



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO

**“DIAS DE LUTA, DIAS DE GLÓRIA”: TRABALHADORAS/ES DE SAÚDE EM  
HIV/AIDS SOB O OLHAR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO, EM UM  
HOSPITAL DE REFERÊNCIA, NO PARÁ.**

BELÉM

2020

MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO

**“DIAS DE LUTA, DIAS DE GLÓRIA”: TRABALHADORAS/ES DE SAÚDE EM  
HIV/AIDS SOB O OLHAR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO, EM UM  
HOSPITAL DE REFERÊNCIA, NO PARÁ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito final para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia, Sociedade e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

BELÉM

2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

- M528d Melo, Michele Torres dos Santos de.  
"Dias de luta, dias de glória": trabalhadoras/es de saúde em HIV/AIDS sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um hospital de referência, no Pará / Michele Torres dos Santos de Melo. — 2020.  
158 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2020.
1. Saúde Mental no Trabalho. 2. Psicodinâmica do Trabalho. 3. Trabalhadoras/es de Saúde. 4. HIV AIDS. I. Título.

MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO

**“Dias de Luta, Dias de Glória”: Trabalhadoras/es de Saúde em HIV/Aids sob o Olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência, no Pará.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2020

Conceito: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr.: Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira  
Universidade Federal do Pará (UFPA - Orientador)

---

Profa. Dra.: Ana Cleide Guedes Moreira  
Universidade Federal do Pará (UFPA - Membro Interno)

---

Prof. Dra.: Elizabeth Moreira dos Santos  
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ - Membro Externo)

---

Profa. Dra.: Rosângela Dutra de Moraes  
Universidade Federal do Amazonas (UFAM - Membro Externo)

BELÉM  
2020

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho aconteceu pelas mãos de muitas pessoas especiais, que caminharam comigo até aqui. Foram ricas trocas de afeto, de apoio e de conhecimentos, nesta importante conquista.

Agradeço a Deus, pela perseverança e fé, no acreditar sempre em um novo amanhã, com auto superações e amor genuíno às pessoas.

Imensa gratidão às/aos trabalhadoras/es de saúde que aceitaram participar da pesquisa, mesmo em meio ao cenário da pandemia de Covid-19, força trabalhadora fundamental ao seu enfrentamento, assim como tem sido frente ao HIV/Aids, desde o seu surgimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e à Universidade Federal do Pará, que viabilizaram a minha formação e realização do mestrado em Psicologia.

Ao meu orientador, Professor Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, que desde a graduação me acolheu, vem me apoiando e contribuindo com sua vasta experiência profissional, seus conhecimentos, incentivo e força na obtenção de minhas conquistas acadêmicas.

Às amigas da turma de mestrado, Ana Carolina Galvão, Laís Campos, Daiane Calazans, Fernanda Almeida, Cristina Reis e Alaiana Menezes, pelas trocas, conversas, risos e escuta.

Às/aos amigas/os, Anaclan Lopes, Cinthia Castro, Eline Freire, Darlin Targino, Carol Secco, Gabriela Ribeiro, Márcia Roberta, Lucas Aguiar e todas (os), pelo carinho e contribuições.

À Professora Dra. Laura Nogueira, pelos ensinamentos nos cursos da Fundacentro, suas reflexões, afeto e sensibilidade com as questões voltadas à Saúde Mental no Trabalho.

Ao Professor Dr. Márcio Belloc, inspiração aos seus alunos, possibilitando um aprendizado criativo, permeado de afetos e trocas valiosas, em um laço social sob novos olhares.

À minha amada mãe, Valderina Torres dos Santos, que em todos os momentos da minha caminhada, está sempre lá, para o que eu precisar! Minha grande amiga e parceira da vida, sempre pronta a dar o seu melhor e a nos elevar com sua infinita sabedoria, bondade e amor.

Ao meu amado pai, José Maria Guedes dos Santos (in memoriam), que me apresentou à Psicologia, ainda na infância, através de seus livros e nossas longas conversas. Minha primeira fonte de inspiração profissional! PAI para sempre, serás meu grande amigo e melhor Psicólogo!

Aos meus irmãos, Anderson, Luciana, Gessiana e Mariana, torcedores incondicionais, sempre prontos a ajudar, a ouvir e apoiar. Meus melhores amigos! Amo vocês!

Às minhas lindas sobrinhas Beatriz, Fernanda, Ísis e ao meu sobrinho e afilhado Gael. Vocês me mostram a alegria de viver, de dar e receber um amor genuíno, sem pressões e cheio de suavidade no existir. Amo vocês!

À minha cunhada Paula, por sua sensibilidade e delicadeza nas relações com as pessoas, de um amor genuíno e inspirador com os animais. Aprendo muito com você!

Ao meu companheiro de vida, Luis Carlos, por todo o seu amor, incentivo, dedicação e apoio incondicional, na obtenção dessa conquista.

Ao meu lindo e amado filho Lucas, maior riqueza, meu sorriso mais feliz, fonte infinita de inspiração e amor. Pulsão de vida e sentido do meu existir!

## **Dias de Luta, Dias de Glória**

Canto minha vida com orgulho!

Na minha vida tudo acontece  
Mas quanto mais a gente rala, mais a gente cresce  
Hoje estou feliz porque sonhei com você  
E amanhã posso chorar por não poder te ver  
Mas o seu sorriso vale mais que um diamante  
Se você vier comigo aí nós vamos a diante  
Com a cabeça erguida e mantendo a fé em Deus  
O seu dia mais feliz vai ser o mesmo que o meu

A vida me ensinou a nunca desistir  
Nem ganhar, nem perder mas procurar evoluir  
Podem me tirar tudo que tenho  
Só não podem me tirar as coisas boas que eu já fiz pra quem eu amo  
E eu sou feliz e canto e o universo é uma canção eu vou que vou!

Histórias, nossas histórias  
Dias de luta, dias de glória (4x)

[...]

Mas hoje dou valor de verdade pra minha saúde, pra minha liberdade  
Que bom te encontrar nesta cidade  
Esse brilho intenso me lembra você

Histórias, nossas histórias  
Dias de luta, dias de glória

Hoje estou feliz, acordei com o pé direito  
E vou fazer de novo, vou fazer muito bem feito.

Sintonia,  
Telepatia,  
Comunicação pelo cortex  
Bum, Bye-Bye.

Charlie Brown Jr.

## RESUMO

O surgimento da epidemia de HIV/Aids, no Brasil, foi marcado por grande mobilização social nos grandes centros urbanos do país, desde o primeiro caso da doença em 1982. Os profissionais da saúde precisaram concentrar esforços para seu enfrentamento. Afetados pelo drama dos pacientes, recebiam apoio psicológico vindo do Hospital Emílio Ribas, primeiro hospital com um Centro de AIDS, tornando-se referência na área de infectologia, até os dias atuais (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010). Assim, esta pesquisa teve por objetivos analisar a organização do trabalho de trabalhadoras/es de saúde na atenção a pacientes de HIV/Aids, em um hospital de referência, no Pará; identificar as possíveis vivências de prazer e sofrimento psíquico neste trabalho; investigar os mecanismos de defesa individuais e estratégias defensivas coletivas adotadas, no enfrentamento à realidade existente. A metodologia adotada foi de cunho exploratório e pesquisa qualitativa, utilizando-se o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Os instrumentos de análise foram de entrevista semiestruturada, com a técnica de entrevistas individuais. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, assim como pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto, atendendo à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS), adaptada da técnica de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (1977). A análise das informações e relatos permitem aferir que a organização do trabalho caracteriza-se por aspectos que envolvem diferentes vínculos trabalho, por uma jornada de trabalho intensa e exaustiva, mediante às demandas diárias na atenção com pacientes de HIV/Aids que chegam no hospital muito debilitados. As condições de trabalho apresentam-se deficitárias quanto à estrutura física, iluminação, temperatura, limpeza, estado dos equipamentos e escassez de recursos, como medicamentos. Para enfrentamento à realidade, as/os trabalhadoras/es utilizam-se do mecanismo individual de defesa de negação e estratégias coletivas de defesa de racionalização e de negação, com modos de pensar, agir e sentir compensatórios. O prazer se dá através do sentido dado à contribuição social, na recuperação e gratidão dos pacientes e familiares, no constante aprendizado e no apoio entre a equipe de trabalho. O reconhecimento é evidenciado pelos pares, quando elogiam, ajudam e valorizam o trabalho uns dos outros. Não foi mencionada a existência de grupos de discussão coletiva, onde as/os trabalhadoras/es possam falar de seus sentimentos, angústias e anseios no fazer laboral. Esta pesquisa possibilita a ampliação de saberes e reflexões atuais em saúde pública, no que concerne à saúde mental das/os trabalhadoras/es na atenção em HIV/Aids, assim como permite pensar ações voltadas à promoção de melhorias nas redes de serviços voltadas às PVHA, no país e, mais especificamente, no estado do Pará.

**Palavras-chave:** Saúde Mental no Trabalho; Psicodinâmica do Trabalho; Trabalhadoras/es de Saúde; HIV/Aids.

## ABSTRACT

The emergence of the HIV/SIDA epidemic in Brazil was marked by great social mobilization in the country's large urban centers, since the first case of the disease in 1982. Health professionals had to concentrate efforts to face it. Affected by the drama of the patients, they received psychological support from Emílio Ribas Hospital, the first hospital with an AIDS Center, becoming a reference in the field of infectious diseases, until today (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010). Thus, this research aimed to analyze the work organization of health workers in the care of HIV / AIDS patients, in a reference hospital in Pará; identify the possible experiences of pleasure and psychological suffering in this work; to investigate the individual defense mechanisms and collective defensive strategies adopted, in confronting the existing reality. The methodology adopted was exploratory and qualitative research, using the theoretical framework of Psychodynamics of Work. The instruments of analysis were semi-structured interviews, with the technique of individual interviews. The research was submitted to and approved by the Research Ethics Committee with human beings, linked to the Graduate Program in Psychology, at the Federal University of Pará, as well as by the Ethics Committee of the João de Barros Barreto University Hospital, in compliance with Resolution 510 / 2016 of the National Health Council - Ministry of Health. For the analysis of the data, we used the technique of Analysis of Nuclei of Sense (ANS), adapted from the technique of categorical content developed by Bardin (1977). The analysis of the information and reports allows us to verify that the work organization is characterized by aspects that involve different work ties, by an intense and exhaustive workday, through the daily demands in the care with HIV/SIDA patients who arrive at the hospital very debilitated. Working conditions are deficient in terms of physical structure, lighting, temperature, cleanliness, condition of equipment and shortage of resources, such as medicines. In order to face reality, workers use the individual defense mechanism for denial and collective defense strategies for rationalization and denial, with ways of thinking, acting and feeling compensatory. Pleasure is given through the sense given to social contribution, in the recovery and gratitude of patients and families, in constant learning and support among the work team. Recognition is evidenced by peers, when they praise, help and value each other's work. The existence of collective discussion groups was not mentioned, where the workers can talk about their feelings, anxieties and anxieties in doing work. This research enables the expansion of current knowledge and reflections on public health, with regard to the mental health of workers in HIV/SIDA care, as well as allowing actions to promote improvements in service networks aimed at PVHA, in the country and, more specifically, in the state of Pará.

**Keywords:** Mental Health at Work; Psychodynamics of Work; Health workers; HIV / SIDA.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Produções PPGP/UFPA em HIV/Aids - 2008 a 2018.....	17
Quadro 2 – Produções UFPA em Psicodinâmica do Trabalho - 2008 a 2018.....	21
Quadro 3 – Os Núcleos de Sentidos e Temáticas.....	83
Tabela 1 – Publicações Acadêmicas acerca de Trabalhadoras/es de Saúde em HIV/Aids, de 2008 a 2018.....	61
Tabela 2 – Estudos com PDT e Trabalhadoras/es de Saúde na Atenção em HIV/Aids, de 2008 a 2018.....	62
Tabela 3 – Categorias Profissionais Participantes.....	80
Tabela 4 – Perfil das/os Trabalhadoras/es Participantes.....	81
Figura 1 – Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	74
Figura 2 e 3 – Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias – UDIP/HUJBB.....	75
Figura 4 – Organograma Colegiado Executivo Complexo Hospitalar HUJBB/HUBFS.....	87
Figura 5 – Organograma da Gerência de Atenção à Saúde HUJBB.....	88
Figura 6 – Organograma da Gerência Administrativa HUJBB.....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana  
ARV – Antirretroviral  
AZT – Zidovudina, fármaco utilizado como antirretroviral  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico  
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HUIBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto  
HUBFS – Hospital Universitário Betina Ferro de Souza  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organização Não-Governamental  
OSC – Organizações da Sociedade Civil  
PDT – Psicodinâmica do Trabalho  
PN DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids  
PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV  
SAE – Serviço de Assistência Especializada  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TARV – Terapia Antirretroviral  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFPA – Universidade Federal do Pará  
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS  
UREDIPE – Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NO BRASIL.....</b>	<b>22</b>
1.1.O HIV/Aids no Brasil e o Papel dos Movimentos Sociais.....	25
1.2. As Políticas Públicas de Saúde Coletiva em HIV/Aids.....	29
1.3. Atenção em Saúde Mental e Cuidado aos Profissionais em HIV/Aids.....	35
<b>2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....</b>	<b>41</b>
2.1. A Normalidade do Trabalho.....	43
2.2. A Organização do Trabalho.....	45
2.3. A Mobilização Subjetiva no Trabalho.....	45
2.4. O Trabalho Prescrito e o Trabalho Real.....	46
2.5. Os Mecanismos Individuais e Estratégias Coletivas de Defesa.....	47
2.6. A Inteligência Prática ou Astuciosa.....	49
2.7. O Reconhecimento e Prazer no Trabalho.....	50
2.8. O Conceito de Sublimação no Trabalho.....	52
2.9. A Clínica do Trabalho.....	53
<b>3. PSICODINÂMICA DO TRABALHO: ESTUDOS NO BRASIL COM TRABALHADORAS/ES DE SAÚDE NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS.....</b>	<b>55</b>
3.1. Considerações Gerais.....	55
3.2. As/os Trabalhadoras/es de Saúde na Atenção em HIV/Aids.....	58
3.3. As/os Trabalhadoras/es de Saúde na Atenção em HIV/Aids sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho.....	60
<b>4. REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.....</b>	<b>70</b>
4.1. Os Serviços da Rede de Atenção em Saúde em HIV/Aids no Pará.....	72
4.2. O Hospital Universitário de Referência em HIV/Aids.....	73
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>77</b>
5.1. Etapas Iniciais e Aspectos Éticos.....	78
5.2. As/os Participantes da Pesquisa.....	79
5.3. Procedimentos de Coleta das Informações.....	82
5.4. Procedimentos de Análise das Informações.....	83
<b>6. O TRABALHAR EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM HIV/AIDS.....</b>	<b>85</b>
6.1. A Organização do Trabalho.....	85

6.1.1. A Hierarquia e Divisão do Trabalho.....	86
6.1.2. Os Vínculos de Trabalho na Organização.....	90
6.1.3. As/os Trabalhadoras/es Residentes.....	91
6.2. As Condições de Trabalho.....	93
6.2.1. A Jornada de Trabalho.....	94
6.2.2. Biossegurança, Estigmas e Medos no Cuidado em HIV/Aids.....	96
6.2.3. A Estrutura Física do Ambiente Laboral.....	101
6.2.4. Os Equipamentos, Insumos e Medicamentos.....	103
6.2.5. As Condições de Limpeza no Trabalho.....	104
<b>7. A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA E SOFRIMENTO NO TRABALHO.....</b>	<b>107</b>
7.1. A Mobilização Subjetiva no Cuidado em HIV/Aids .....	107
7.2. O Sofrimento Psíquico no Trabalhar em HIV/Aids.....	108
7.2.1. Sofrimento Criativo.....	109
7.2.2. Sofrimento Ético.....	110
<b>8. OS MECANISMOS E ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO TRABALHO EM HIV/AIDS.....</b>	<b>113</b>
8.1. Os Mecanismos Individuais de Defesa.....	113
8.1.1. Mecanismo de Defesa “Vou Trabalhar Todo Dia Feliz da Minha Vida!”.....	113
8.2. As Estratégicas Coletivas de Defesa.....	114
8.2.1. A Estratégia “Dias de Luta, Dias de Glória!”.....	115
8.2.2. A Estratégia “O Risco Pode Estar em Qualquer Lugar!”.....	116
8.2.3. A Estratégia “Estamos Aqui Para Trabalhar!”.....	117
8.2.4. A Estratégia “Temos que Aceitar que é Assim Mesmo!”.....	117
<b>9. O PRAZER E O RECONHECIMENTO NO TRABALHO.....</b>	<b>120</b>
9.1. O Prazer no Cuidado em HIV/Aids.....	120
9.2. O Reconhecimento no Trabalho em HIV/Aids.....	122
<b>10. A PANDEMIA DA COVID-19 E A PESQUISA NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS.....</b>	<b>125</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>144</b>
APÊNDICE A – Termo de Livre Consentimento Esclarecido.....	145
APÊNDICE B – Termo de Compromisso do Pesquisador.....	147
APÊNDICE C – Termo de Aceite do Orientador.....	148
APÊNDICE D – Declaração de Isenção de Ônus Financeiro.....	149

APÊNDICE E – Declaração de Autorização da Instituição.....	150
APÊNDICE F – Parecer Consubstanciado do CEP.....	151
APÊNDICE G – Parecer Consubstanciado do CEP Co-participante.....	154
APÊNDICE H – Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	158

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa buscou analisar os processos de subjetivação das/os trabalhadoras/es de saúde na atenção HIV/Aids, na sua relação com os aspectos da organização do trabalho, em um hospital de referência, no Pará.

Assim, propôs-se a apontar os aspectos da organização de trabalho em que atuam, identificar as possíveis vivências de prazer e sofrimento psíquico no realizar deste trabalho, avaliando os mecanismos de defesa individuais e as estratégias defensivas coletivas adotadas por estes profissionais, no enfrentamento à realidade.

O interesse pelo presente estudo foi constituído, ao longo de alguns anos, a partir das minhas vivências pessoais e respectiva atuação profissional. Minha experiência como Psicóloga Organizacional e do Trabalho, atuando ao longo de 16 anos em organizações de diferentes ramos do setor privado (serviços, comércio e indústria), além de uma experiência no setor público, como Coordenadora de Gestão de Pessoas de uma Fundação voltada a crianças e jovens em cumprimento de medidas sócio-educativas. Estas experiências profissionais despertaram crescente curiosidade com as questões relacionadas à saúde mental das/os trabalhadoras/es, em seu fazer laboral.

Aliado a esse contexto, uma experiência pessoal significativa, onde precisei acompanhar um familiar internado em um hospital de referência, despertou um olhar diferenciado para a atuação das/os profissionais de saúde com pacientes de HIV/Aids. Assim, mesmo passado alguns anos, apesar de pouca ou nenhuma aproximação com a organização hospitalar, o interesse pelo estudo da saúde mental das/os trabalhadoras/es de saúde, inseridos na atenção em HIV/Aids, ampliou-se gradativamente.

Diante do interesse e expectativa em ingressar no Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, instituição da qual sou aluna egressa do curso de Psicologia, concluído em 2003, visualizei a possibilidade real da busca de compreensão e conhecimento no campo da saúde coletiva, mais especificamente na saúde mental no trabalho em HIV/Aids, suscitada por todos os atravessamentos existentes.

Dessa forma, algumas indagações surgiram como questões norteadoras: - Quais os aspectos da organização do trabalho hospitalar atravessam a saúde mental de trabalhadoras/es de saúde, na em HIV/Aids, nos tempos atuais? – Qual a dinâmica psíquica do prazer e sofrimento, na realização deste trabalho? – Quais os mecanismos individuais e estratégias coletivas de defesa adotadas, frente ao trabalho vivenciado?

De modo geral, partirei de uma breve contextualização histórica do HIV/Aids no Brasil, considerando o impacto da doença e a conseqüente eclosão de movimentos sociais de enfrentamento ao seu surgimento, assim como da urgente necessidade de criação de políticas públicas de combate aos índices alarmantes de sua incidência na população brasileira, nas últimas décadas. Pretende-se, assim, permitir ao leitor um maior conhecimento acerca da temática abordada, com um olhar mais voltado à saúde mental das/os trabalhadoras/es de saúde, na atenção em HIV/Aids, em nossa atualidade.

Antes de tudo, é importante destacar que no Brasil, o surgimento da epidemia do HIV/Aids foi marcado por grande mobilização, principalmente nos grandes centros urbanos localizados na região sudeste do país, local em que houve o primeiro caso da doença em 1982. Profissionais da saúde tentavam encontrar respostas para esta nova doença, no entanto sem êxito. Afetados pelo drama dos pacientes, estes profissionais recebiam apoio psicológico vindo do Hospital Emílio Ribas, que foi o primeiro hospital com um Centro de AIDS, tornando-se referência na área de infectologia, o que segue até os dias atuais (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

Um dos fatos mais importantes para as políticas públicas de HIV no Brasil é a lei 9313/96 (1996), que garante distribuição gratuita e universal de antirretrovirais aos portadores de HIV e doentes de AIDS, assegurando um tratamento igualitário a toda sociedade. Tal acontecimento teve forte influência na ampliação dos serviços de referência especializada em assistência a este público (BRASIL, 2014).

Segundo Villarinho et. al. (2013) é somente na década de 1990, dentro do Programa Nacional de Combate a AIDS, que o Ministério da Saúde estrutura a política de assistência aos portadores de HIV/Aids no Brasil, e conseqüentemente, no Estado do Pará. Assim, surgem as Unidades de Referência Especializada em HIV/Aids, compostas por programas como o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Serviço de Assistência Especializada – SAE, Hospital Dia – HD e Assistência Domiciliar Terapêutica – ADT. Estas unidades passam a ser responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas que vivem com HIV/Aids. Em complementação a essa estrutura de assistência, ilustra-se o importante papel dos hospitais de referência em HIV/Aids, tais como os hospitais universitários em alguns Estados, existentes em nosso país.

Ao situar tal temática, nas últimas décadas, conforme Brasil (2012), a discussão acerca da doença HIV/Aids e a saúde mental remete à análise da subjetividade e da complexidade do processo saúde-doença e das diferentes dimensões que precisam ser consideradas na prática dos profissionais de saúde ante a esta realidade, surgiram novas preocupações quanto ao manejo e

cuidados necessários, voltados à saúde mental dos profissionais que atuam no contexto aqui citado. Destaca-se que a maneira como o profissional lida com o usuário é orientada pela concepção que se tem acerca do processo saúde-doença, tornando muitas vezes difícil separar sentimentos e valores pessoais da prática profissional. (BRASIL, 2017, p. 95).

Quando se fala de uma prática em saúde ligada à assistência em HIV/Aids, ainda segundo Brasil (2017), as circunstâncias e questões suscitadas a partir do sofrimento psíquico causam impacto significativo no profissional que precisa lidar com esta realidade. Assim, as situações de vida compartilhadas pelos usuários geram sofrimento e sentimentos de impotência, insegurança, medo e dúvida diante da melhor conduta a ser tomada. Esse sentimento pode levar o profissional a adoecer. As relações destes profissionais com o trabalho, seus pares e suas equipes, pode ainda, atuar no fortalecimento ou fragilização dos mesmos no enfrentamento do cotidiano e de tais sofrimentos vivenciados.

Dentre as consultas bibliográficas realizadas, identifiquei a dissertação de mestrado, do psicólogo Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, intitulada “O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará”. A referida pesquisa foi defendida em 1998, vinculada à Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. É válido ressaltar que este estudo foi o primeiro no Pará a realizar uma importante reflexão quanto à saúde mental de trabalhadores inseridos na assistência a pacientes adoecidos pelo HIV/Aids, em contexto hospitalar. Da mesma forma, constituiu-se na primeira pesquisa a adotar o referencial da Psicodinâmica do Trabalho, em nosso Estado.

Diante da pesquisa citada, onde há um pouco mais de 20 anos já direcionava-se um olhar de destaque para a atuação dos profissionais de saúde no contexto aqui mencionado, num momento onde o HIV/Aids no país e no Estado do Pará, era carregado por acentuados medos, preconceitos, estigmas e incertezas. Portanto, vejo ser de extrema relevância pensar esta realidade nos tempos atuais, após mais de 35 anos do início da epidemia no Brasil.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, mediante ao interesse destacado pela pesquisa que pretendia percorrer, realizei um levantamento junto ao próprio Programa, onde houve a constatação que dentre as dissertações e teses produzidas, identificavam-se a existência de 12 dissertações voltadas à temática em HIV/Aids, no período de 2008 a 2018, cabendo aqui a importância em mencioná-las.

<b>Quadro 1 - Produções PPGP/UFGA em HIV/Aids - 2008 a 2018</b>			
<b>Itens</b>	<b>Autor</b>	<b>Título da Dissertação</b>	<b>Ano</b>
1	Arina Marques Lebrege	Estudo Psicanalítico sobre a Feminização de Epidemia do HIV/Aids com Usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto	2008
2	Janaina Barbosa Gomes Cunha	Representações Sociais sobre a Aids e a Terapia Anti-Retroviral: influências no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids	2010
3	Igor Francês	HIV: Da possibilidade à aceitação Terapeuta e paciente frente ao Diagnóstico.	2011
4	Alex Nazareno Ferreira de Miranda	Nas Trincheiras do Combate, o Abatimento, Dicção e Aids	2011
5	Alessandro Melo Bacchini	Ser Portadora de HIV/Aids: reflexões sobre sexualidade feminina e ideais de eu	2012
6	Ocilene Fernandes Barreto	Constituição do Eu e a Transmissão Vertical do HIV: um estudo psicanalítico com adolescentes soropositivos	2013
7	Jucélia Pereira Flexa	A Sexualidade de Mulheres Vivendo com AIDS: contribuições da psicanálise	2013
8	Willivane Ferreira de Melo	“Só Sei por Cima Só”: as comunidades quilombolas do município de Santarém-Pará e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS	2014
9	Barbara Araújo Sordi	Feminização da AIDS e Sexualidade Feminina na Teoria Freudiana	2015
10	Milla Maria de Carvalho Dias Vieira	O ideal de Feminilidade em Rosseau e a infecção de mulheres pelo HIV	2017
11	Rachel de Siqueira Dias	Diagnóstico de HIV após 35 anos do início da epidemia: o olhar dos usuários	2017
12	Érica Catarine Ataíde Maia	Práticas de Cuidado dos Profissionais de Saúde na Assistência Terapêutica Domiciliar em HIV/Aids	2018

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Diante das respectivas dissertações de mestrado, através da leitura de seus respectivos resumos, identificou-se que seus objetos de pesquisa não estão diretamente voltados ao estudo da saúde mental dos trabalhadores que atuam em HIV/Aids. Assim, verificou-se que suas temáticas estão ligadas aos estudos sobre vulnerabilidade, feminização, pauperização, adesão ao tratamento, impactos acerca do diagnóstico, sentidos sobre transmissão vertical, acessibilidade aos serviços públicos de saúde e práticas de cuidado em HIV/Aids. Tal evidência acentua a necessidade e interesse em estudar a saúde mental dos profissionais de saúde inseridos no contexto de trabalho hospitalar em HIV/Aids, uma vez ser um objeto de pesquisa ainda pouco explorado.

É importante destacar que de acordo o Ministério da Saúde/ Brasil (2020), o último Boletim Epidemiológico de IST/Aids revela que no Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids – notificados no Sistema Nacional de Notificações - Sinan, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes (2018), totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de aids detectados no país.

De 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sinan 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 136.902 (45,6%) na região Sudeste, 60.470 (20,1%) na região Sul, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%) na região Norte e 21.979 (7,3%) na região Centro-Oeste. Somente no ano de 2018, foram notificados 43.941 casos de infecção pelo HIV, sendo 5.084 (11,6%) na região Norte, 10.808 (24,6%) casos na região Nordeste, 16.586 (37,7%) na região Sudeste, 7.838 (17,8%) na região Sul e 3.625 (8,2%) na região Centro-Oeste.

Desde o início da epidemia de aids (1980) até 31 de dezembro de 2018, foram notificados no Brasil 338.905 óbitos tendo o HIV/aids como causa básica. A maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (58,3%), seguida das regiões Sul (17,7%), Nordeste (13,6%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,1%). Em 2018, a distribuição proporcional dos 10.980 óbitos foi de 41,1% no Sudeste, 22,0% no Nordeste, 19,1% no Sul, 11,0% no Norte e 6,8% no Centro-Oeste.

A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2019, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,3% e 19,9% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,1%, 6,6% e 6,1% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos (2014 a 2018), a região Norte apresentou uma média de 4,4 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,9 mil; o Sudeste, 15,4 mil; o Sul, 7,7 mil; e o Centro-Oeste, 2,8 mil.

A taxa de detecção de aids vem caindo no Brasil nos últimos anos. Em 2012, a taxa foi de 21,7 casos por 100.000 habitantes; em 2014, foi de 20,6; em 2016, passou para 18,9; finalmente, em 2018, chegou a 17,8 casos por 100.000 habitantes. Em um período de dez anos, a taxa de detecção apresentou queda de 17,6%: em 2008, foi de 21,6 casos por 100.000 habitantes e, em 2018, de 17,8 casos a cada 100.000 habitantes. As regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência de queda nos últimos dez anos; em 2008, as taxas de detecção dessas regiões foram de 22,8 e 35,7, passando para 16,0 e 22,8 casos por 100.000 habitantes em 2018: queda de 29,8% e 36,1%, respectivamente. A região Centro-Oeste, apesar de ter apresentado menores variações nas taxas anuais, também exibiu queda de 4,4% nos últimos dez anos, *enquanto as regiões Norte e Nordeste mostraram tendência de crescimento na detecção*: em 2008 as taxas registradas dessas regiões foram de 20,6 (Norte) e 13,5 (Nordeste) casos por 100.000 habitantes, enquanto em 2018 foram de 25,1 (Norte) e 15,8 (Nordeste), representando aumentos de 21,8% (Norte) e 17,0% (Nordeste)

Estes dados constataam que, contrariamente, à queda da taxa de detecção da Aids no Brasil, nos últimos anos, na região Norte, o que inclui o estado do Pará, há uma tendência

alarmante de crescimento na detecção da doença, que traz repercussões sociais e de saúde públicas significativas, que merecem maior destaque e atenção.

Este cenário reforça o interesse deste estudo, uma vez que o aumento nestas taxas incidem não somente à população que sofre com a doença, mas também sobre a saúde mental das/os trabalhadoras/es de saúde inseridos nesta realidade laboral, onde as redes de assistência estão cada vez mais superlotadas e os recursos mais restritos. Esta situação reflete na organização de trabalho na qual estão inseridos, ocorrendo uma precarização nociva à dinâmica psíquica destas/es trabalhadoras/es.

Destaco que diante das importantes contribuições no campo da saúde mental no trabalho, adotarei como referencial teórico, a Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida na França, na década de 1980, por Christophe Dejours. Médico Psiquiatra, Especialista em Medicina do Trabalho e Psicanalista, Professor do *Conservatório Nacional de Artes e Ofícios*, em Paris, Diretor do Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação. Tornou-se pioneiro ao formular uma nova disciplina, em que trata da análise do sofrimento psíquico resultante do confronto das pessoas com a organização do trabalho. Dejours tem pesquisado a vida psíquica no trabalho há mais de 30 anos, tendo como foco o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores em fonte de prazer (DEJOURS, 2004).

O sofrimento passa a ser o centro da análise que, articulada às exigências da organização do trabalho, revela os modos de subjetivação, principalmente, da classe trabalhadora. Finalmente, o trabalho ganha voz no mundo do trabalho.

Na visão de Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) a Psicodinâmica do Trabalho propõe duas grandes categorias para estudar a relação organização do trabalho e trabalhador. A primeira categoria é composta por organização do contexto do trabalho, condições de trabalho e relações de trabalho. A segunda categoria é formada por mobilização subjetiva do trabalhador, que revela significação através das vivências de prazer e sofrimento, estratégias defensivas e espaço de discussão coletiva.

Afirma-se que à primeira vítima do sistema não é o aparelho psíquico, mas sim o corpo dócil e disciplinado, entregue às dificuldades inerentes à atividade laborativa. Diante disso, sugere que se projeta um corpo sem defesa, explorado e fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental (DEJOURS, 1998).

Ancorando-se nessa perspectiva teórica, vê-se a possibilidade de direcionar um olhar para as demandas de subjetividade ligadas às situações de trabalho aos quais os trabalhadores encontram-se inseridos, na tentativa constante de enfrentar a realidade vivenciada.

Para Mendes (2007, p.9) é “objeto da psicodinâmica do trabalho o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação”. Nesse sentido, explica que o acesso a essas relações dinâmicas dá-se pela palavra. No caso de trabalho prescrito, a palavra registrada. No caso do trabalho real, a palavra relatada pelo trabalhador.

Assim, a autora complementa que é na palavra expressa que se possibilita ressignificação do sofrimento, onde ele pode ser reconhecido e discutido, fortalecendo as relações fundamentais na constituição do coletivo de trabalho.

Menciona-se ainda que esse sofrimento é invisível, não mensurável, só sendo possível tornar-se visível e acessível pela fala, no momento em que o sujeito nomeia o que sente. O sofrimento em si não deve ser tomado como patologia, mas como um sinal de alerta para que algum tipo de ação seja mobilizado.

Segundo Bueno e Macêdo (2012) a Psicodinâmica do Trabalho tem seu horizonte doutrinal na Psicanálise, pertencendo ao campo da clínica do trabalho. Trata-se de uma clínica do real e tem como preocupação olhar o trabalho dos sujeitos como um desafio psíquico decisivo para o sujeito.

Nesse contexto, é possível afirmar que o trabalho seja fonte de saúde mental, sendo central a mobilização da inteligência prática, do espaço de discussão, da cooperação e do reconhecimento no trabalho, possibilitando o sofrimento criativo e o prazer, e conseqüentemente, a conquista da saúde. A falha no emprego desses mecanismos levaria aos sintomas e ao adoecimento (DUARTE; MENDES, 2015).

Assim, ressalto que meu contato inicial com esta abordagem teórica ocorreu ainda na graduação, no curso de Psicologia e, ao longo do processo de seleção ao Mestrado, onde precisei pesquisar mais atentamente a temática proposta, para elaboração do pré-projeto de pesquisa.

Notadamente, destacam-se algumas produções científicas existentes na Universidade Federal do Pará (UFPA), no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) e no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos da Amazônia (PPGDSTU/NAEA), que vem adotando em seu referencial teórico-metodológico a Psicodinâmica do Trabalho, com objetos de pesquisa voltados à saúde mental de trabalhadores, em diferentes organizações de trabalho. Segue para melhor ilustrar.

Quadro 2 - Produções UFPA em Psicodinâmica do Trabalho - 2008 a 2018					
Itens	Autor	Título da Pesquisa	Tipo	Pós-graduação	Ano
1	Rosângela Dutra de Moraes	Prazer-sofrimento e saúde no trabalho com automação: estudo com operadores em empresas japonesas no pólo industrial de Manaus.	Tese	PPGDSTU/NAEA	2008
2	Laura Soares Martins Nogueira	O sofrimento negado: trabalho, saúde/doença, prazer e sofrimento dos trabalhadores do alumínio do Pará-Brasil.	Tese	PPGDSTU/NAEA	2011
3	Andréa de Barros Mendes	Saúde mental e trabalho na assistência social: vivências de sofrimento psíquico e estratégias de defesa dos (as) servidores (as) públicos (as) municipais da FUNPAPA em Belém/PA.	Dissertação	PPGSS	2011
4	Josie Rodrigues Vieira	Cuidar adoecendo: o que fazer quando não posso mais usar todo o meu potencial de cuidar?	Dissertação	PPGP	2011
5	Eric Campos Alvarenga	A coragem de Ser Músico de Orquestra Sinfônica: uma análise baseada na Psicodinâmica do Trabalho.	Dissertação	PPGP	2013
6	Renata Sabrina Maciel Lobato Louzada	Eu tenho medo é dos vivos: análise Psicodinâmica do Trabalho entre profissionais da Medicina Legal.	Dissertação	PPGP	2014
7	Cristiane Freitas Silva	Saúde, prazer e sofrimento psíquico: uma análise do trabalho de técnicos e um Centro de Referência de Assistência Social no Pará.	Dissertação	PPGP	2015
8	José Mário Brito, Kleber Oliveira, Paulo de Tarso R. de Oliveira e Adelma Pimentel	A clínica do trabalho e o desvelamento do traumático no trabalho de bombeiros militares: fragmentos de um caso clínico.	Artigo	PPGP	2017
9	Ana Carolina Secco de Andrade Mélo	Eu acho graça pra não chorar: uma análise da psicodinâmica do trabalho de operadoras de caixa de supermercado.	Dissertação	PPGP	2018
10	Nathália da Silva Nunes	Ouvindo o assédio moral: com a palavras, as psicólogas organizacionais.	Dissertação	PPGP	2018
11	Eric Campos Alvarenga	A corda bamba do trabalhar das equipes de saúde da família em Belém.	Tese	PPGP	2018

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

No quadro 2, verifica-se uma produção relevante quanto ao eixo de conhecimento em Psicodinâmica do Trabalho no Pará, sendo válido destacar estas importantes pesquisas.

De acordo com Moraes et al (2019) existem outras pesquisas em andamento, atualmente, sinalizando um movimento da UFPA de contribuição na ampliação e consolidação de estudos no Brasil, voltados ao campo da saúde mental relacionada ao trabalho.

Nesse sentido, a presente pesquisa constitui-se como integrante desse movimento, voltando-se para o estudo da saúde mental dos trabalhadores da saúde, atuantes em HIV/Aids.

## CAPÍTULO 1

### CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NO BRASIL

Falar da história do HIV/Aids no Brasil, remete a discutir, mesmo que sucintamente, a forma como surgiu e se desenvolveu a epidemia, ao longo das últimas três décadas, assim como, das formas de enfrentamento pelas quais a sociedade vem vivenciando a sua existência. Significa pensar as vulnerabilidades e sua incidência na população, da mesma forma, analisar as ações de saúde coletiva, capazes de assegurar os direitos das PVHA's, em nosso país.

Pretende-se caminhar brevemente acerca do seu surgimento em nosso país e o papel que os movimentos sociais tiveram e, possuem, quanto ao enfrentamento da doença e à criação de políticas públicas que garantam a realização do diagnóstico mais rápido, o atendimento e assistência especializada, um acompanhamento e tratamento mais humanizado, pautado nos princípios de Direitos Humanos, uma internação mais adequada, com maiores chances de recuperação ao paciente. Da mesma forma, a busca pela diminuição dos índices de incidência da doença na população brasileira, de redução dos índices de mortalidade e da garantia de maior qualidade de vida às PVHA's, em nosso país.

No Brasil, a história do surgimento da Aids foi marcada por um momento político de redemocratização. Nesse sentido, é válido contextualizar que a epidemia começou a se desenvolver, precisamente, no mesmo momento em que a sociedade brasileira tentava dar seus primeiros passos em direção ao restabelecimento de uma democracia participativa, após duas décadas de regime autoritário (DANIEL & PARKER, 1991, p. 26).

Segundo Oliveira (1994) a ditadura militar no país, com seu caráter burocrático, não conseguiu criar uma sociedade política. Assim, o Estado tornou-se alvo das demandas sociais, surgindo os movimentos sociais, para enfrentar as realidades e lutar em prol dos anseios mediante ao surgimento do HIV.

Nesse sentido, há de se pensar na eclosão de uma onda de reações de grupos da sociedade civil organizada, desencadeada pela necessidade de fazer frente a uma doença nociva e gravemente letal, que carregava consigo novos estigmas, medos, preconceitos e sentimentos diversos na população brasileira e, no mundo, de uma maneira geral.

Silva (1998) enfatiza a descoberta da pandemia de Aids como um fato internacional, onde as respostas ecoavam mundialmente, tanto nas relações entre as nações como na troca entre os grupos que começaram a se organizar mediante o impacto da notícia inicial, balizado

pela mobilização do movimento *gay* americano. Revela que, no Brasil, o então chamado “*câncer gay*” ou “*peste gay*” ganhou as manchetes, primeiramente silenciando muitos, criando cisões e desafetos e, posteriormente, sendo alvo da crítica de grupos organizados. Naquele momento, a presença de muitas pessoas com Aids, diante de um quadro de saúde grave, desencadeou uma desestruturação social que evidenciava a ausência de garantias sociais, que passariam então, a ser fortemente reivindicadas.

Para Parker & Camargo Jr. (2000) a epidemia da Aids no mundo tornou-se um ícone de grandes questões que afligem todos, como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos e propriedade industrial. Por sua gravidade, representa um dos maiores problemas de saúde pública, já existente em nossa história.

Assim, a relevância quanto à discussão da existência dessa doença e tudo que ela representa na sociedade como um todo, requer atenção especial e um olhar que permita preservar as garantias necessárias às pessoas vivendo com HIV/Aids em nosso país.

De acordo com Miquelin et al. (2004) a AIDS é uma doença associada a práticas sexuais imorais, levando o sujeito à rejeição e discriminação da sociedade, abandono da família e amigos, e até mesmo por parte da equipe de saúde, que tem receio em prestar a assistência com medo do contágio.

Diante dessa constatação, os autores ora mencionados, nos convidam a pensar em todos os estigmas sociais que a Aids despertou na percepção das pessoas acerca de quem teria a doença e na forma da sociedade, em geral, de relacionar-se com aquele que tivesse contraído o HIV, em uma época marcada por muitos tabus e preconceitos, nos quais perpetuam até os dias atuais.

De forma ampla, é importante destacar a complexidade e o dinamismo da epidemia do HIV/Aids no Brasil e no mundo, salientando as grandes mudanças epidemiológicas ao longo dos primeiros 20 anos, assim como da evolução das respostas sociais e políticas ocorridas (FONSECA, p. 47, 2005).

Grangeiro et al. (2009) afirmam que no início da década 1980 cresceu o movimento da reforma sanitária, diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de Aids, constituindo-se no principal arcabouço da política de aids desenvolvida no campo governamental, tendo forte influência em seus princípios e fundamentos. Foi uma época marcada pelo fortalecimento dos departamentos de medicina preventiva, da produção científica e dos debates voltados aos aspectos sociais e coletivos, nos processos de saúde. As secretarias de saúde, no contexto da reforma, priorizaram a descentralização, a ampliação da cobertura das ações e o aperfeiçoamento da gestão e ações de

promoção. Assim, a hegemonia do movimento sanitário decorreu da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na nova Constituição Federal, promulgada em 1988. Dessa forma, consolidaram-se a noção de saúde como direito a ser assegurado pelo Estado, com a organização do sistema de saúde pautada nos princípios fundamentais da universalidade, equidade, integralidade e controle social. Tais características influenciaram as estratégias de saúde adotadas na década 1980, quando surgiram os primeiros casos de Aids no Brasil, notificados na cidade de São Paulo em 1982.

Villarinho et al (2013) destaca que no Brasil a epidemia mostrou-se como um problema de saúde que evoluiu demonstrando contradições sociais, econômicas e culturais. O HIV/Aids constituiu-se em uma temática bastante relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública.

Ressalta-se então uma questão do campo da saúde que vai muito além da doença em si, pois revela toda uma conjuntura existente em uma sociedade marcada por situações que envolvem as suas vulnerabilidades presentes estruturalmente.

Na visão de Greco (2016) o medo era o sentimento mais fácil de compreender e teoricamente o mais fácil de combater. Afirma que o medo sentido pela população era reforçado pelos profissionais de saúde, que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-los.

Ante ao exposto, faz-se necessário compreender melhor a doença, desmistificar os medos generalizados e preparar os profissionais de saúde na assistência e cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids no país, que acessavam os serviços de saúde, na época.

Destaca-se que desde a criação da resposta à Aids no Brasil, seus rumos têm estado no centro do debate entre gestores, ativistas, pesquisadores e pessoas que vivem com HIV/Aids. Nesse contexto, houve momentos de concordância e elogio aos rumos da resposta nacional, por exemplo, quando do reconhecimento do sucesso da oferta dos medicamentos antirretrovirais no sistema público de saúde. (SEFFNER; PARKER, 2016).

Diante desse contexto, surge então o Programa de Aids da Secretaria de Estado da Saúde, sendo a primeira resposta governamental à epidemia no país. Articulou-se em quatro estratégias, que seriam os serviços de referência assistencial e laboratorial, na vigilância epidemiológica, informação e educação à população e mobilização e participação social. Houve acentuado destaque no combate à discriminação, à garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção da equidade para os grupos sociais mais afetados (GRANGEIRO; SILVA & TEIXEIRA, 2009).

Dessa forma, pretende-se explanar um pouco mais acerca da trajetória dos movimentos sociais, no enfrentamento ao HIV/Aids em nosso país, além de trazer um breve resumo histórico das políticas públicas voltadas para as PVHA, para melhor compreensão da temática aqui levantada.

### **1.1. O HIV/Aids no Brasil e o Papel dos Movimentos Sociais**

Os mais diversos estudos apontam que a primeira fase da epidemia de Aids no Brasil datam da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos da doença. Destaca-se que seu surgimento caracterizou-se pela omissão das autoridades governamentais, especialmente no âmbito federal, marcada por percepções de medo, estigma e discriminação.

Assim, Daniel e Parker (1990) sugerem que a análise da atuação governamental e civil diante da epidemia é revelada pelo que vários autores nomearam de história social da Aids. Decorre-se ainda a compreensão do surgimento dos movimentos sociais, constituindo-se a primeira expressão da reconstrução da sociedade civil, em um momento de redemocratização do Brasil, após um longo período de ditadura militar.

Ao mesmo tempo, diante da necessidade de enfrentamento a uma epidemia com elevado potencial de mortalidade entre a população e permeada por estigmatizar e os mais diversos marcadores sociais.

Para melhor compreensão, Novaes (1994) traz o conceito de ONG/Aids como sendo grupos de interesse e pressão que combinam características de entidades de apoio e serviço, com características de movimentos sociais, substituindo entidades representativas.

Assim, Galvão (2000) aponta no seu trabalho de periodização das respostas não governamentais à Aids, o período de 1981-1982 é fundamental para a compreensão da construção das respostas brasileiras.

Nesse sentido, sinaliza-se que entre 1985 e 1991 foram criadas as primeiras organizações no Brasil, dedicadas exclusivamente à Aids. Consolidou um padrão de intervenção da sociedade civil, tornando-se responsável, em boa parte, pela história da epidemia em nosso país.

De acordo com Marques (2002) os crescentes movimentos sociais, ao se articularem, por meio de princípios e diretrizes que os caracterizaram, ainda que com dificuldades de implantação, ocorreram num contexto de mudanças no sistema de saúde no Brasil e diante do início do processo de redemocratização, formando o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento ao HIV/Aids no país.

Ramos (2004) informa que no momento inicial houve a introdução de noções discriminatórias por parte da mídia, como os grupos de risco ou da promiscuidade. Tão logo, foram alvo de protestos por parte dos movimentos sociais, que ao mesmo tempo, também entenderam a importância da comunicação e do apelo direto à sociedade.

Almeida e Labronici (2007) colocam que, diante do desconhecido, a sociedade passou a discriminar grupos específicos como homossexuais, usuários de drogas e prostitutas. Assim, o portador de HIV sentia-se culpado perante a atitude moral da população, uma vez que seu estilo de vida rompeu com as regras da sociedade.

Granjeiro et al. (2009) afirma que o contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980, foram marcados pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. Assim, este ativismo político permitiu uma reação imediata de movimentos sociais frente à Aids, no que se refere ao plano de atenção à saúde, prevenção e no combate às situações de discriminação direcionadas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e Aids.

É importante ilustrar que os movimentos sociais contaram com a participação, entre outros, de igrejas, do setor privado, da comunidade científica e de organizações não governamentais (ONGs). Estes, além de impulsionar o surgimento e a criação de políticas públicas no campo HIV/Aids, foram pautadas em um princípio fundado na solidariedade, entendido por eles como uma ação coletiva, onde a finalidade é a preservação da cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos.

De acordo com Vallarinho et al. (2013), na falta de liderança nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir das comunidades afetadas e de setores progressistas, levando à formação das primeiras organizações não governamentais no país.

Dessa forma, ilustra-se o fato das instâncias governamentais, inicialmente, pouco terem revelado interesse em manifestar ações que pudessem frear e controlar a epidemia junto à população brasileira. Fato este que levou os grupos sociais atingidos pela doença a enfrentar e lutar pelas conquistas necessárias, eclodindo também a formação de organizações da sociedade civil no combate e construção de medidas de proteção e assistência em HIV.

Greco (2016) destaca que contraditoriamente a disseminação da AIDS trouxe subprodutos benéficos, como o envolvimento da sociedade civil, exigindo acesso à informação, verbas destinadas à pesquisa e novos medicamentos, assim como da ampliação de discussões acerca de temas importantes e complexos (direitos sexuais, direitos humanos, morte, uso de drogas, confidencialidade).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a Aids, ao mesmo tempo em que surge em meio a incertezas, estigmas, medos e toda uma conjuntura social de alerta e preocupação junto à população em geral, despertou também uma solidariedade e mobilização social, que estimulou maiores investimentos em pesquisa, que promoveram um olhar mais voltado aos direitos humanos, em sua maior complexidade. Diante desse cenário, surgem as organizações da sociedade civil, norteadas pela necessidade de enfrentamento à epidemia em curso no país.

De acordo com Granjeiro et al. (2009) foi a partir de 1985 que começaram a surgir, em diversos estados, grupos sociais com o objetivo de desenvolver atividades de intervenção na comunidade, produzir conhecimentos, defender direitos de grupos mais atingidos pela epidemia e realizar o controle social das políticas de saúde. Destaca-se a grande mobilização da sociedade civil, definida em dois eixos, o do ativismo político, reivindicando os direitos dos pacientes, e o da solidariedade, buscando redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelos vírus.

Segundo Ramos (2004), entre 1985 e 1989, foram criadas as três primeiras organizações da sociedade civil, que se tornaram pragmáticas das ações que se multiplicaram nos anos posteriores, que seria o Gapa, Abia e Pela Vidda. Criado em São Paulo, no ano de 1985, o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa) surgiu pela iniciativa de militantes de esquerda, ligados ao movimento homossexual, advogados, intelectuais e médicos que atuavam no programa estadual de atenção à Aids. Com eles, foi lançado um novo discurso através da campanha “Transe numa boa”. Também fundaram o primeiro serviço de assessoria jurídica para pessoas com HIV/Aids.

Fundada em 1986, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) foi pautada em ações anti-Aids, sendo elas: 1) seu pertencimento no universo das ONG’s; 2) articulações políticas internacionais da Aids e o acesso a financiamentos de agências de cooperação; 3) perspectiva política no trabalho de pressão, cobrança e monitoramento das ações governamentais de prevenção e tratamento; 4) atuação junto à mídia; 5) voltar-se para a produção de conhecimentos sobre a epidemia, pautando-se no desenvolvimento de projetos piloto de prevenção, em segmentos específicos.

No ano de 1989, considerado um marco no surgimento das ONG’s, nasce a primeira organização formada por pessoas com HIV/Aids. Este seria o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela Vidda). Seu fundador foi Herbert Daniel, portador da doença e usando sempre um discurso na primeira pessoa. Representou uma mudança quanto ao paradigma de “assessoria” e de “apoio”, que predominava nas ONG’s sociais no Brasil, nos anos 80. (RAMOS, 2004).

Nos anos posteriores, cresceu de forma expressiva, o número de ONG's no país, passando a ser constituído um campo político e institucional denominado ONG/Aids.

Em contribuição, Silva (1998) diz que as ONG/Aids são percebidas como promotoras de um movimento na sociedade referido por uma ética-prática. Desta forma, estariam ligadas a um enfrentamento prático, do cotidiano, aliado a um senso de valores e crenças definidas por um grupo, partindo do olhar de um coletivo.

Para a autora, parte-se de um pensamento onde os movimentos sociais teriam renovado os laços de solidariedade social com base nas relações que estabelecem com as esferas governamentais, os diversos pesquisadores envolvidos com a temática do HIV/Aids e, também com outras ONGs.

De acordo com Solano (2000), as ONG/Aids abrangeriam todas as organizações que exerciam alguma atividade no campo de luta contra a epidemia, incluindo grupos feministas, homossexuais, religiosos, educacionais e ainda entidades estimuladas pela militância contra a AIDS, como as “profissionais do sexo” ou de “usuários de drogas”.

Aponta-se que em 1986 foi criado um grupo de apoio religioso frente à Aids, no Instituto Superior de Estudos da Religião - Iser, o primeiro do gênero. Destaca que este por abrigar um grupo voltado aos trabalhadores do sexo, homens e mulheres, propiciou em 1991 a criação da Associação de Travestis e Liberados – Astral (SILVA, 1998).

Afirma Galvão (2000) que nas ONG/Aids, com uma identidade diferenciada, estariam as chamadas “casas de apoio”, que se tornaram instituições emblemáticas nas ações de solidariedade, trazendo o exemplo da casa criada pela travesti Brenda Lee, em São Paulo, e também, a então fundada no Rio de Janeiro, a Sociedade Viva Cazuza.

Sugere-se que o espaço de luta contra a Aids no Brasil envolveu agentes de diferentes campos e/ou espaços sociais (campo médico, burocrático, científico, da saúde coletiva e dos movimentos sociais). Segundo a autora, ao longo do seu processo de conformação, aliaram-se os movimentos de hemofílicos, talassêmicos, profissionais do sexo e as organizações não-governamentais de enfrentamento a Aids, que seriam as ONG/Aids (BARROS, 2013).

Assim, além das ONGs aqui mencionadas, muitas outras foram criadas em vários estados brasileiros, algumas delas decorrentes do surgimento do GAPA (em São Paulo) e do Grupo Pela Vidda (no Rio de Janeiro). Ressalta-se que todas foram impulsionadas pelo desejo de fazer frente à discriminação, ao preconceito e a exclusão, socialmente constituídas nas respostas à epidemia de Aids, em nosso país. Suas existências mediadas pela solidariedade, pela marcante necessidade de reforçar a auto-estima das pessoas, com ações movidas pela busca em

manter ou criar o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.

## **1.2. As Políticas Públicas de Saúde em HIV/Aids**

Falar das políticas públicas em HIV/Aids no Brasil requer a necessidade de destacar que o surgimento e implantação das mesmas foram resultantes de uma ampla gama de esforços, provenientes de diversos grupos e movimentos sociais que eclodiram no país, ao longo das últimas décadas, desde a descoberta do HIV até os dias atuais.

De tal forma, é importante salientar que vários fatores contribuíram para a criação de uma política diferenciada no cenário internacional. Entre outros aspectos, podemos citar de maneira breve, a distribuição e acesso gratuito aos medicamentos retrovirais e o envolvimento da sociedade como um todo, na busca pela obtenção de garantias essenciais e de preservação de direitos humanos às pessoas vivendo com HIV/Aids em nosso país.

Ao adentrar nos aspectos que serão aqui abordados, é relevante entender a visão de campo, no qual tornou-se possível o desenvolvimento das políticas públicas que serão posteriormente mencionadas. Nesse sentido, Bordieu (1989) coloca o campo como sendo um lugar onde ocorre uma luta competitiva entre atores, que se dá em torno de interesses específicos, representativos de sua área, mediante o estabelecimento de um espaço de valores inerentes e princípios regulatórios. Assim, a posição dos atores no campo é determinada de modo relacional, diante de maior ou menor quantidade de poder que cada ator detém, onde ideias, comportamentos, valores e posturas legitimam esse poder.

Diante do olhar voltado ao campo do HIV/Aids no Brasil e seus desdobramentos, haverá um empenho na busca de entendimento da historicidade das conquistas em políticas públicas, os papéis desempenhados por seus atores e as influências de poder no atendimento às necessidades evidenciadas em saúde coletiva.

Conforme Loyola (2007), o período inicial e emergencial da descoberta do HIV/Aids no Brasil foi marcado pela iniciativa de médicos sanitaristas e profissionais de saúde a fim de formular novas Políticas Públicas de Saúde, que visassem à extensão da cobertura da assistência e sua transparência, no qual denominou-se o movimento da Reforma Sanitária, um dos grandes momentos históricos e de conquistas para o setor de saúde pública e redemocratização do país.

Aponta-se que o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil se estabeleceu em 1984, com a criação do Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, tornando-se

um importante marco no período inicial de atenção às políticas públicas de saúde em HIV/Aids (CEZAR; DRAGANOV, 2014).

Ao final do regime militar no país, com o até então Presidente José Sarney, criou-se o Programa Federal de Controle da AIDS, através da Portaria n.º 236, de 02 de maio de 1985. Em sequência, foi criado em 1986, pelo Ministro da Saúde Roberto Santos, o Programa Nacional de DST e AIDS. Neste mesmo ano, houve a descoberta do primeiro medicamento eficiente no tratamento do HIV, a Zidovudina (AZT), no qual foi detectada a redução da multiplicação da doença. Em meados de 1987, o preservativo tornou-se um dos principais elementos no controle da doença, adotados pelo Ministério da Saúde. Em 1988 foi criado o COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico), com a finalidade de permitir a detecção precoce da doença e garantir a acessibilidade e gratuidade na busca da prevenção do HIV, seja por meio do aconselhamento individual ou coletivo (BRASIL, 2013).

Em face ao movimento sanitarista em curso, Brasil (2009) destaca o surgimento de uma nova forma de gestão em saúde pública no Brasil, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, através do artigo 196 a 200, sendo estabelecido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade em seus serviços e na assistência em ações de saúde voltadas à população, no âmbito federal.

Assim, alguns estudiosos apontam que a década de 80 representou um marco para a Saúde Pública no Brasil, uma vez que foi descoberta a nova doença, houve uma redemocratização no país e foram criadas as primeiras políticas públicas importantes para o controle da Aids, junto à população brasileira.

Seguindo o percurso histórico, evidencia-se que a década de 1990 caracterizou-se pelo desenvolvimento de políticas públicas voltadas aos direitos do portador de HIV no Brasil. Um dos primeiros marcos foi a criação da Portaria Interministerial Sheila Cartopassi n.º 796/92, que proibia a discriminação de crianças portadoras de HIV/Aids nas escolas. Um importante marco foi em 1992, houve a combinação entre antirretroviral AZT e Videx, que inaugurou o coquetel anti-aids, tendo o Ministério da Saúde incluído este tratamento na tabela do SUS.

Brasil (2016) assinala que de acordo com o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Brasil, no ano de 1993, o HIV foi incluído no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SISAN), passando a ter obrigatoriedade de notificação, mediante ao diagnóstico da doença, para fins de maior controle e acompanhamento de informações importantes de dados epidemiológicos.

No cenário internacional, em 1994, criou-se o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV (UNAIDS), onde iniciou de fato suas atividades em 1996, através de uma resolução

do Conselho Econômico e Social da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, a UNAIDS surgiu como uma parceria inovadora, buscando encorajar, mobilizar e apoiar países, como o Brasil, no alcance ao acesso universal da prevenção, do tratamento e em todos os cuidados relacionados à Aids (ONU, 2012).

No que se refere às Políticas Públicas do HIV no Brasil, ressalta-se um dos fatos mais importantes, nesse contexto histórico, que foi a criação em 1996 da lei 9313/96, que garantiu a distribuição gratuita e universal de medicamentos antirretrovirais aos portadores de HIV e pessoas doentes de Aids, no qual procurava-se assegurar um tratamento igualitário a sociedade como um todo.

Dada sua relevância, Brasil (2017) aponta que nos anos posteriores à lei 9313/96 foi constatada uma redução extremamente significativa nos índices de mortalidade decorrentes do HIV/Aids no país, tendo caído em 50% no ano de 1999. Assim, destaca-se a ocorrência de uma melhora considerável na promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de HIV, até então, inexistente. Destaca-se que em 1997 foi implementada a Rede Nacional de Laboratórios, para o monitoramento de pacientes com HIV, com a realização de exames de carga viral e contagem de células (CD4). Através da Lei 9.656, de 1998, tornou-se obrigatória a cobertura de despesas hospitalares das pessoas vivendo com HIV pelos seguros-saúde privados, no entanto, sem arcar com despesas relacionadas ao tratamento com antirretrovirais (TARV). O Ministério da Saúde, ainda em 1998, passou a recomendar a aplicação da Abordagem Síndrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) para o tratamento oportuno, diminuindo a incidência do HIV. Ao final esta década, em 1999, a rede pública de saúde passou a disponibilizar às PVHA, 15 medicamentos antirretrovirais, instituindo nesse mesmo ano, a Política Nacional de DST/Aids, a fim de sistematizar as ações do Programa Nacional de DST/Aids.

Segundo notificação do Departamento de DST, AIDS e profilaxia HIV (2017), inicia-se em 2001, os estudos de pesquisadores da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, para o desenvolvimento de uma vacina contra o HIV, sendo a sua cura, uma das maiores preocupações no cenário nacional e internacional.

Ainda em 2001, o Brasil negociou e conseguiu reduzir os preços dos medicamentos antirretrovirais produzidos por companhias farmacêuticas. É importante ressaltar que a maior e mais importante vitória foi conquistada através da aprovação de uma declaração da Assembléia de Ministros OMS, em Doha, no Qatar, que estabeleceu a necessidade de tratar a população, a licença compulsória de medicamentos, como no caso do HIV, não pode ser passível de retaliações no âmbito de acordos internacionais (BRASIL, 2015).

Em 19 de Novembro de 2002 foi implementada a Portaria N.º 2104/02, como parte do Projeto Nascer Maternidades, garantindo que mulheres que não possuíam testagem para o HIV, realizassem o teste de imediato no pré-parto e, no caso de atestarem exame positivo, seria assegurado toda a assistência necessária às puérperas e recém-nascidos. Nesse mesmo ano, foi criada a Lei Estadual n.º 11.199/02, no Estado de São Paulo, na qual proibia a discriminação de pessoas portadoras de HIV/Aids.

Foram registrados aproximadamente 371.827 casos de pessoas com HIV, até junho de 2005, de acordo com informações do Ministério da Saúde (2013). No ano de 2007, devido as mudanças epidemiológicas do HIV no país, o MS lançou o Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST para combater a vulnerabilidade, para diminuição da suscetibilidade das mulheres à infecção pelo HIV e outras DST. Em 2008 é inaugurada a primeira fábrica estatal de preservativos do país, visando uma política de incentivo nacional voltada à prevenção não apenas da Aids, mas de todas as doenças sexualmente transmissíveis. Ainda nesse ano, o Brasil concluiu o processo de nacionalização do teste rápido, permitindo detectar a presença do HIV em 15 minutos. O MS lançou um programa para conter a infecção pelo HIV e outras DST entre homossexuais, homens que fazem sexo com outros homens (HSM) e travestis.

Segundo Brasil (2010) foi criada a Portaria N.º 1.246/10, em 28 de Maio de 2010, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), proibindo a solicitação de teste de HIV em situações de admissão, mudança de cargo, demissão ou qualquer tipo de procedimento ligado ao emprego, com exceção de campanhas de prevenção de saúde, onde o empregado o realizasse de modo sigiloso e espontâneo.

Denota-se que em 2011 entrou no mercado o primeiro medicamento antirretroviral produzido por um laboratório público brasileiro. Em 2012, ilustra-se que o governo federal passou a dar incentivo financeiro às Casas de Apoio de Atendimento às PVHA, custeando despesas de ações desenvolvidas com crianças e adolescentes com a doença (BRASIL, 2015).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde anunciou a mudança do protocolo de antirretrovirais, sendo claramente uma política de investimento do governo na qualidade de vida das pessoas portadoras de HIV no Brasil. Dessa forma, determinou o início do uso dos antirretrovirais em adultos, independente da contagem de CD4. Tal fato permitiu a prevenção de uma possível queda do sistema imunológico dos mesmos. Também data deste ano, a implantação de um projeto piloto denominado Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), com a utilização dos antirretrovirais em grupos de risco (gays, travestis, profissionais do sexo, transexuais e usuários de drogas) com sorologia negativa para o HIV, para diminuição das

chances da infecção da doença. Ao final de 2013, foi anunciado o teste rápido através do fluído oral, tendo sido produzido o kit para fazer o teste pelo laboratório Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Assim, a partir de março de 2014, o teste rápido passou a ser utilizado por 40 ONGs no país, em parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites.

Ainda no ano de 2014 houve uma importante mudança pelo Ministério da Saúde, no protocolo de tratamento do HIV em crianças e adolescentes, incluindo o uso de Zidovudina (AZT) em recém-nascidos, durante quatro semanas, além de mães que fizeram o uso de antirretrovirais durante a gestação, recomendado por até seis semanas o tratamento. Nesse mesmo ano foi anunciada a Vacina HIVBr18, testada em macacos Rhesus, com a obtenção de resultados acima da média, segundo os cientistas da Faculdade de Medicina da USP.

Um importante marco no combate e eliminação do preconceito foi a criação da Lei N.º 12.984/14, sancionada pela Presidente Dilma Rousseff, tornando crime a discriminação dos portadores de HIV e doentes de Aids. A lei confere reclusão de um a quatro anos, assim como o pagamento de multa à pessoa que apresentar condutas discriminatórias.

Em Nota Informativa n.º 125/2015, o MS informa acerca da reestruturação da rede de genotipagem de HIV no Sistema Único de Saúde – SUS. Já em 2016, destaca-se a Nota Informativa n.º 046/2016, reforçando a necessidade de maior divulgação e ampliação da imunização contra o Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA). Destaca-se em 2017, uma Nota Informativa Conjunta N.º 10/2017, que informa sobre os procedimentos a serem adotados, considerando ações de prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais para População em Situação de Rua. Destaca-se ainda, a Portaria N.º 22 de 25 de maio de 2017, que tornou pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do SUS. Tem-se mais recentemente, a Portaria N.º 20 de 14 de maio de 2018, que institui e regulamenta o funcionamento e procedimentos das Comissões Assessoras relacionadas às IST, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais (BRASIL, 2018).

Em importante reflexão, Chequer (2015) sinaliza que ocorreu no Brasil uma evolução das políticas públicas de saúde em HIV que passou por vários momentos, que vão desde o avanço quanto aos conhecimentos científicos até a articulação de vários grupos sociais e institucionais de enfrentamento à epidemia.

Notadamente, o HIV, mediante ao debate e à criação de espaços de mobilização e inclusão social, foi baseando-se numa perspectiva e compreensão voltada aos direitos humanos, pautada na equidade e nos direitos de cidadania.

Para melhor compreensão, Calazans (2018, p. 9) informa que “a base organizacional da resposta brasileira à epidemia de aids se dá na rede hierarquizada de serviços de saúde do SUS, em parceria com organizações da sociedade civil e com outros setores das políticas sociais, como a educação e a assistência social”.

Assim, evidencia-se a formação de uma rede composta de forma específica no campo de atuação do SUS, que consiste em serviços de saúde especializados no diagnóstico da infecção pelo HIV, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), assim como nos serviços de referência em assistência especializadas às pessoas vivendo com HIV/Aids, isto é, os Serviços de Assistência Especializada (SAE). A nível mais regional, incluindo os estados e municípios, existiriam os Programas de DST e Aids, que incluem as áreas de prevenção e vigilância epidemiológica. Nesta abrangência, também estaria incluída a rede nacional de laboratórios de saúde pública, para realização dos testes diagnósticos.

No entanto, nos últimos anos, enfrentam-se alguns retrocessos preocupantes quanto ao desenvolvimento e manutenção de muitas das políticas públicas que foram conquistadas com muita luta pelos movimentos sociais e sociedade civil organizada como um todo, no combate ao HIV/Aids, em nosso país, conforme discutiremos adiante.

Neste sentido, de acordo com Vieira (2018) existe uma preocupação em relação às políticas de saúde para enfrentamento ao HIV que tem exigido uma importante reflexão sobre a orientação neoliberal do Estado brasileiro e sobre o caráter regressivo do sistema tributário nacional, na perspectiva de compreensão acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse contexto, além de poder responder às necessidades de saúde das pessoas vivendo com HIV.

A autora ressalta como as medidas implementadas, desde o Governo de Michel Temer, em 2016, vem minando o financiamento e restringindo as políticas de saúde, desde a criação do SUS. É alarmante os cortes que vem sendo realizados nas políticas sociais, que recaem sobre o sistema de saúde no Brasil, reduzindo significativamente sua resolutividade.

Nesse sentido, é importante destacar:

“Os cortes de gastos sociais aprovados pela Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), que limitam o orçamento das políticas sociais pelos próximos 20 anos, assim como as restrições de contratação, devido a Lei de Responsabilidade Fiscal, vão trazer dilemas ao SUS e ao tratamento do HIV. Esses cortes vão repercutir na vida de quem vive com HIV, como na de todas as pessoas que usam o SUS”. (VIEIRA, 2018, p.81)

Mais recentemente, o Ministério da Saúde (2019), por meio do Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, anunciou que o Departamento de ISTs, Aids e Hepatites Virais agora passa a ser

denominado Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A notícia provocou questionamentos nos mais distintos seguimentos sociais atuais, contestando a retirada do nome Aids do Departamento, uma vez ser percebido como mais um grave retrocesso e falta de valorização e reconhecimento do governo atual quanto à história de conquistas e avanços obtidas pelo Brasil, no combate a esta grave doença.

Assim, a notícia repercutiu de forma negativa, não sendo vista apenas como uma mudança de nomenclatura, mas sim de uma recusa ou, até mesmo negação, acerca da epidemia HIV/Aids e de todos os aspectos a ela associados, nas últimas décadas ao seu enfrentamento.

Mais recentemente, em uma nota informativa, publicada no dia 07 de Dezembro de 2020, o Ministério da Saúde informou que o Governo Bolsonaro deixou vencer um contrato e suspendeu a coleta de exames de genotipagem do HIV e HCV no Sistema Único de Saúde (SUS), esvaziando ainda mais os programas de HIV e Hepatite C. A saber, é importante ressaltar que os exames de genotipagem são fundamentais para definir o esquema de tratamento do HIV mais adequado para quem desenvolve resistência a algum medicamento. Assim, denota-se mais uma grave situação de descaso e negligência com as políticas públicas conquistadas, ao longo de décadas, às PVHA, que infringe direitos, colocar vidas em risco e que precisa ser enfrentada e combatida por toda a sociedade civil, de forma urgente e imediata.

Frente a este cenário, entendemos ser urgente a necessidade de uma retomada da força nacional de mobilização social quanto às novas políticas sociais que vem sendo adotadas, onde não seja permitida a promoção de uma invisibilidade da Aids e, conseqüentemente, da diversidade de populações em maior vulnerabilidade para esta doença, em nosso país. Não é possível e aceitável que tenhamos um recuo nos direitos constitucionais, já garantidos historicamente em nossa sociedade.

### **1.3. Atenção em Saúde Mental e Cuidado aos Profissionais em HIV/Aids**

A compreensão da saúde mental vai muito além do sofrimento psíquico, significa entender os aspectos psicológicos presentes na vida das pessoas, que em alguns momentos poderiam interferir, de forma direta ou indireta, no processo de saúde e doença, assim como significa pensar no processo do tratamento, uma vez que seja necessário. Nesse sentido, acolher as demandas do profissional de saúde que atua em HIV/Aids, é potencializar os resultados do trabalho, exercitando uma verdadeira clínica ampliada, nesses espaços.

Peduzzi (2001) esclarece que na atuação da equipe interdisciplinar há de se considerar um conjunto de categorias profissionais, onde se complementam formações específicas e

conhecimentos teóricos diversificados, contribuindo significativamente tanto para os técnicos quanto para a saúde do usuário dos serviços.

Assim, ressalta que muito mais do que médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e auxiliares, tratam-se de pessoas com sentimentos, vivências, experiências e visões de mundo que interagem acima de qualquer conhecimento técnico. Destaca que, no entanto, raramente as equipes ponderam a necessidade de discutir a amplitude da realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde, no âmbito aqui mencionado.

De acordo com Brasil (2012, p. 95) “o papel profissional faz parte daquilo que somos, sentimos e pensamos enquanto sujeitos, e reconhecer esse aspecto compõe a atuação profissional, assim como a vivência profissional enriquece a vida pessoal e amplia a visão de mundo”.

Dessa forma, delinea-se a importância do olhar para o sujeito inserido no contexto do cuidado em saúde no âmbito do HIV/Aids, suas particularidades e subjetividades implicadas nessa atuação profissional específica. Assim, há de se considerar o respeito, o acolhimento das adversidades e sentimentos vividos, ampliando-se a escuta atenta a estes profissionais.

O olhar aqui precisa estar voltado ao cuidado em saúde, denotando todos os aspectos envolvidos na qualidade dos vínculos existentes nesse universo de atuação de trabalho, onde é extremamente importante observar a qualidade da interação entre os profissionais e o usuário dos serviços de assistência às PVHA. Assim, destaca-se:

“Não é possível falar em vínculo sem falar em uma relação, e esta, só é possível se existirem pelo menos dois sujeitos. Nesse caso, estamos falando de uma relação entre profissional de saúde (e sua equipe) e usuário. Ambos são sujeitos nessa relação e, como tais, precisam ter consideradas suas dimensões subjetiva e emocional. O vínculo é constituído em uma relação, por meio do afeto, da subjetividade, da capacidade de se colocar no lugar do outro e respeitar suas emoções, crenças, opções, ideias e sentimentos. Para o profissional de saúde, sem dúvida alguma, os conhecimentos técnicos são importantes, mas o vínculo é o maior instrumento de trabalho” (BRASIL, 2012, p. 96).

No contexto, cabe uma importante reflexão sobre a saúde mental dos profissionais inseridos nesse campo de atuação, na busca pelo entendimento acerca da realização do trabalho em conjunto, assim como das estratégias de fortalecimento da equipe. Assim, dentre as questões que causam impacto no profissional de saúde, estão as circunstâncias relacionadas ao conviver com HIV/Aids e os aspectos presentes na subjetividade e intersubjetividade destes trabalhadores, mediante as experiências vividas individualmente e em equipe.

Ilustra-se que as situações de vida compartilhadas pelos usuários, muitas vezes, podem gerar sofrimento e sentimento de impotência, insegurança, medo e dúvida quanto à melhor

conduta diante dessa realidade. Dessa forma, levando, em muitos casos, o próprio profissional a adoecer. As relações entre os profissionais da equipe também podem propiciar a criação de ambientes de trabalho que fortaleçam ou fragilizem os mesmos, no cotidiano ao qual estão inseridos (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), dentre os fatores que afetam a saúde mental destes profissionais, têm-se a visão que o profissional possui acerca de si mesmo quanto à realização pessoal no trabalho, suas emoções, sentimentos e atitudes em relação às pessoas com as quais trabalha e o público ao qual presta serviços de assistência. Nesse sentido, entende-se que há de se refletir diante dos diversos caminhos a serem enfrentados, há de se avaliar a necessidade de valorização dos profissionais, em ações voltadas à formação, recursos estruturais e financeiros, que vão desde pequenas atividades de apoio até o redimensionamento dos recursos humanos disponíveis.

No tocante às questões levantadas, é relevante direcionar o olhar para as políticas públicas em saúde mental desse trabalhador, faz-se necessário pensar na infraestrutura e nas condições de trabalho encontradas, no enfrentamento à precarização dos vínculos trabalhistas, a sobrecarga de trabalho, na ausência de profissionais para suprir a demanda da assistência e o interesse na promoção de educação e formação contínua aos trabalhadores, que atuam no campo da saúde coletiva.

No contexto aqui apontado, Brasil (2018) aponta para a importância do trabalho em equipe, dentro de uma atuação interdisciplinar e multidisciplinar, direcionada para a qualidade da atenção em saúde, promovendo diferentes vantagens para o profissional e usuário. Assim, sugere a compreensão de disciplinaridade, como uma área específica de estudo, com fronteiras bem delimitadas. Informa que a interdisciplinaridade advém da superação das fronteiras disciplinares, com o intuito de extrapolar a visão disciplinar. Diz ainda que, a multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas, mas que não necessariamente está relacionado a um trabalho conjunto e integrado.

Dentre os desafios das equipes de trabalho em saúde, apontados por alguns estudiosos, tem-se o reconhecimento do papel que cada profissional desempenha, o respeito aos limites de atuação e trocas necessárias na interação entre seus membros. Também acentua-se, segundo Deslandes e Miltre (2009), o desafio da implementação de estratégias que facilitem a comunicação entre a equipe, e desta com os usuários do sistema de saúde. Assim, sinalizam que essa comunicação deve, fundamentalmente, desenvolver um espaço de troca de informações, experiências, sentimentos e emoções, onde possam dar espaço a opiniões diversas, mantendo

como objetivo principal, o de reconhecimento e respeito à visão de mundo do outro, em interação.

Nesse contexto, é importante considerar como desafio a necessidade de promoção de um espaço para uma escuta ativa e de acolhimento aos profissionais que compõem as referidas equipes de trabalho. É preciso ampliar a possibilidade de se pensar e incluir os aspectos relacionados às reações emocionais e comportamentais dos profissionais, não só nas discussões de casos no âmbito das questões técnicas envolvidas, mas que visem também a saúde destes trabalhadores, antes mesmo da saúde dos usuários.

É fundamental, um olhar atento para uma prática de profissionais implicados no cuidado ao outro, onde se tornam sensíveis à necessidade de um cuidado de si mesmos.

Segundo Ayres (2004), quando se pensa na construção do cuidado, muito além da importância em investir na reflexão e na transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais, é essencial voltar-se sobre as raízes e significados sociais dos acontecimentos, numa condição de ultrapassar obstáculos coletivamente postos diante da felicidade humana e, articuladamente, transpor a disposição socialmente dada às tecnologias e serviços existentes, para sua superação.

Ainda de acordo com Ayres (2000, p. 259), “A produção do cuidado faz emergir um espaço de inter-relação trabalhador de saúde-usuário, mediado por tecnologias, superando a objetivação destas e, permitindo a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática”.

Mediante a atenção às dimensões psicossociais do cuidado prestado às PVHA, a pesquisadora Dias ressalta:

“Os modos de vida de cada pessoa, com a sua singularidade, o direito ao acesso aos serviços de saúde, a necessidade de acolhimento e de vínculo com os serviços de saúde devem ser direcionados para construir sua autonomia, porém sem esquecer o olhar sobre as necessidades de saúde, nos espaços de intervenção de uma rede de cuidado em saúde” (DIAS, 2017, p. 43).

Nesse sentido, é fundamental considerar que a inserção do trabalhador de saúde nos espaços de cuidado aos usuários dos serviços de assistência em HIV/Aids, requer uma maior sensibilidade destes, para com suas próprias singularidades e necessidades, propulsoras do desejo de acolhimento entre os membros das equipes dos serviços de saúde, para então promover com qualidade, o acolhimento e cuidado necessário aos seus usuários.

Bonaldi (2007) ressalta que é preciso pensar na expressão singular do agir e do fazer em saúde. Fala da proposição histórica do SUS, onde ocorreu uma mudança de visão quanto ao

modelo hospitalocêntrico presente. Afirma que esta compreensão persiste em diversos serviços de saúde, tornando-se um entrave a uma assistência efetiva ao cuidado dos pacientes e dos próprios profissionais no ofício da assistência.

Nesse sentido, destaca a existência de uma fragmentação dos procedimentos e das relações entre os trabalhadores. Tais evidências, em nada favorecem a promoção exitosa do processo de saúde, na relação entre os trabalhadores e destes, com os usuários.

Assim, Moreno (2013) informa ser inevitável e necessária a mudança do lugar de “curador” para o lugar de “cuidador”, sem desconsiderar, entretanto, que para isto é essencial a reflexão de cada profissional de saúde, acerca do medo de suas verdades e as implicações com suas próprias identificações.

Nesse contexto, destaca-se a relevância da Política Nacional de Humanização (PNH), no que se refere aos princípios que valorizam e dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, reconhecendo trabalhadores e usuários como parceiros em um processo de cuidado em saúde. Assim, parte-se de princípios importantes para uma reflexão sobre o trabalho em equipe, em práticas de saúde, tais como: a clínica ampliada, a formação do vínculo, o acolhimento, a integralidade e a humanização (BRASIL, 2017).

Assim, define-se a clínica ampliada como uma mudança na forma em que profissionais de saúde estabelecem a relação com usuários e entre eles mesmos, enquanto colegas de trabalho, valorizando a construção e formação de vínculos, para uma intervenção e cuidado em saúde. O acolhimento, por sua vez, representa uma nova forma de se colocar nas relações, procurando conhecer e respeitar as emoções, ideias e sentimentos, com disposição para uma escuta ativa e compartilhamento mútuo de vivências.

Frente a estas questões, as equipes multiprofissionais teriam suas ações pautadas na integralidade, princípio que reconhece os indivíduos como um todo, como seres humanos integrados em aspectos biológicos, psicológicos e sociais, nos quais compõem um contínuo de ações e serviços, nos mais diferentes níveis de complexidade.

De acordo com Maia (2018, p. 35), “ao refletirmos sobre os modos de produção do cuidado e trabalho em saúde, em particular no que tange a assistência à PVHA, percebe-se a necessidade de se construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos”. Afirma a necessidade do acolhimento acontecer mediante um fazer comprometido do trabalhador com a vida individual e coletiva, pautada na integralidade como eixo norteador de produção de saúde centrada nas pessoas.

Dentre as diretrizes das quais a PNH dispõe, conforme Brasil (2017) é válido ressaltar aqui a orientação geral para se operacionalizar os serviços de saúde de modo a promover a

inclusão de usuários, trabalhadores e gestores dos serviços. Assim, destaco uma prática primordial para a discussão aqui em análise, que é a de *Valorização do Trabalhador*, onde procura-se dar visibilidade à experiência dos trabalhadores, de forma a incluí-los nas tomadas de decisões quanto aos processos de trabalho. Nesse sentido, tornando mais viável o diálogo, intervenção e análise das possíveis causas de sofrimento psíquico e adoecimento. Tal prática teria o potencial de fortalecer o grupo de trabalhadores, onde as ações estariam pautadas em um cuidado, de fato, voltado à humanização nos serviços de assistência à PVHA.

Diante dos presentes saberes, para que seja possível um olhar sensível e adequado à saúde mental das/os trabalhadoras/es de saúde, na atenção em HIV/Aids, é de suma importância a existência de coletivos de trabalho potentes, que possam efetivamente promover a implantação de espaços de trocas, diálogos permanentes e aprendizados mútuos.

## CAPÍTULO 2

### PRESSUPOSTOS TEÓRICOS EM PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Na perspectiva do desenvolvimento da presente dissertação, é necessária a compreensão dos pressupostos teóricos que fundamentam esta abordagem, que é a Psicodinâmica do Trabalho. Da mesma forma, precisamos entender, ainda que brevemente, suas origens e principais delineamentos. É importante, antes de tudo, analisar a relação do universo do trabalho com os aspectos inerentes à subjetividade dos trabalhadores, dentro de um contexto mais amplo. A partir disso, desenvolver um olhar voltado à relação entre o trabalho e a saúde mental do trabalhador.

Nesse contexto, a Psicodinâmica do Trabalho constitui-se em uma disciplina clínica teórico-metodológica, criada e difundida na França, por Christophe Dejours, Doutor em Medicina, Médico do Trabalho, Psiquiatra e Psicanalista. Seus estudos iniciaram e foram sendo desenvolvidos ao longo das décadas de 1980 e 1990. Dentre suas principais influências, pode-se citar a Ergonomia, a Sociologia, a Filosofia e a Psicanálise. Assim, destaca-se:

“Em seu livro *A Loucura do Trabalho*, de 1987, Dejours sugere pela primeira vez o método de pesquisa-ação para abordar o trabalho e as dinâmicas psíquicas envolvidas. O método proposto tem o objetivo de abrir um espaço de fala-escuta clínica que permita a compreensão da organização do trabalho e suas consequências, assim como obter conhecimento sobre o papel do trabalho e analisar a mobilização do coletivo dos trabalhadores participantes” (GÓMEZ, MENDES, CHATELARD, CARVALHO, 2016, p. 254).

Dejours (1992) aponta que nos anos 1970, na França, a partir dos estudos em psicopatologia do trabalho, é que houve o início da história da psicodinâmica do trabalho. Ao longo de alguns anos, já nos anos 1990, seus estudos despontam a partir de correntes iniciadas por Begoin, Fernandez-Zoila, Le Guillant, Paul Sivadon e Veil, da psicopatologia do trabalho.

Nesse sentido, um novo modelo começa a surgir, com uma investigação voltada ao tema do sofrimento no trabalho, mudando o olhar acerca da relação causal entre adoecimento e trabalho, atribuída pelos psicopatologistas, existentes na época. A preocupação passa a ser a problematização do sofrimento, articulada às exigências da organização do trabalho, revelada pelos modos de subjetivação de classe trabalhadora.

De acordo com Bendassoli e Soboll (2011) a psicodinâmica do trabalho faz parte de um conjunto de teorias, denominadas de Clínicas do Trabalho. Esta teria como aspecto central a análise da relação entre trabalho e subjetividade, relacionando os conteúdos existentes no

mundo psíquico e no mundo social, presentes nos indivíduos inseridos no mundo do trabalho. Concerne, então, considerar que sua perspectiva está direcionada a uma intervenção no âmbito da realidade do trabalhador, enfatizando que as Clínicas do Trabalho diferenciam-se de uma atuação de consultório clínico, tendo como foco principal o sujeito além do aspecto individual, propondo uma mudança na realidade social, a partir da prática de trabalho no qual os sujeitos estão inseridos.

Para Vasconcelos (2013) concepções clássicas, tais como a de sofrimento, angústia, desejo, prazer, mecanismos e estratégias defensivas e sublimação foram objeto de discussão e reflexão acerca de elaborações da Psicanálise, a partir dos pensamentos de Freud e Laplanche, em especial. Estas foram, notadamente, incorporadas no processo de construção e desenvolvimento da Clínica Psicodinâmica do Trabalho.

Um outro ponto de destaque é colocado pelo próprio Dejours (2017), onde fala da psicopatologia do trabalho enquanto apenas uma parte da psicodinâmica do trabalho, na qual investiga-se um campo cada vez mais extenso nos últimos tempos. Dessa forma, acentua sua tese acerca da “centralidade do trabalho”, no qual considera existir cinco dimensões distintas, dentre elas: 1) A centralidade do trabalho no que diz respeito à saúde mental; 2) A centralidade no trabalho referente às relações sociais entre homens e mulheres (o gênero); 3) A centralidade no trabalho no que diz respeito às transformações da urbe; 4) A centralidade do trabalho no que diz respeito à economia; e 5) A centralidade do trabalho quanto à teoria do conhecimento (epistemologia).

Estudos apontam que a PDT, enquanto uma *Clínica do Trabalho*, atua na busca de compreender os aspectos da saúde mental e do trabalho, partindo do trabalho de campo, se deslocando e retornando constantemente a ele. Assim, se desdobra para um trabalho de campo radicalmente diferente do lugar da cura. Visa intervir em situações concretas de trabalho, compreender os processos psíquicos envolvidos e formular avanços teóricos e metodológicos reproduzíveis a outros contextos (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Nesse sentido, é na clínica do trabalho que a intervenção ocorre, permeando o mundo do trabalho de sentidos para a promoção da saúde mental dos trabalhadores inseridos em uma dada realidade organizacional, constituintes de um espaço aberto aos diálogos e ressignificações individuais e coletivas.

Macêdo & Fleury (2012) apresentam um breve resumo das principais categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho, onde as classificam em: - *Organização do Trabalho*, constituída pela organização do trabalho, propriamente dita (divisão de tarefas, hierarquia e controle), condições de trabalho (ambiente físico e biológico) e relações de trabalho; -

*Mobilização Subjetiva*, onde consta a inteligência prática ou astuciosa (capacidade inventiva ao prescrito, estratégia de enfrentamento), cooperação, espaço de discussão e reconhecimento; e – *Sofrimento e Defesas*, compostos pelo sofrimento criativo, sofrimento patogênico e as estratégias defensivas.

Diante da proposta estabelecida na presente fundamentação teórica, serão apresentados os principais conceitos da PDT, a fim de potencializar a compreensão dos aspectos a serem abordados na análise dos resultados que darão embasamento ao objeto de pesquisa da referida dissertação. De tal modo, não há pretensão de explanar acerca de todos os conceitos existentes na referida teoria, mas de destacar os conceitos mais relevantes para o desenvolvimento da discussão que pretende trazer como proposta, no decorrer da realização deste trabalho.

De tal modo, é válido ressaltar que a psicodinâmica do trabalho surgiu para dar conta não somente do sofrimento psíquico no trabalho e das patologias mentais a ele associadas, mas veio também buscar a compreensão das condições em que o trabalho torna-se fonte de prazer em seu fazer. Assim, desempenhando-se enquanto agente de construção da saúde.

Diante da necessidade de compreensão teórica dos pressupostos e conceitos principais no campo teórico-metodológico a ser utilizado neste trabalho, serão explorados inicialmente tais conhecimentos, para então, nos voltarmos aos estudos que vem sendo desenvolvidas no Brasil, que fundamentam-se nessa abordagem, para investigar a saúde mental dos trabalhadores inseridos em uma atuação profissional voltada à assistência às PVHA.

## **2.1. A Normalidade no Trabalho**

De acordo com Dejours e Abdoucheli (1990), mediante a progressiva relegação quanto à psicopatologia do trabalho relacionada à questão das doenças mentais descompensadas, à problemática da normalidade passa por um retorno às suas bases epistemológicas. Discute-se que não cabe mais pesquisar, observar ou descrever as doenças mentais do trabalho. É preciso entender que, no geral, os trabalhadores não ficam doentes mentais em decorrência do trabalho. Delineia-se que no âmbito da “normalidade” existe algo a ser explicado, um enigma a ser compreendido, surgindo um importante questionamento acerca de como fazem os trabalhadores para resistir às pressões psíquicas decorrentes da organização do trabalho e, assim, como fazem para não se deixar sucumbir diante de uma descompensação ou, até mesmo, da loucura.

Nesse sentido, Dejours (2011) traz a noção da normalidade enquanto uma parte importante da dinâmica subjetiva humana em uma luta contra a desestabilização psíquica em meio ao sofrimento no trabalho, utilizando-se de defesas de enfrentamento a esta realidade.

Entende-se, aqui, que o sofrimento é concebido como a vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico.

Em visão dada pela autora Dutra (2015), a virada epistemológica da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho deu-se a partir da proposta de Dejours de promover uma mudança no objeto de estudo da *doença* para a *normalidade*. Assim, explica que no decorrer da produção de conhecimento da PDT, passa-se a ter uma compreensão do sofrimento no trabalho como um aspecto restrito a um processo de evolução de uma patologia do sujeito, em seu contexto de trabalho.

Ao falar da normalidade, Dejours (2011a) ressalta a importância de se compreender as dimensões psíquicas do sofrimento. Daí, então, afirma que traz a noção do conceito através de uma fundamentação psicanalítica, onde formula que o sofrimento é inerente ao trabalho devido ocorrer um conflito central entre a organização do trabalho, detentora das prescrições, regras e normas, e o funcionamento psíquico, pautado fundamentalmente na necessidade de realização dos desejos.

Dessa forma, postula-se na PDT a existência de três tipos de sofrimento, que seria o “sofrimento patogênico”, o “sofrimento criativo” e o “sofrimento ético”. De acordo com Dejours (2007), o primeiro deles diz respeito ao sofrimento em que o sujeito não encontra possibilidade de negociação entre a organização do trabalho e os conteúdos de sua subjetividade, onde é impossibilitado de exercitar a sua capacidade criadora. Ao contrário, onde exista a possibilidade de criação e engenhosidade, em que soluções inventivas tenham espaço para diminuição dos impasses, surge o que denomina de sofrimento criativo. Por conseguinte, ressalta ainda a existência de um outro tipo de sofrimento, no qual definiu como sofrimento ético, que aconteceria diante de uma vivência de sofrimento onde o sujeito submete-se ou participa de situações no trabalho, nas quais intimamente discorda, que são contraditórias aos seus valores e princípios morais.

Nesta perspectiva da compreensão, Dejours (1999b, p. 19) elucida que a normalidade é uma conquista “mediante uma luta feroz entre as exigências do trabalho e a ameaça de desestabilização psíquica e somática”.

Ressalta, então, que a racionalidade em relação à saúde mental e física, passa sempre pela *experiência vivenciada do sofrimento*.

O autor afirma que “não pode haver sofrimento sem carne”, visto que é também da ordem do individual e singularidade do sujeito.

## 2.2. A Organização do Trabalho

Antes de explicar o conceito de organização do trabalho é fundamental entender a etimologia da palavra trabalho, no qual deriva da palavra em latim “tripalium”, que significa instrumento de tortura de três paus, que dava a ideia inicial de “sofrer” e, posteriormente de “esforçar-se”. Da mesma forma, é importante conceituar a palavra organização, que origina-se de *organizare*, no sentido de “estabelecer as bases”. Assim, segundo Anjos (2013) apud Vieira, Mendes e Merlo (2013, p. 267), “Organização do trabalho é, nesse sentido, o ato ou ação de se estabelecer as bases para o esforço, pelo investimento das ações”.

Molinier (2006) afirma que a organização do trabalho é um conceito herdado da Ergonomia francesa, no qual entendia-se que não era o homem que deveria se adaptar ao trabalho e sim o trabalho ao homem. De tal modo, trazia uma visão da relação ou impacto que uma determinada organização do trabalho poderia trazer para a saúde dos trabalhadores, seja no que se refere ao sofrimento ou ao prazer a ele relacionado.

Segundo Dejours (2008) a Psicodinâmica do Trabalho conceitua a organização do trabalho como aquela que institui a divisão das tarefas e dos homens no mundo do trabalho, estabelecendo o prescrito e os meios de controle (fiscalização, hierarquia, procedimentos e outros). Assim, as prescrições expressam as representações sobre a divisão do trabalho, as normas, o tempo e o controle exigido para o desempenho da tarefa. Tal divisão, ficando a cargo de organizar de modo subjetivo o sujeito, seja através de vivências de prazer como de sofrimento, interferindo em sua mobilização subjetiva e seu envolvimento afetivo-emocional, diante da realização do trabalho.

Para Mendes (2007, p. 29) é “objeto da psicodinâmica do trabalho o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação”. Destaca que é necessária tal compreensão e análise, para que se possibilite ressignificar o sofrimento e potencializar o prazer, onde se pode discutir o fortalecimento das relações fundamentais na constituição do coletivo de trabalho.

Resumindo, Anjos (2013) define:

“A Organização do Trabalho é a divisão das tarefas e dos homens nas instituições. Ela o faz estabelecendo a prescrição do trabalho (e, conseqüentemente, a discrepância entre este e o trabalho real). O trabalho prescrito é muito importante para orientar, controlar e fiscalizar o trabalho, todavia, caso seguido à risca, inviabiliza o trabalho”. (ANJOS, 2013, p. 272)

## 2.3. A Mobilização Subjetiva no Trabalho

A expressão *Mobilização Subjetiva* surge pela primeira vez nos estudos de Christophe Dejours em 1990, no artigo *Itinéraire théorique en psychopathologie du travail*, publicado no Brasil em 1994. Conceito central para a PDT, a mobilização subjetiva é entendida como um processo intersubjetivo que se caracteriza pelo engajamento de toda a subjetividade do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, sendo ela que permite a transformação do sofrimento a partir de uma operação simbólica, que é o sentido do trabalho.

Segundo Alderson (2005) apud Bueno & Macêdo (2012), a psicodinâmica do trabalho utiliza-se de três premissas importantes, na busca da compreensão da relação entre o homem e o trabalho, sendo elas: 1) Busca do sujeito pela auto-realização; 2) Mobilização subjetiva para dar conta do hiato (lacuna) entre o trabalho prescrito e o trabalho real e 3) Busca do julgamento do outro através do reconhecimento.

Mendes e Araújo (2012) sintetizam os princípios e dimensões da mobilização subjetiva, explicando que esta é constituída pelo processo no qual o sujeito pode (se) criar, (se) inventar e expressar o seu trabalhar. Evidencia a relação entre o trabalho e a constituição e afirmação da identidade, onde o desejo e o sujeito podem se engajar no trabalho, se reconhecerem e serem reconhecidos, em sua condição de sujeitos únicos, singulares.

Portanto, a mobilização subjetiva é composta por quatro dimensões indissociáveis, nos quais constam a inteligência prática, os espaços de discussão, a cooperação e o reconhecimento. Nesse contexto, é entendida como um processo intersubjetivo da mobilização da subjetividade do trabalhador, sendo via de transformação do sofrimento a partir de uma operação simbólica de resgate do sentido atribuído ao trabalho. (MENDES, DUARTE, 2013a)

## **2.4. O Trabalho Prescrito e o Trabalho Real**

Dentre os pressupostos fundamentais da PDT, podemos destacar os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, originando-se de conceituações da Ergonomia do Trabalho.

Assim, de acordo com Dejours e Jayet (1994) o trabalho prescrito é constituído a partir de pressões ou constrangimentos do planejamento dos processos, dos regulamentos e das distribuições ou escalas de trabalho, repassadas aos trabalhadores por atores específicos. Afirmam que, no entanto, estes constrangimentos apresentam sobreposições e contradições que formam injunções paradoxais. Assim, seria graças a tais injunções, que o trabalhador teria condições de improvisar e adaptar seu modo de sentir, pensar e agir a realização do trabalho.

É interessante destacar, conforme Dejours (2004), que mesmo o trabalho sendo concebido em uma organização de trabalho rígida, com instruções e procedimentos claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem todas cumpridas meticulosamente. Assim, ilustra o fato de que as situações de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, como incidentes, pães, anomalias de funcionamento, imprevistos relacionados a ferramentas, equipamentos, materiais e até mesmo quanto a outros trabalhadores, hierarquias, equipes, clientes e outras inúmeras ocorrências do trabalho real.

Diante dessas questões, constata-se a existência de uma discrepância entre o trabalho prescrito, que envolve todas as prescrições estabelecidas na organização do trabalho, e a realidade concreta de como acontece o trabalho, com todas as situações imprevistas que ocorrem na situação do trabalhar. Nesse sentido, Dejours (2004, p. 60) explana acerca de uma descoberta que parte da “existência de um intervalo irreduzível entre a tarefa prescrita e a atividade real do trabalho”.

Anjos (2013) resume, informando que o trabalho prescrito se constitui de imposições da organização do trabalho para com os trabalhadores e o trabalho real, fundamenta-se nas situações reais existentes no ambiente de trabalho. Assim, reforça que para a PDT, a discrepância entre o prescrito e o efetivo (real) constitui-se em sua própria conceituação. Dessa forma, o caminho a ser percorrido para diminuir o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, é o que se faz por ser inventado ou descoberto pelo sujeito.

## **2.5. Os Mecanismos Individuais e Estratégias Coletivas de Defesa**

Conforme destaca Cançado e Anna (2013), originado fundamentalmente na teoria psicanalítica, o conceito de mecanismos de defesa faz menção aos recursos psíquicos dos quais os trabalhadores se utilizam, para tentar fazer frente aos sofrimentos vivenciados no trabalho. Constitui um alerta, no momento em que ocorre uma ameaça à saúde psíquica dos sujeitos, quando se defrontam com operações inconscientes. Assim, enfatiza que emerge diante das dificuldades de elaboração no nível consciente de determinados conteúdos e representações registradas no nível do inconsciente.

Dessa maneira, os referidos autores afirmam:

“Os mecanismos de defesa são mobilizados pelos indivíduos no contexto organizacional, permitindo-lhes formas de suportar a angústia. O tema dos mecanismos de defesa apresenta-se como espaço em debate, com significativas possibilidades quanto a conversações com outras áreas de saber”...“capazes de

permitir uma maior compreensão da complexidade das relações indivíduo-trabalho-organizações-sociedade”. (CANÇADO, ANNA, 2013, p. 253)

Dejours (1994) conceitua que os mecanismos individuais de defesa, no sentido psicanalítico do termo, estão interiorizados no sujeito, persistindo mesmo sem a presença física de outros sujeitos. Assim, a condição de sua ocorrência na instância psíquica do trabalhador, independe do mundo exteriorizado, que por sua vez, é sustentado pelo consenso e pelas regras. Dessa forma, diferencia-se das estratégias coletivas de defesa, destacado conceitualmente logo a seguir.

Para Dejours (2004) a vida psíquica no trabalho é seu objeto de pesquisa primordial, considerando o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para a superação e transformação do trabalho em fonte de prazer. Assim, ilustra que é essencial observar que as estratégias coletivas de defesa recaem sobre um sujeito que busca realizar uma harmonização de seus outros recursos defensivos individuais, para então garantir a coerência de sua estrutura psíquica singular. Afirma que seu resultado é uma percepção irrealista da realidade, sendo um fato facilmente contestável, onde a nova realidade é validada coletivamente, em um consenso de trabalhadores.

Segundo Mendes (2007) as estratégias coletivas de defesa funcionam como uma espécie de acordo entre os sujeitos de um coletivo de trabalho, onde estes empenham-se por mantê-las, estabelecendo a manutenção do equilíbrio psíquico entre todos. Nesse sentido, diz que aqueles que não aderem a estas estratégias tendem a ser excluídos, uma vez que ameaçam a estabilidade do grupo. Diz que as estratégias de defesa podem ser individuais, no entanto não são tão eficazes quanto as coletivas, que contam com a adesão e a força do coletivo de trabalho estabelecido.

Moraes (2013) destaca que o sofrimento integra o trabalhador, de modo inevitável, já que ocorre um confronto entre as normas da organização do trabalho e os desejos do sujeito inserido nesse contexto. Assim, diz que os trabalhadores, para lidar com o sofrimento, acabam elaborando as estratégias defensivas, para protegê-los em seu psiquismo.

É importante salientar, conforme destaca Dejours (2011b), que as estratégias defensivas podem conduzir os trabalhadores à alienação, uma vez exploradas pela organização. Assim, denomina que estas se estruturam em defesas de proteção, defesas de adaptação e, por fim, em defesas baseadas na exploração. Nas duas últimas, afirma estarem baseadas na negação do sofrimento e na submissão do desejo dos trabalhadores aos objetivos e determinações da organização ao qual estão inseridos.

De acordo com Moraes (2013) as estratégias de defesa correm o risco ainda, de se transformar em ideologia defensiva, onde os esforços do coletivo passam a se concentrar na defesa das próprias estratégias, deixando de lado a defesa do sofrimento propriamente dito e, tornando-se obrigatória no coletivo de trabalho ali existente.

## **2.6. A Inteligência Prática ou Astuciosa**

Segundo D tienne e Vernant (2008), o termo inteligência prática refere-se a atividades relacionadas   técnica, destacando a fabrica o como núcleo central. Em concep o, afirmam ser uma forma de inteligência e pensamento que permite ao sujeito que a det m, vencer pela necessidade do uso da força, em que consegue mobilizar astúcia, se apropriar de vantagens e obter um momento oportuno.

Há, então, um olhar voltado ao conhecimento do sujeito quanto aos seus limites para vencer sem ultrapassar a fronteira permitida e o que pode ser censurado, justamente para que não sofra san es ou puni es.

Na visão de Molinier (2013), a inteligência prática decorre de uma experiência que possui sua raiz no corpo e na realiza o das atividades, consolidada a partir dos imprevistos que surgem nas situa es reais de trabalho. Assim, ela acontece mediante a subversão do trabalho prescrito, que leva o sujeito a desenvolver sua inventividade e engenhosidade, incorporando uma astúcia na realiza o de suas atividades de trabalho.

De acordo com Vasconcelos (2013, p. 238-239) a inteligência prática “está presente nas atividades consideradas majoritariamente intelectuais”. Portanto, afirma que esta   difundida de forma ampla, entre os homens em seu aspecto potencial. Pode se manifestar em qualquer pessoa, desde que esteja em condi es adequadas de saúde.

Dejours (2011) atribui   inteligência prática uma característica pulsional, afirmando que sua manifesta o nos trabalhadores, acontece de forma espontânea. O maior benefício do envolvimento do sujeito quanto   garantia do uso de sua astúcia, seria o sentido atribuído ao trabalho. Assim, diz que não são necessárias interven es para sua prescri o ou incentivo, precisando sim evitar os limites às condi es necessárias para a sua manifesta o, tornando essa inteligência muito mais flexível e movimentável.

Seria conferido, então,   inteligência prática como o aspecto assegurado por uma singularidade e individualidade, que ao atribuir-lhe a confiança por meio da coopera o, coordena o e reconhecimento, entra num nível de complexidade, onde a subversão ao prescrito

dá origem a uma sabedoria prática. Por sua vez, torna-se pública, quando a organização do trabalho permite espaços entre os trabalhadores, onde possam realizar trocas e relações intersubjetivas no âmbito do fazer o trabalho.

## **2.7. O Reconhecimento e Prazer no Trabalho**

O conceito de *Reconhecimento no trabalho* é informado por Lima (2013, p. 351) como “a forma de retribuição simbólica advinda da contribuição dada pelo sujeito, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência no trabalho. Esta retribuição se apresenta em duas dimensões: reconhecimento no sentido da constatação, que representa a realidade da contribuição individual à organização do trabalho, e o reconhecimento no sentido de gratidão pela contribuição dos trabalhadores dada à organização do trabalho”.

A teoria da PDT atribui ao reconhecimento a existência de dois tipos de julgamentos, que podem ser definidos como: a) Julgamento de utilidade, que abrange aspectos de ordem econômica, social e técnica, no qual confere-se ao fazer do trabalhador sua afirmação no trabalho, marcada hierarquicamente por suas chefias, subordinados e clientes; e, b) Julgamento de beleza, existente horizontalmente entre pares e comunidade de pertença, podendo também ser definidos como julgamento de conformidade do trabalho à realização do ofício, em que o trabalhador amplifica seu sentimento de pertencimento a um grupo de trabalho ao qual esteja inserido.

Na definição de Martins (2015) verifica-se o sentido atribuído ao reconhecimento, onde este é visto como uma retribuição simbólica originada através dos esforços e contribuições realizadas pelo sujeito, quanto ao seu fazer no ambiente de trabalho. Assim, lhe confere um caráter intersubjetivo, onde evidencia-se um sentido conferido ao trabalho da forma como foi realizado e as contribuições dadas pelo trabalhador. Também considera um outro sentido que lhe foi atribuído, que estaria relacionado à gratidão da organização do trabalho quanto às contribuições realizadas pelo sujeito no seu trabalhar.

É válido destacar o binômio conferido por Dejourns (2008), onde estabelece uma relação entre contribuição (cooperação) e retribuição (reconhecimento), onde ressalta questões que se colocam diante da gestão do trabalho, no qual concentram-se esforços para manter a mobilização geral das subjetividades existentes, atribuindo uma frustração aos sujeitos quanto ao direito à contribuição, de um lado, e desmobilizando a dinâmica do reconhecimento, por outro lado.

Em resumo, Lima (2013, p. 355) enuncia que “o reconhecimento implica o julgamento dos pares, ele apresenta uma ligação imprescindível com a existência do coletivo de trabalho e da cooperação, representando estas dimensões o ponto primordial na dinâmica intersubjetiva da identidade do trabalho”. Em acréscimo, diria que o reconhecimento é fonte de promoção de saúde mental, quando a intersubjetividade dos trabalhadores é respeitada em sua condição singular e coletiva, na interação efetiva do sujeito com todas as suas interfaces do trabalho.

Diante desta discussão, Dejours (2012) reconhece a importância do reconhecimento no processo de saúde do sujeito, enfatizando da mesma forma que a ausência de reconhecimento pode ter consequências negativas, onde evidencia-se um trabalhador excluído ou negligenciado na realização de seus processos de trabalho, desempregado ou até mesmo submetido às diversas formas de discriminação e alijamento de seus direitos humanos e sociais. Assim, coloca uma ênfase central nessa problemática, ao denomina-las como “psicopatologias da solidão”, uma vez que estes trabalhadores estariam excluídos, alheios ao sentimento de pertença e solidariedade. Situação constatada no mundo do trabalho, de forma frequente em nossos dias atuais.

No que se refere ao conceito do *Prazer* relacionado ao trabalho, Mendes e Muller (2013) destacam a herança do termo da Psicanálise, em que o caráter de experiência subjetiva conferida ao prazer é oriunda do “princípio do prazer e da realidade”, tão amplamente conceituadas e abordadas nas discussões freudianas. Nesse sentido, ressalta que o prazer é inserido no jogo entre desejo, renúncia e gratificação, não sendo um estado inacabado, mas algo a ser alcançado e substituído por uma nova busca. As autoras enfatizam que o prazer não se reduziria à satisfação pulsional, já que a pulsão nunca se satisfaz, direcionando então à sublimação como um dos caminhos mais eficazes e potencialmente capaz de promover o encontro do sujeito com a satisfação.

No intuito de acentuar maior compreensão, Dejours (2011) ressalta que o prazer pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento, sendo portanto indissociáveis. Afirma que o trabalho apresenta-se como agente de contribuição para a transformação do sofrimento em prazer, mediante as condições sociais, políticas e de âmbito ético. Dessa maneira, afirma:

“Tanto o prazer quanto o sofrimento são resultado da combinação da história do sujeito com a organização do trabalho, sendo que o prazer resulta da vitória sobre a resistência do real. O trabalho deve proporcionar ao trabalhador uma mobilização subjetiva, uma atividade psíquica capaz de evitar o sofrimento e ressignificar sua relação com o trabalho”. (DEJOURS, 2011 p. 183)

Mendes e Muller (2013) definem o prazer como um princípio mobilizador, que insere o sujeito em uma ação voltada à obtenção da gratificação, da realização de si e reconhecimento

pelo outro. Dizem ser este prazer viabilizado através da mobilização subjetiva da inteligência prática, em enfrentamento aos constrangimentos decorrentes da organização do trabalho, mediante à construção do coletivo de trabalho, as regras de convivência e a cooperação, responsáveis pela mobilização do sujeito em seu processo de ressignificação do sofrimento no trabalho. Assim, o prazer não seria algo isolado, limitado a um objeto em si. Estaria associado ao sofrimento que emerge do confronto com o trabalho real, sendo o prazer uma vivência acessada mediante o êxito do trabalhador quando das resistências do real encontrada.

## **2.8. O Conceito de Sublimação no Trabalho**

Dentre os conceitos principais da PDT é essencial destacar a noção de *sublimação*, onde Macêdo (2013) faz lembrar que ao longo de toda a obra psicanalítica, remete a esta conceituação. Procurando explicar certos tipos de atividades, advindas de um desejo que não poderia ser manifesto de maneira explícita, uma vez que a pessoa poderia ser censurada e, possivelmente, excluída. Assim, haveria a transformação desses desejos em atividades humanas bem-sucedidas, que gerasse reconhecimento e aceitação social.

Nesse sentido, a PDT cunhou o termo sublimação em referência a ideia de um mecanismo de defesa, no qual o sujeito passaria a lidar com o sofrimento vivenciado, atuando para o alcance da gratificação e prazer diante do grupo de trabalho ao qual esteja inserido. O que significa falar de uma representação de identidade e saúde mental do sujeito, associada a um reconhecimento social.

De acordo com Torezan e Brito (2012, p. 250), fundamentando-se nos textos freudianos, o processo sublimatório ocorre a partir de um elemento importante, que seria a participação do ideal de eu como desencadeador ou favorecer. Desse modo, é necessária a intervenção do eu narcísico para que a sublimação possa se efetivar, “havendo uma satisfação sublimada, onde o sexual não se ausenta da sublimação e a libido é direcionada através do ideal de eu para novos objetos socialmente valorizados”.

Molinier (2013) salienta que um dos destinos da sublimação, com base na Psicanálise, poderia ser compreendida como a expressão mais elaborada e socializada da pulsão ou, ainda como meio de defesa do sujeito. Para a Psicodinâmica do Trabalho, seria a capacidade de permutar o objeto e a meta sexual da pulsão por um objeto e meta não sexual, valorizados socialmente.

Ao avançar neste conceito, Dutra (2015) ilustra que de acordo com a PDT, o trabalho psíquico pela via sublimatória, pode ser uma promessa de ampliação da subjetividade que abre caminho para a própria realização do trabalhador, se forem dadas as devidas condições sociais e políticas, nesse contexto.

Na própria concepção de Dejours (2004), a sublimação só acontece na atividade de trabalho quando há condições psíquicas, organizacionais, éticas e sociais que a sustentem. A mobilização da curiosidade do sujeito na busca pela compreensão daquilo que pode diminuir seu sofrimento é o que permite que a sublimação ocorra. A organização do trabalho deverá permitir ao trabalhador que compreenda como se dá o trabalho prescrito e como acontece o trabalho real. É no conflito entre organização real e prescritiva, que surgirão as atitudes inventivas para lidar com sofrimento ético. A sublimação só é produzida no trabalho, quando o trabalhador constitui um conjunto de pares a quem dará contribuição. A valorização da atividade por outros colegas de trabalho reveste-se de importância, indiferente à hierarquia.

## **2.9. A Clínica do Trabalho**

Ao olhar sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, alguns autores ressaltam que a clínica do trabalho consiste na busca em desenvolver o campo da saúde mental e do trabalho, partindo do trabalho de campo e se deslocando e retornando constantemente a ele. Assim, a PDT é considerada como uma clínica que se desdobra para um trabalho de campo radicalmente diferente do lugar da cura. Visa intervir em situações concretas de trabalho, compreender os processos psíquicos envolvidos e formular avanços teóricos e metodológicos reproduzíveis a outros contextos (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Na concepção do próprio Dejours (2009) a Psicodinâmica do Trabalho se apoia como uma disciplina clínica, em que são essenciais a descrição e o conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, buscando fundamentar-se no registro dos resultados da investigação clínica das relações de trabalho articuladas a história de vida do sujeito, ancorada em uma base teórica de aporte na Psicanálise e na teoria social.

É importante compreender que na Clínica do Trabalho direciona-se um olhar para o sujeito enquanto constituinte de uma busca pela manutenção de sua saúde mental no trabalho, onde é vivenciada uma luta diante das patologias e doenças mentais, que podem ter sua origem na organização do trabalho ao qual está inserido.

Em resumo, na visão de Araújo (2013, p.92) “a Clínica do Trabalho representa um espaço com objetivo de investigar a relação do indivíduo com a atividade laboral através da fala dos sujeitos que executam as rotinas de trabalho em uma organização onde podem expressar suas impressões, sentimentos e percepções relacionadas aos pares, superiores, subordinados, tarefas realizadas, resultado e sentido do que fazem”.

Nesse sentido, conforme a autora explica, a Clínica do Trabalho acolhe opiniões e sensações relacionadas ao universo laboral, considerando todos os aspectos envolvidos na organização do trabalho ao qