros profissionais do que seja o profissional de psicologia, do que ele tá fazendo e o que ele pode fazer. Que pacientes eles poderiam encaminhar para nós ou que os outros profissionais pudessem estar discutindo com a psicologia o que está acontecendo com este paciente. Principalmente em relação aos médicos, porque a gente se fala muito pouco. A parte psicológica é pouco lembrada pelos outros profissionais. Com o paciente é diferente, o contato é mais forte. Quando ele chega é porque está querendo algum tipo de ajuda.

Segundo estes profissionais, o serviço de psicologia estaria constituído no roteiro de atendimento essencial: o paciente passa inicialmente por três

profissionais, que são o enfermeiro, o médico e o psicólogo. Se ele vai continuar o atendimento mais tarde com o psicólogo é outro problema, mas, a princípio, não é o que acontece.

No diálogo com um desses profissionais, ele descreveu que muitas vezes ficava junto ao balcão de atendimento, quando esta não era sua função - transformava-se numa situação humilhante.

Os contatos desses profissionais com o cliente se mostraram, em algumas vezes, mais próximos em relação ao aspecto físico, corporal.

Ainda segundo os mesmos, a clientela atendida não correspondia à demanda procurada no serviço. Este impasse, se dava nas interações, no não encaminhamento por parte dos outros profissionais.

4.4. RECONHECENDO A INTERDEPENDÊNCIA: FARMÁCIA

Segundo o relato descrito pelo farmacêutico sua atividade de trabalho está atrelada à orientação ao paciente para o uso de medicação e, portanto, depende, em grande, parte das interações:

O meu trabalho não pode ser feito, isoladamente, em hipótese alguma, principalmente pela importância clínica, principalmente no caso de AIDS. Eu dependo do clínico médico, no sentido da correta medicação prescrita por este profissional. Então, faz parte da minha função ensinar como este paciente deve tomar a medicação bem como, de algumas mudanças na vida dele.

Dentro desse processo de trabalho, o paciente é atendido por este profissional a partir da bateria de exames concluída e já tendo passado, no mínimo, por três profissionais: o médico, o psicólogo e o enfermeiro - às vezes, o assistente social também.

Outra atribuição mais específica consiste na elaboração de boletins e mapas para o envio ao ministério da saúde, como garantia de remessa de medicamentos para o ambulatório.

Nas atividades descritas, o processo interacional é decisivo para este profissional: *aqui no ambulatório, precisaria ter uma maior interação, uma vez que não sabemos quem está faltando ou não para o tratamento, se tivesse um agendamento adequado, em relação ao controle das necessidades de medicação, seria muito mais eficiente.*

4.5. INTERFACE NO SOCIAL: SERVIÇO SOCIAL

O serviço de assistência social tem início a partir do encaminhamento solicitado, geralmente, pelo profissional da enfermagem.

Segundo os profissionais dessa área, os pacientes mais antigos não precisam mais de encaminhamento, dirigem-se diretamente ao profissional de serviço social para alguma solicitação.

As interações com o paciente se processam da seguinte maneira:

Bem, eu não me coloco como estátua, atrás da mesa, procuro deixar o paciente a vontade, para ele falar dele mesmo. Se ele entra mais na área emocional, psicológica eu oriento para que ele procure a psicóloga, né! Mas, de qualquer forma ele fica à vontade. Isso acontece naturalmente.

Outras vezes, vem alguém falar comigo, com algum problema mais para o médico. Então, eu levo para esse profissional. Então, isso vem acontecendo, essa interação, ninguém explicou, sabe, essa rotina de trabalho; a coisa acontece naturalmente.

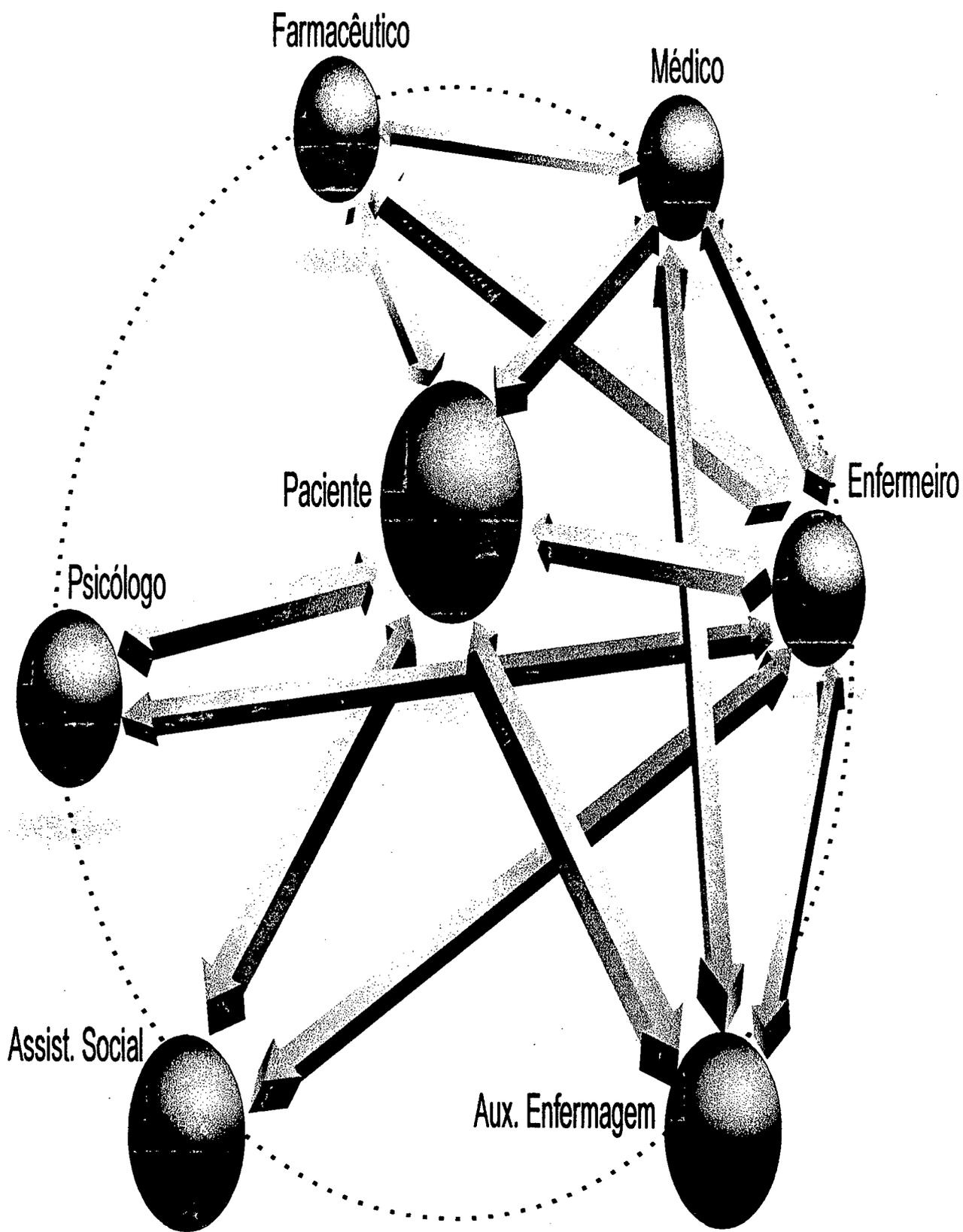
Dentro do perfil da clientela atendida, existem alguns procedimentos diferenciados no atendimento, assim descritos:

O meu trabalho, eu faço atendimento individual, às vezes com algum membro da família junto; dependendo do que está acontecendo, eu peço para ser individual. Se for usuário de droga, a abordagem é diferente. Nestes casos, vai desde uma conversa informal até a mobilização para que este paciente se envolva no seu tratamento, contribua, promovendo um vínculo mais forte.

As interações que estes profissionais estabelecem em sua relação de trabalho são extrapoladas pelas divisas do próprio ambiente de trabalho. Muitos encaminhamentos, neste caso, são feitos principalmente para outras secretarias ou para outras instituições, como por exemplo o INSS, escolas, creches, ou outras repartições tanto públicas como privadas. Segundo eles, *“o forte do nosso encaminhamento é o INSS, porque a questão previdenciária é extremamente importante para um primeiro contato.”*

Os contatos mais freqüentes são com o serviço de enfermagem.

A partir dessas descrições tornou-se possível construir o gráfico representativo das interações de trabalho desses atores, o qual é mostrado a seguir, na figura 01:



5. AS INTERAÇÕES DO COTIDIANO E A QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES

5.1. A IMPOTÊNCIA FRENTE À FINITUDE, A BUSCA DA UNIDADE PROFISSIONAL E A EXPRESSÃO DA HUMANIZAÇÃO

Uma melhor “escuta” no processo de trabalho da equipe de saúde, tornou possível capturar e registrar a vida desses atores sociais em suas interações.

A análise reflexiva, buscando a compreensão interpretativa do fenômeno, mostrou uma diversidade de temas que gravitam o processo interacional desse grupo de trabalhadores da saúde. Dentro dessa diversidade, três temas tornaram-se desencadeadores para uma melhor compreensão desse processo.

Nesta perspectiva, três temas tornaram-se emergentes: o sentimento de impotência desses profissionais frente a sua realidade de trabalho, seja referente a condições técnicas e administrativas, seja em relação as particularidades dos problemas de saúde vividos pela clientela atendida; a busca de uma identidade profissional para uma conseqüente unidade funcional desse mesmo trabalho, tendo como ponto de partida as afinidades pessoais e, por ultimo, o tema referente ao processo de humanização do ser profissional a partir dessas interações do seu ser-estar na vida com os outros e na percepção de sua finitude.

A reflexão desses temas mostrou um movimento de interação caracterizado como de “dentro-para-fora” e “de fora-para-dentro”, conforme composição de

Patrício, Guerra e Maia (1999), representando o papel dessas interações na qualidade de vida desses trabalhadores.

Sobre esta questão do movimento interacional, outros autores recortam este cenário de um “ir e vir” de mútuas implicações no contexto social vivido. A saber, Coelho (1998) afirma da necessidade de reconhecimento – em conflitos e contradições na situação de trabalho, mesmo tendo uma dimensão mais subjetiva - do envolvimento de fatores psíquicos que devem ser, considerados e refletidos. Mais ainda, reconhecer as próprias modificações na realidade contextual, seja da política econômica, dos valores da sociedade. Dessa forma, algo externo (conjuntural) se faz sentir no interior de uma organização, da mesma forma que o mundo do trabalho repercutirá na sua realidade externa.

5.1.1. A impotência frente a finitude

Tendo consciência da interligação desses temas e aproximando a lente para o primeiro deles, foi possível perceber uma relação de associação entre uma das atribuições de significado dessas interações para esses atores (o ser útil) e o forte sentimento de impotência frente as suas condições reais de trabalho para o cumprimento de seu papel profissional:

A gente se sente útil, trabalhando com esses pacientes, não só como profissional mas como ser humano. Eu acredito que seja muito difícil conviver com a doença, não é brincadeira. Esse trabalho é emocionalmente pesado. Tem paciente que você vê é ... (pausa)... regressar. É muito difícil. Hoje ele está ali com você, conversando e, mais dois ou três meses, já vem acabadinho, já não anda mais. A coisa vai se complicando e o que fazer? Isto é doloroso para nós. (Azalêa)

Esta interação vivida com o doente de AIDS, na interface de papéis, no corpo-a-corpo com o doente, remete o ser humano à sua própria condição de dicotomia

existencial que, para Fromm (1983) é vivenciada entre o viver e o morrer. Esta condição de impotência humana, destituindo todo o arrebatamento pretensioso de “super humano”, de onipotência, forçosamente faz retornar a um indivíduo com uma nova compreensão e significado para a sua vida, porquanto o sentimento de viver tornar-se prioritário nesta condição de existência.

Esse sentimento de impotência surge no processo interacional - seja destes profissionais entre si, seja na interação com seu paciente - deflagrando sua fragilidade existencial, nestes encontros de pessoa a pessoa. Seria até possível dizer que estas interações entre profissional e paciente não dão nenhuma garantia de segurança, de imunidade, esta não somente num sentido físico, restrito, mas também num sentido maior, emocional. Tal situação atestaria sua condição de humano, frágil, vulnerável, que tem medo de interagir com o paciente, de dar-se conta da interdependência destes papéis no cotidiano construído, na sua vida.

Sabe, apesar dessa separação de papéis que alguns profissionais tentam estabelecer, na verdade, não é o que acontece. A gente não se dá conta de sua mortalidade. Antes eu me achava intocável. Até a hora que se vai trabalhar com isso, que se questiona, começa a ver preconceitos, os medos e se dá conta de coisas como: será que eu tenho suporte, condições para a vida? Será que eu tenho suporte para a morte? Então, me dei conta que estas coisas estão muito juntas, a vida e a morte, e a morte é um pedaço da vida. O trabalho e lá fora, tudo faz parte da vida. (Girassol)

Segundo Cunha (1997), o profissional da saúde vivencia esta relação de trabalho, de seu papel profissional, como algo incapacitante diante do tema da morte. Mais ainda, segundo Kovacs (1992), nesta interação entre profissional de saúde e paciente podem restaurar-se seus registros de memória, ativando medos infantis, sentimentos de abandono e o reconhecimento de sua própria fragilidade existencial, de sua própria condição de mortalidade.

Para outros profissionais, o aspecto que deflagra esta vivência de impotência vivida por eles próprios não refere-se somente e, especificamente, a capacidade humana para um suporte emocional, mas também a sua realidade de trabalho, suas condições técnicas e administrativas dispostas para o trabalho. Podemos dizer, a própria organização do trabalho, dentro desta realidade, exigiria uma maior disponibilidade de tempo e atribuições de cada profissional, uma maior atenção e acompanhamento dirigido com esses pacientes, tornando-se insuficiente e reforçando este sentimento de impotência:

Fora o meu conhecimento clínico com a AIDS, eu não tô conseguindo fazer mais pelo paciente, não tô conseguindo conversar para ver qual a sua necessidade. Isso acontece por falta de tempo. O atendimento teria que Ter uma pessoa para assumir o meu lugar. Então, as vezes , tu te sentes impotente, não por ser, no caso, AIDS, mas pela própria estrutura do serviço de uma forma geral. (Marte)

No fundo, a gente se sente impotente porque tem que fazer tudo. Se precisa de uma ajuda para medicar um paciente e tu estás ocupada, a outra pessoa não vai, Isso acaba atrasando o medicamento, atrasa a tua atividade, acaba sobrecarregando. A outra pessoa já tá te esperando para fazer o próximo medicamento. Acaba não dando conta. (Begônia)

O sentimento de impotência vivido por esses profissionais, na verdade não se constitui num aspecto focal que repercute num âmbito específico. O sentimento de impotência surge como uma repercussão, como expressão de inúmeros aspectos enfrentados por esses profissionais no seu dia a dia.

Contudo, em contrapartida, em alguns casos o sentimento de impotência foi percebido como um agente motivador, de novas buscas, de novos desafios. Estabelece-se então uma relação dialética:

Sabe, disso, dessa impotência, o fato de estar estudando. Esta situação foi trazendo um olhar para dentro. Um olhar novo. E percebo que não me sinto reconhecida. Mas, a gente vai fazendo. Talvez seja um conflito. Deve ser um crescimento que vem por aí, porque eu acredito realmente nisso. (Lua)

5.1.2. Da busca da identidade profissional

Dentro desta busca de uma identidade profissional, de unidade, de integração, alguns fatores contribuem para este encaminhamento. Esta condição tornou-se expressão de um desejo, de uma meta de trabalho para muitos profissionais.

Contudo, a construção dessas interações marcadas pelo movimento de unidade no trabalho nem sempre torna-se possível, uma vez que tais interações não estão atreladas necessária e anteriormente a própria identidade profissional (ou a mesma categoria de trabalho e profissional). Na verdade, as interações vão sendo construídas na interface das afinidades pessoais, num movimento de fora para dentro, para dentro do ambiente de trabalho. Existe um projeto de ser humano anterior e que tornou possível ser percebido que mesmo sendo um projeto pessoal, particular, subjetivo, estaria expressando um projeto de ser profissional, enquanto identidade coletiva:

Eu penso que antes de tudo depende de muita afinidade pessoal entre os profissionais até para poder resolver situações imprevistas com mais agilidade. Situações de emergência. Isso é sintonia de funções. Acredito que isso acontece entre profissionais que fazem a mesma leitura da realidade. (Lua)

Para mim, existe, antes de tudo, uma afinidade pessoal e isso traz então uma identidade de trabalho, traz o respeito pelo trabalho do outro. Tem que ter uma amizade. E isso é que ajuda na nossa interação. (Vênus)

A partir, então, desse processo de afinidade pessoal entre os profissionais é que estaria se construindo a interação entre eles, se constituindo a própria formação de identidade de trabalho. A interdependência estaria sendo caracterizada pelas peculiaridades desses aspectos da intersubjetividade, como, por exemplo, a solidariedade, a amizade, o respeito e a integração:

A integração entre colegas é muito importante . Mas, é muito dirigida , é um grupo que se forma. Felizmente ou infelizmente, a gente trabalha em panela, num sentido de amizade, que possa contar com o colega em todas as situações. (Vênus)

É possível afirmar que a construção desta identidade profissional está alicerçada numa construção de identidade fora do ambiente de trabalho que parte de um repertório de valores e conceitos que estariam dirigindo ou orientando, não só para as escolhas de trabalho mas como estaria sendo caracterizado este trabalho em suas vidas.

Neste sentido, muitos desses atores se estabelecem numa interação entre si, ou seja, profissional X profissional, bem como profissional X paciente, indistinta do seu papel fora do trabalho.

Na verdade, não é uma questão de papéis pré-definidos. Mesmo se assim fosse, não seria decisivo no formato dessas interações.

O que se começa a presumir é, que estes espaços de trabalho acabam se configurando como lugares para a expressão máxima de suas essências, idiossincrasias, de suas aspirações, de seu devir, vir a ser:

Eu me vejo com esta identidade vinte e quatro horas por dia. Eu não sei fazer uma distinção. Vamos supor que se eu sair para casa eu não me desligo. Se eu tô na rua e vejo uma pessoa tropeçando, ou caída, ou sangrando, não sei ignorar o fato. Mas isso, as vezes, me traz problemas. Eu penso que talvez se eu não tivesse essa atribuição profissional que tenho eu agiria da mesma maneira. Acho até que isso é que tenha interferido na escolha da minha profissão. São essas coisas, essa afinidade natural é que criam uma postura, uma afinidade natural entre profissionais. (Vênus)

Muitas vezes, a qualidade do trabalho pode ficar comprometida quando estas interações tornam-se comprometedoras. No caso, aspectos pessoais, valores, não representam só um impulso motivacional mas, muitas vezes, uma atribuição de desqualificação, como, por exemplo, valores e julgamentos preconceituosos não só

em relação ao paciente mas, sobretudo, entre os próprios profissionais. Em outras palavras, a percepção que alguns trabalhadores têm de seus pacientes, através da criação de representações sociais de julgamento, classificando-os e rotulando-os.

Segundo Moscovici (1985), o primeiro passo para superar a resistência e trazer o objeto (ou a pessoa) o mais próximo de nós é realizado quando o atribuímos a uma categoria preferida, para rotulá-lo com uma palavra que pertence a nossa linguagem. Continua ainda o autor, o mero fato de ser capaz de comunicar sobre ele nos permite imaginar o incomum dentro de nosso mundo ordinário. Ao categorizar o não categorizável, ou nomear o não nomeável, nós já o estamos representando.

O usuário de drogas é tido como um cachorrão, porque ele quis pegar mesmo, esse tipo de preconceito é muito forte, lá dentro, que o usuário de drogas é um cachorrão, a prostituta é uma cachorrona, o travesti é um cachorrão, e outras coisas. Por outro lado, o hemofílico é vítima, a criança é vítima, a esposa, a esposa que era fiel, também é vítima, porque a safada, essa não! (risos). Tudo é julgado, tudo é pré-julgado. A safada procurou, essa não. A esposa fiel, aquela que dedicou a vida toda ao homem, não é digna de um pecado tamanho a AIDS, né? Essa tem que ser ajudada. Então, eu sinto que em nosso trabalho há muito julgamento. (Girassol)

É possível compreender, dessa forma, as representações sociais como um processo de classificação e nomeação entre categorias e rótulos, atribuindo a cada indivíduo uma valorização, positiva ou negativa, dentro do ambiente de trabalho – atribuindo, na verdade, um julgamento.

Tornou-se possível perceber também que, as afinidades pessoais qualificam positivamente as interações entre os próprios profissionais. Mas, o oposto traz consigo conseqüências desfavoráveis à realização do trabalho.

Acho uma coisa importante para estas interações, para o trabalho fluir é a questão do respeito. Tudo bem, não vai com a minha cara, tá certo! Se eu não vou com a tua cara, não dá o direito de eu tá falando mal de você, de coisas pessoais, te julgando. É preciso respeito. (Netúnia)

Neste movimento, “de fora para dentro,” de aspectos externos, pessoais trazidos para dentro do seu ambiente de trabalho, a recíproca torna-se verdadeira. Foi possível perceber uma contrapartida, também, neste sentido. Esta vivência que foi sendo constituída no ambiente de trabalho, a partir das interações dos próprios profissionais e destes com os seus pacientes, trouxe para suas vidas repercussão. Algo então, de dentro para fora, de dentro de seus ambientes de trabalho, para fora de suas vidas, no seu cotidiano, no seu desenvolvimento interpessoal.

5.1.3. A expressão da humanização

O processo de humanização tornou-se então, uma conquista, uma gratificação pelos esforços com que estes profissionais enfrentam e se defrontam no cotidiano de seu trabalho:

Agora o que mudou aqui, nesse trabalho, foi a percepção do ser humano. Então, eu acho muito interessante porque a AIDS é uma doença que traz muitos preconceitos. Então, para trabalhar aqui a agente troca muito com as pessoas. E isso, traz mudanças para nós. Essa é a recompensa. (Netúnia)

Muitas vezes, o aspecto mais decisivo, colocado pelos profissionais no diálogo com esses sujeitos, foi a possibilidade de se ressignificar alguns valores já instituídos em suas vidas, da sua vida em si:

Olha, o aspecto mais positivo que eu vejo é que a gente começa a dar mais valor a vida. Começa a gostar mais da tua vida. A gente reclama tanto da vida, e não dá valor, se está sempre insatisfeita. E este trabalho, este contato, faz a gente crescer muito. (Violeta)

A dimensão humana, pleiteando sua infinitude dentro de uma condição de finitude, traz a consciência dessa própria condição. Mas, tal consciência o coloca

numa condição de inconformismo chegando a mecanismos de negação, definidos como *horror vacue*. Todavia, a idéia de viver esta vida sob esta aterrorizante condição de morte premente torna insustentável o próprio viver. (Kovacs, op. cit.)

Muitas vezes, mais do que uma ressignificação de valores, é uma mudança de atitudes. A cultura, de uma maneira geral, trouxe consigo novas doenças. Essas novas doenças trouxeram novos hábitos de vida: uma nova cultura. Neste sentido, torna-se necessário uma nova percepção e compreensão dos fenômenos não só de natureza social ou física, mas de natureza global. Um novo olhar podendo dar continência a este processo.

Dentro deste olhar, nessas interações observadas, na interlocução desses atores, notou-se um movimento de ir e vir, transformando o ser-estar, de dentro para fora e de fora para dentro. Um movimento de interdependência:

O que eu tô aprendendo é que a AIDS é uma chamada para uma mudança de comportamento. É, pelo menos, o que eu tô aprendendo. Por amor a vida. Eu passei a ter um outro sentido de vida quando eu comecei a trabalhar com a AIDS. E isto, conseqüentemente muda a própria relação de trabalho. Porque, a gente começa trabalhar, na verdade, com algo do outro, mas que também é teu. (Lua)

Nesta interação, nesta interdependência, surge entre os trabalhadores o sentido de inteirar-se, de integrar-se e entregar-se nas relações de trabalho:

De um modo geral eu não consigo assumir uma personalidade profissional separada. O que eu sou em casa, eu sou no trabalho. Eu me sinto mais inteira. Hoje, eu sou muito mais feliz como ser humano. Muito mais realizada profissionalmente. Como ser humano e como profissional. Então, eu tô muito bem, apesar dos desafios, muito melhor do que um tempo atrás. (Azaléa)

Para alguns trabalhadores, a busca de um sentido, de um significado, evidenciou sua humanização. Nesse desafio, na interface dessas relações, o

reconhecimento do prazer como resultado da qualificação humana, da própria humanização destas interações:

Eu acho que uma das melhores coisas que eu fiz na vida, foi assim... É... buscar o prazer. Eu tenho direito ao prazer, e eu busco muito isso com eles, com os colegas e com os pacientes. (Girassol)

5.2. O MOVIMENTO DE CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES: UM PROCESSO INTERACIONAL "DE DENTRO PARA FORA - DE FORA PARA DENTRO"

Dentro deste processo interacional entre os profissionais estudados e a relação com a sua qualidade de vida, foi possível observar o desenvolvimento de estratégias, articuladas por eles, no sentido de minimização do sofrimento psíquico (Dejours, 1994) gerado nestas relações de trabalho.

Segundo este autor, essas estratégias referem-se a mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer.

Uma dessas estratégias refere-se a construção de relações interpessoais de motivação mútua:

... então, este contato, entre nós profissionais tem um significado, uma forma de redistribuir o fardo. É além do coleguismo, porque ali já existe uma amizade entre nós, de poder falar um para outro. Já existe uma amizade e isto ajuda muito. Então, as vezes, um colega não tá bem e os outros percebem. Então, não sei se você viu (risos) foi feito um caderninho de elogios, sempre alguém passa uma mensagem de bom. (Azaléa)

Alguns destes profissionais reconhecem uma não separatividade entre os aspectos do seu trabalho e os que estão relacionados fora deste âmbito. É bem

possível residir aí um caráter peculiar da atividade do trabalho, dialético em si: a de que o conteúdo (significado) deste produto de trabalho gravita sobre questões da vida, do cotidiano das pessoas, de seus hábitos e de aspectos referentes as manifestações de doença que se expressam nos seus pacientes, seus “objetos de trabalho”.

Em relação a esta questão, Hanan (1994) descreve sobre o próprio fenômeno da AIDS, percebendo que ambos, paciente e equipe de saúde, refletem o que é vivido na sociedade em geral, surgindo uma relação dialética, onde cada um é afetado por aquilo que o cerca, respondendo positivamente ou negativamente conforme suas vivências. Paciente, equipe de saúde e sociedade, constituem uma tríade, refletindo-se entre si, tornando-se justificável uma situação de conflito, uma realidade dialética, tendo algo em comum, pertencentes ao mesmo “mundo” percebido.

Dentro dessa dimensão, desse universo do trabalho, estas interações, tanto entre profissionais como com pacientes, trazem uma repercussão, na medida em que provocam uma reflexão, flagrando suas próprias (trabalhadores da saúde) condutas diante da vida, desencadeando uma ressignificação na sua vida em si:

Uma significação destas interações tanto com o cliente como com os outros colegas é o sentido de revalorizar a minha vida. Às vezes, a gente tá trabalhando com o paciente e dizendo pra eles, “sei lá, tudo é imprevisível, de repente eu morro antes!” A pessoa sabe, ela tem o vírus, um simples resfriado pode desencadear, pode encurtar muito a vida dele. Porque a vida é valiosa. De repente, hoje, “coisinhas” que incomodavam antes, hoje, passam batido. Quando eu comecei a ter mais contato com tudo isto, é um outro ângulo de vida. São pessoas vivendo, convivendo com a possibilidade da morte constante, lutando psicologicamente, moralmente espiritualmente. Isso traz para minha vida uma reorganização de valores. Um exemplo disso: não coloquei ainda moveis novos na sala e isto não me incomoda mais. Acredito que toda essa mudança que eu tô sentindo em mim seja relativo ao trabalho, a essas interações. (Azaléa)

Outro aspecto significativo dentro deste universo interacional, foi a percepção que estes profissionais têm em relação ao outro colega, seja pela significação que um profissional faz do outro, e que não corresponda a real atribuição deste profissional, seja pela própria dificuldade de definição de atribuição profissional de si e, por conseguinte, do outro :

...bom, a interação com a equipe é bastante... é bem difícil, essa troca com os outros profissionais é difícil. Eu procuro, quando eu tenho dúvidas levar para outros profissionais e esperar um retorno para minha área por parte destes profissionais. Mas, dificilmente existe retorno dos outros profissionais. Acho que é uma falta de conhecimento por parte dos outros profissionais sobre o serviço da atribuição profissional, para que serve e tal... Acho que falta definição de papéis . (Bromélia)

Uma coisa que me afeta muito, no meu convívio é que não me sinto definida, peço isso para eles, para definirem o meu papel aqui dentro. (Lua)

Sobre a questão da percepção que alguns profissionais têm do seu colega, este é um fator decisivo na qualificação das relações, o significado que o indivíduo dá para as atribuições profissionais do outro e como isto repercute na qualidade de vida no trabalho e, no todo, ou seja, nos outros aspectos de sua vida. A sua qualidade de vida no trabalho não é algo dissociado, está integrada à qualidade de vida neste todo, que são suas relações com a família e com outros grupos sociais.

De repente era isso que eles esperavam, tanto os profissionais como os pacientes, aliás, como toda a população: de estalar o dedinho com uma varinha de condão. De repente, depararam-se com uma Rosa que não é bem assim. (Rosa)

...é, as interações com esses profissionais foram e são extremamente importantes para eles perceberem a importância do meu trabalho dentro de uma unidade. Isso é necessário, mudar o significado, tem que ser trabalhado. (Rosa)

Exatamente, se cada um tivesse claro a importância ou, soubesse a função de cada um aqui dentro, seria muito mais fácil para se trabalhar em equipe, porque a partir do momento que você sabe qual o seu limite seria mais fácil de se trazer a união, fazer a comunhão entre os profissionais, quer dizer, cada um irá procurar saber com outro profissional razões que ele não dá conta sozinho, saber mais sobre a vida desse paciente. Eu acho que isso é trabalhar em equipe, porque a partir do momento

que você sabe qual é a sua limitação e você sabe o que o outro pode fazer, com certeza, o trabalho pode ficar mais limpo, mais transparente. (Rosa)

Esta questão de papéis torna emergente a articulação dos conceitos de interdisciplinaridade como uma proposição de encontro entre disciplinas do conhecimento afim e de um novo modelo de atuação interprofissional. Contudo, esses não são conceitos estanques, atribuídos a aspectos estanques da vida. Há um sentido dinâmico, integracional. Mais uma vez, torna-se necessário repensar essas questões num novo referencial teórico, que justamente possa dar conta destes aspectos: da interdependência dos fatores na vida de um ser humano, na vida de um trabalhador, de um trabalhador da saúde. A possibilidade de um olhar holístico, que contemple a multiplicidade de aspectos que se interagem dinamicamente.

Segundo Weil (1993, p. 17) “a fase interdisciplinar, movida pela força holística, que tende a reunir em conjuntos cada vez mais abrangentes o que foi dissociado pela mente humana, cria progressivamente o que chamamos de interdisciplinas.” (...) “certas disciplinas que por sua natureza pedem a interdisciplinaridade. Podemos citar, entre outras: a ecologia, a farmacologia, a medicina, o direito, a epistemologia, a filosofia.”

Para se ter uma compreensão da dinâmica interacional entre estes trabalhadores no seu processo de trabalho e, conseqüentemente, as repercussões na sua qualidade de vida, tornou-se indispensável um momento de maior reflexão, de recorrência à teoria: o tema, em virtude de sua complexidade devida aos dados emergidos, reivindicava um referencial teórico que pudesse dar sustentação epistemológica à diversidade de aspectos interligados e inter-atuantes. Um olhar que pudesse contemplar a diversidade de temas que emergiram das observações, dos

diálogos com os atores, das percepções e sensações oriundas destes encontros; um olhar que desse conta do movimento, da dinâmica interacional entre estes atores, entre eles e seus pacientes, dos próprios dados da pesquisa em si.

Tornou-se então, claro e necessário, dialogar com uma teoria que contemplasse de forma acolhedora, que tivesse essa sustentação epistemológica para análise dos dados colhidos. Tal escolha não se deu previamente - foi produto, resolução dos próprios dados resultantes. Uma compreensão holística dos fatos observados, narrados, sentidos, vividos.

Com esta compreensão, holística, foi possível reconhecer que o processo interacional se constitui a partir da agregação destas pessoas, trabalhadores da saúde, dos encaixes entre si na vivência de seus dramas cotidianos no universo do trabalho, criando um sistema de conexões.

Quem descreve este olhar a partir de uma compreensão de "organização biológica" é Maturana e Varela (1984), a partir da compreensão do processo interacional. Os atores, simplesmente se encaixam uns com os outros, por uma predisposição que traz em si todo um conjunto de intersubjetividades (suas histórias de vida, que os levou a uma escolha profissional convergente) que, de certo modo, são afins - logo, não é por acaso, tais construções de relações interpessoais se encaixam. Se assim não fosse, não estariam (os atores) devidamente nestes lugares. Para estes autores este encaixe vem a ser uma qualidade estética da interação. Uma potencialidade do ser, uma probabilidade em se fazer:

...eu não sei se o fato de eu ser assim, meu jeito interferiu na minha escolha profissional. Mas, com certeza, o fato de eu ser assim, de outras pessoas também, desse encontro, desse encaixe, sabe. Por isso, eu digo essa questão de existir uma panela. Acontece. Flui. Há uma afinidade natural que vai criando uma afinidade profissional entre nós e isso repercute positivamente. (Vênus)

Neste estudo, reside uma particularidade que é de compreender como se processam essas interações, qual a qualidade delas, dos contatos no trabalho, como são estruturados tanto subjetivamente (conceitos, significados, crenças, emoções) quanto objetivamente (posturas, comportamentos frente a determinados aspectos) e como tudo isto se estabelece na sua qualidade de viver.

Nesse sentido, Guerra (1998) descreve, compreender o homem numa visão holística requer compreender estas atividades ditas humanas num processo de inclusão de aspectos imateriais e não-mentais, que são, *a priori*, os aspectos relegados a segundo plano pelo pensamento científico tradicional, já que estão ligados à emoção, à intuição, à criatividade, à inspiração, à transcendência.

Não foi aqui objetivo de estudo, nem mesmo seria possível, esgotar a complexidade e riqueza epistemológica desta visão, deste referencial holístico e suas implicações conseqüentes. Contudo, este estudo de caráter exploratório se reservou no direito de estabelecer conexões com esta teoria para um suporte, um delineamento, um vir a ser deste próprio trabalho, e para as reflexões finais.

Um outro aspecto significativo na compreensão do processo interacional que emergiu dos dados desses atores foi a questão do prazer: o prazer enquanto qualificação de um viver, tanto referente ao processo de trabalho como à repercussão disso na sua totalidade de vida. Ou seja, uma relação de trabalho como fonte de prazer na vida. Segundo estes atores, um fator decisivo para a melhoria de sua qualidade de viver.

Para mim, a qualidade de vida tá ligada ao prazer, prazer no trabalho. O financeiro é importante, mas deve sêr conseqüência desse trabalho. Eu já cansei de dizer que eu gostaria de trabalhar sem têr esta preocupação no final do mês, com remuneração, subsistência. Eu gostaria de poder, trabalhar pelo prazer no trabalho, porque eu tenho satisfação no meu trabalho. (Vênus)

Sobre esta questão, o prazer, torna-se rigorosamente necessário destacar que alguns autores trilharam em suas trajetórias teóricas o resgate da importância do prazer na qualidade de vida humana para uma melhor qualificação desta.

Segundo Patrício (1996b) torna-se importante distinguir a própria significação de prazer enquanto processo de integração, desde uma dimensão corporal, biológica, de necessidades individuais até a sua cognição para uma possibilidade de transformação. Entende ainda o autor que este prazer, mesmo numa dimensão corporal, é básico à existência humana saudável, reconhecendo, por conseguinte, a idéia de uma experiência universal, positiva, de saúde e, conseqüentemente, de uma melhor qualidade de vida.

A questão do prazer pôde ainda ser remetida a um teórico histórico, Wilhelm Reich, que trouxe o resgate da dimensão mente-corpo como processo de uma unidade funcional com dimensões distintas, contudo, interdependentes, o que ele denominou funcionalismo orgonômico.

Segundo Reich (1995), a possibilidade de o indivíduo estar integrado numa maturação interacional entre mente-corpo possibilita a formação de um produto, dentro do processo de trabalho, caracterizado pelo prazer biológico de trabalhar:

...a qualidade de vida melhorou muito quando, por exemplo, hoje, eu procuro ter prazer, sabe!. E isso é o que eu digo. Esses dias eu estava até questionando com uma colega sobre o nosso trabalho, nossa convivência nesse corpo-a-corpo, e aí ela me disse porque trabalhar com a morte? Aí, eu respondi que não era simplesmente com a morte mas, principalmente com a vida, a vida ...(pausa)...o ambulatório é pura vida, atendemos pacientes vivendo com AIDS, convivendo com AIDS, isso é pura vida! (Girassol)

Neste sentido, a possibilidade de compreensão da qualidade de vida desses trabalhadores, de um movimento "de dentro para fora e de fora para dentro" (Patrício; Guerra; Maia, 1999), tornou-se evidente no resgate do indivíduo como um

todo (corpo-mente). Segundo os autores, o processo de qualidade de viver passa pela possibilidade de interação, de reconstrução do corpo, de redefinição do conceito de si mesmo e dos outros, da interdependência dos corpos, de “totalidades integradas”, do movimento do indivíduo enquanto corpo-ser, refazendo-se continuamente nas suas interconexões, na busca do prazer no trabalho e na vida como um todo.

Outro aspecto que emergiu para compreensão destas interações e seus reflexos na qualidade de vida dos trabalhadores em saúde observados, refere-se a ressignificação dos seus próprios papéis enquanto atores sociais, refletindo a necessidade de compreender o significado do seu próprio trabalho. Tudo isto, tornou-se decisivo para a compreensão de suas interações, entre si, com os pacientes, com sua família. Para tanto, torna-se necessária uma distinção que esclareça o conceito aqui empregado de qualidade de vida. No caso em questão, o tratamento aqui utilizado é o do conceito substantivado, onde qualidade de vida refere-se a sua própria condição de vida e, a partir daí, como esta vida se qualifica através dessas interações no trabalho.

Dentro dessas interações, de ressignificação de papéis, torna-se oportuno remeter a Bateson (apud Cecchin, 1998). Segundo este autor, o encontro das pessoas, o permanecer juntas, não refere-se a uma necessidade meramente competitiva, mas de relação mútua, para permanecerem juntas. Esta questão tornou-se significativa para a compreensão do processo (desenvolvido por esses atores através de suas interações) de aquisição de uma melhor qualidade de vida no trabalho - bem como fora dele.

Outro aspecto significativo na dinâmica interacional deste grupo de trabalhadores refere-se a um distanciamento tanto corporal como de envolvimento

emocional com os pacientes, numa tentativa de minimizar o sofrimento psíquico (Dejours, op. cit.) nestes contatos.

Segundo Seligmann-Silva (op. cit.), algumas categorias do trabalho na saúde realizam um contato interpessoal pouco próximo, seja em termos corporais, seja em termos afetivos. Para este autor, a qualidade do trabalho também é prejudicada por desempenho se vinculada a uma perda de significado do próprio trabalho, que torna-se racionalizado. Essa organização do trabalho serve para o fortalecimento das defesas frente o contato do trabalhador com o sofrimento do paciente: um distanciamento afetivo.

... bem eu não levo problemas para casa quando eu saio daqui. Não me atinge, não fico deprimida. Em relação ao paciente eu não levo nada para casa. (Violeta)

Acho que daqui para dentro do trabalho tu tens que ser outra pessoa. Se eu entro dentro do portão da minha casa eu tenho que esquecer tudo que passei aqui dentro. Antes me afetava, agora não. Se eu tô trabalhando eu não posso botar o meu sentimento. (Begônia)

Um outro aspecto observado trata-se de uma espécie de técnica ou recurso por parte de alguns trabalhadores como uma forma de aliviar as tensões oriundas deste trabalho. Isto era possível perceber através de brincadeiras ou um outro recurso mais imaginário, como um deslocamento mental, como respiradouros (Maffesoli, 1984) necessários para a manutenção do equilíbrio no quotidiano do trabalho.

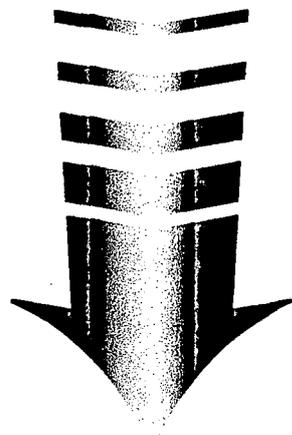
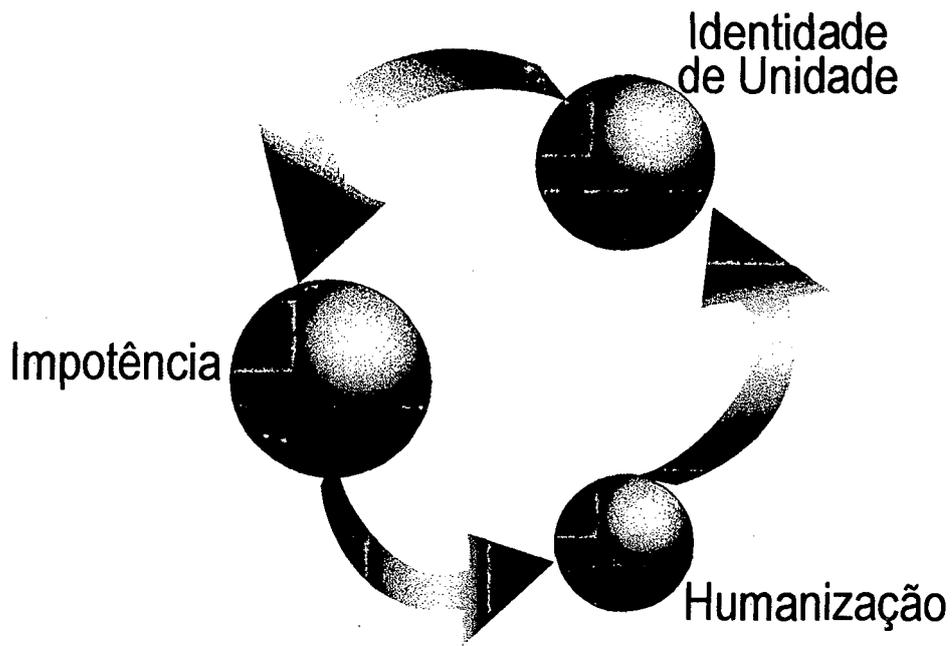
Segundo ainda este autor, o próprio significado e importância de viver está na possibilidade do quotidiano, do banal, do dia-a-dia, de seus subterfúgios. Ou seja, desconsiderando a excessiva importância para a análise das macroestruturas e, sim, priorizando as múltiplas e pequenas situações do viver quotidiano, que é o que dá

garantias de permanência na socialidade e, conseqüentemente, da conservação do indivíduo e da espécie.

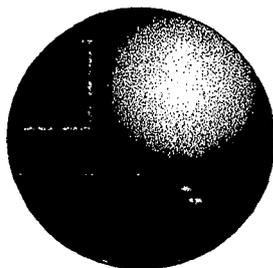
...olha esse cara aqui (apontando para a revista e em conversa com outro colega), não parece o Popeye? (risos) (Lua)

...as vezes eu vejo bem distante, como agora, dentro de uma piscina, bem a vontade, bem tranqüila. (Lua)

A figura 02, a seguir, descreve a dinâmica interacional dos três temas apresentados, caracterizando o movimento de “dentro para fora e de fora para dentro”, traduzindo-se na qualidade de viver desses trabalhadores da saúde.



Qualidade de Vida



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PROPOSIÇÕES E REFLEXÕES PARA OUTROS ESTUDOS

Dentro deste espaço que se privilegia para o momento de reflexões, sínteses, e o retorno à experiência vivenciada com os trabalhadores e todo o processo de estudo, pode-se identificar algumas proposições:

- É possível dizer que a qualidade de vida desses trabalhadores se constrói também no seu cotidiano de trabalho mas não se esgota em si. Ou seja, não é a inexistência de conflitos ou dificuldades que caracterizam a qualidade de um bem viver, mas, acima de tudo, a possibilidade de se dispor de recursos (materiais e imateriais) para o enfrentamento dessas dificuldades, no seu cotidiano de trabalho e na vida como um todo.
- A qualidade de vida do trabalho não é algo separado, distinto de outros aspectos da vida desse trabalhador; ela está inscrita e se constitui parte integrante e integralizante da qualidade de vida como um todo.
- Ainda, a qualidade de vida desses trabalhadores se estabelece num processo interacional a partir do reconhecimento e da compreensão de um movimento de “dentro-para-fora e de fora-para-dentro”, de dentro do universo do trabalho que afeta sua vida fora do mesmo e, em contrapartida, de aspectos da vida fora do trabalho que contribuem para a configuração da realidade profissional vivenciada.
- O sentimento de impotência emergido das interações desses trabalhadores entre si e na relação com o paciente lhes oportuniza um

momento de reflexão sobre sua própria condição de finitude enquanto existência humana e de possibilidades enquanto vivência da mesma.

- As condições técnico-administrativas também são agentes decisivos, para a qualidade de vida no trabalho desses atores, porquanto estas condições se apresentarem impróprias para a realização de atividades, reforçando, conseqüentemente, o sentimento de impotência.
- A busca de uma unidade de trabalho se expressa a partir de uma identidade no trabalho, na interface das afinidades pessoais, constituídas nas interações de trabalho.
- A construção dessa identidade profissional teria seu ponto de partida em aspectos anteriores (vida pessoal) a sua realidade de trabalho, a partir de valores e (pré)conceitos que estariam dirigindo suas próprias escolhas profissionais e caracterizando um curso de movimento de intersubjetividades atuantes para dentro da sua realidade de trabalho.
- As afinidades pessoais estabelecidas por estes trabalhadores, entre si, possibilitam a entonação de aspectos positivos para uma melhor interação, no caso em questão, por exemplo, a motivação. Mas, em contrapartida, possibilitam também aspectos negativos para a mesma interação, de desqualificação de um para com o outro (trabalhador).
- O espaço de trabalho onde ocorrem as suas interações, tornou-se um lugar privilegiado para a ressignificação de valores em suas vidas, de sua própria subjetividade, exatamente, por ser este o lugar por onde gravitam temas deflagrados, relacionados à saúde, a estilos de vida, a aspectos que atingem a todos os seres humanos, destituindo a garantia de imunidade.

- A busca desse trabalhador por um sentido, um significado para o seu trabalho, desencadeou uma tomada de posição, numa mudança de atitude, quer seja frente ao paciente, quer seja frente a sua realidade de vida como um todo, resultando, como um convite, na sua própria humanização.
- O sofrimento vivenciado por estes profissionais, trabalhando com uma condição humana de sofrimento, tanto físico como psíquico (paciente), exigiu por parte deles a necessidade de se protegerem de seu próprio sofrimento: mutualismo nas interações entre si.
- A necessidade de uma definição de papéis profissionais como ponto de partida para a clarificação da realidade de trabalho e de suas demandas, evidenciou a interdependência dessas atribuições profissionais para a operacionalização e otimização do próprio trabalho.
- O contexto ambiente de trabalho, tornou-se um lugar privilegiado para se perceber e compreender de forma estética a representação de um movimento (de dentro-para-fora e de fora-para-dentro) que se expressa nas interações entre si (trabalhadores) e com seus pacientes.
- O reconhecimento do prazer, por parte desses trabalhadores, como um aspecto ou condição indispensável para a qualificação de seu trabalho e na sua qualidade de vida em si.

A possibilidade de se mergulhar nesse universo interacional, nessa dimensão de humanidade, permite reconhecer a interdependência dos vários aspectos que envolvem a interação humana. Este estudo aqui proposto mostra a necessidade de um referencial holístico que possa contemplar a dinâmica dessa vivência humana nas suas interações do cotidiano.

A possibilidade de se conceber e compreender o ser humano como *ser das relações*, seja na sua particularidade, seja na sua socialidade, seja no trabalho ou fora dele, no cotidiano, na sua totalidade de vida, evidencia um ser de construção social.

É possível reconhecer os indivíduos e seus grupos não como meros receptores passivos, como autômatos, mas como seres pensantes, sujeitos da construção de suas trajetórias de vida. Apesar de todas as injunções e injúrias impostas de forma arbitrária e sofrida, numa condição (des)humana, é possível reconhecer, em contrapartida, na humanidade a capacidade de construção e reconstrução de suas representações, de qualificação de si e do outro.

Este estudo mostrou-se qualitativamente apto "a acolher" as incomensuráveis variantes do viver no "humano", holísticas e ecológicas, sem dúvida, tornou possível a compreensão de significados na qualidade de viver através de um olhar que contemplasse uma condição de humanidade, nesse momento histórico no qual a questão da AIDS tornou-se presença constante na vida privada e coletiva, de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo : CBES/Hucitec, 1988.
- BOGDAN, R. C.; BICKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: Uma introdução a teoria e aos métodos. Porto : Editora Porto, 1994.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo : Cultrix, 1982.
- CECCHIN, G. Construcionismo social e irreverência terapêutica. In: SCHIRTMAN, D. (org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.
- COELHO, C. L. M. Gestão de pessoal no imaginário dos trabalhadores. In: FARIAS, F. R. de ; DUPRET, L. (Org.). **A pesquisa nas ciências do sujeito**. Rio de Janeiro : Revinter, 1998.
- CUNHA, M. S. da. **O impacto da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde: Um estudo de caso no hospital Nereu Ramos (SC)**. Florianópolis : UFSC, 1997. (Dissertação de Mestrado).
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo : Cortez, 1992.
- _____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo : Atlas, 1994.
- DICIONÁRIO DE PSICOLOGIA. São Paulo : Loyola, 1982.
- FERNANDES, M. DE F. P. et alii. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente de morte iminente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 37(2) : 102-108, 1984.

- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1989.
- FROMM, E. **Análise do homem**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S. A., 1983.
- GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo : Cortez, 1983.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo : Atlas, 1991.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro : Zahar, 1982.
- GUERRA, C. G. M. **Transdisciplinaridade como (re)ligação entre ciência e cultura: Da antiga China à informática educativa e musical**. Florianópolis : Uni&Verso, 1998.
- HANAN, J. **A percepção social da AIDS: Raízes do preconceito e da discriminação**. Rio de Janeiro : Revinter, 1994.
- JOFFE, H. "Eu não, o meu grupo não": Representações sociais e transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P.; JOUCHELOVITCH, S. **Textos de representações sociais**. Petrópolis : Vozes, 1995.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1992.
- LANGONE, A. e VIEIRA, N. **SIDA/AIDS: A ação integrada como receita de vida**. Porto Alegre : AGE, 1995.
- LEININGER, M. **Qualitative e research methods in nursing**. Orland : Grune e Stratton, 1985.
- LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986.

- MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro : Rocco, 1984.
- MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **The tree of Knowledge**. Boston-London : Shambhala, 1984.
- MENEGHINI, P. et al. AIDS: Humanizando a assistência de enfermagem ao paciente portador de HIV. In: **O poder invisível da enfermagem**. Anais do 47º Congresso de Enfermagem. Goiânia, 1995.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1993.
- _____. **Pesquisa social: Teoria , método e criatividade**. Petrópolis : Vozes, 1994.
- MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. São Paulo : Cortez, 1994.
- MOSCOVICI, S. **Social cognition: On social representation**. In FORGAS, J. P. (ed.). London : Academic Press, s.d.
- NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. **Dimensões da dor no câncer: Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde**. São Paulo : Robe, 1997.
- NULAND, S. B. **Como morremos: Reflexões sobre o último capítulo da vida**. Rio de Janeiro : Rocco, 1995.
- PAQUETTE, D. **Análise do Discurso**. Florianópolis : Notas de sala de aula – UFSC, 1993.
- PATRÍCIO, Z. M. **Métodos qualitativos de pesquisa**. Florianópolis : Notas de sala de aula – UFSC. 1996a.
- _____. **Ser saudável na felicidade-prazer: Uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico e ecológico**. Pelotas : Ed. Universitária, 1996b. (Série teses em enfermagem, 2)

- PATRÍCIO, Z. M.; GUERRA, A. F. S.; MAIA, P. R. D. De dentro para fora de fora para dentro: A qualidade de vida na reconstrução do Corpo individual-social. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. de (Orgs.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis : ed. do autor, 1999.
- REICH, W. **Análise do caráter**. São Paulo : Martins Fontes, 1995.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro : Cortez, 1994.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1995.
- VIDAL, M. C. Os paradigmas em ergonomia. In. **6º SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA** (1993 : Florianópolis). Anais da Associação Brasileira de Ergonomia, 1993.
- WISNER, A. **A inteligência no trabalho**. Textos selecionados de ergonomia. São Paulo : FUNDACENTRO, 1994.
- WEIL, P.; D'AMBRÓSIO, U.; CREMA, R. **Rumo à nova transdisciplinaridade**: Sistemas abertos de conhecimento. São Paulo : Summus, 1993.

ANEXOS

1. Requerimento de autorização para realização do estudo
2. Ofício de aprovação da instituição
3. Ofício à equipe estudada solicitando sua participação
4. Diário de Campo – Notas de Campo e de Pesquisador
5. Formulário/roteiro de entrevistas

REQUERIMENTO

Itajaí, 09 de dezembro de 1997.

Ilmo. Sr.
Sérgio Coelho de Souza Liberatro
Secretário Municipal de Saúde

Senhor Secretário,

Pelo presente, venho por meio deste solicitar autorização para realização de estudo (conforme segue anexo) junto a equipe multiprofissional desta Secretária de Saúde. O presente visa concluir o trabalho de campo referente a minha dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção , lembrando desde já que o mesmo obedecerá os rigores da ética, garantindo também que a instituição pesquisada estará isenta de qualquer responsabilidade financeira.

Contando com sua colaboração.
Solicito Deferimento

Atenciosamente,



Paulo Renato Duarte Maia



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Rua Leodegário Pedro da Silva, 300 - Imaruí - CEP: 88.305-620 - Itajaí / SC
Fonc: (047) 348-3313 - FAX: 348-4270

OFÍCIO/DVE/Nº 009/98

Itajaí, 03 de fevereiro de 1998

Prezado Senhor:

Vimos responder a solicitação de Vossa Senhoria, no que se refere a possibilidade de campo de estágio para a realização do trabalho de mestrado.

Queremos firmar e demonstrar nosso interesse e satisfação em tê-lo como integrante em nossos serviços e nos colocamos a disposição, ao que se fizer necessário para a pesquisa a ser desenvolvida.

Julgamos ser importante que as ações da saúde sejam estudadas e aprimoradas, por isso abrimos caminho para estudos desta natureza.

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos a seu dispor.

Atenciosamente,

Dr.ª Rosálie Kupka Knell
Coordenadora do Programa Municipal DST e AIDS

Ilmº Sr.
Paulo Duarte Maia

PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO

Itajaí, Janeiro de 1998.

Eu, Paulo Renato Duarte Maia, estudante do curso regular de mestrado em Engenharia de Produção, área de Ergonomia, do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof^a Dr^a Zuleica Maria Patricio.

Venho por meio desta, apresentar a minha proposição de estudo, bem como a solicitação de sua participação em alguns momentos deste estudo.

O estudo visa compreender o significado das interações no trabalho de uma equipe de saúde que atende pessoas sofrendo de AIDS e as repercussões disto na qualidade de vida destes trabalhadores.

A operacionalização do método e estudo requer a utilização da técnica de observação participante no local de trabalho acompanhada de entrevista.

Devo ressaltar desde já que todos estes procedimentos metodológicos obedecerão os rigores éticos pertinentes ao estudo. Inclui-se aí a manutenção do sigilo da sua identidade, bem como de dados expressos pela sua pessoa (participante) que não estejam de seu acordo para constar no estudo.

*Sem mais a declarar, peço a sua assinatura como expressão de aceite.**

Atenciosamente,



Paulo Renato Duarte Maia

(assinatura do participante)

** Em qualquer momento fica assegurado o direito de desistência por parte do participante.*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO EM ERGONOMIA
MESTRANDO: PAULO RENATO DUARTE MAIA
ORIENTADORA: PROF^a DR^a ZULEICA MARIA PATRÍCIO**

**Título da pesquisa: A QUALIDADE DE VIDA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO
ATENDIMENTO A PESSOAS COM AIDS – Ressignificando
a subjetividade nas interações**

Sujeito:

Local:

Data:

Horário:

**Objetivo: Fazer observação participante do processo de interação no trabalho
de equipe de saúde entre trabalhadores e com cliente sofrendo de AIDS**

NOTAS DE CAMPO	ANÁLISE

**Objetivo: analisar e categorizar dados provenientes das Notas de Campo,
focalizando notas teóricas, metodológicas e reflexões pessoais.**

NOTAS DO PESQUISADOR	ANÁLISE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO EM ERGONOMIA
MESTRANDO: PAULO RENATO DUARTE MAIA
ORIENTADORA: PROF^a DR^a ZULEICA MARIA PATRÍCIO**

**Título da pesquisa: A QUALIDADE DE VIDA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO
ATENDIMENTO A PESSOAS COM AIDS – Resignificando
a subjetividade nas interações**

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Sexo:

Atribuição profissional

Local:

Data:

Horário:

Objetivo: coletar dados referentes ao processo de interação no trabalho entre equipe profissional e com cliente sofrendo de AIDS, bem como as significações desse processo para o trabalhador de saúde e as repercussões na sua qualidade de vida.

ROTEIRO:

- 1. Descreva sua atividade de trabalho junto à equipe de profissionais e no atendimento aos clientes.**
- 2. Como são as interações nessas atividades e o que elas significam para você?**
- 3. Descreva como é a sua realidade de vida fora do trabalho a partir de aspectos que interferem nas interações de trabalho, entre colegas e cliente.**
- 4. Quais são as repercussões desses processos interacionais na sua vida?**

OBSERVAÇÕES: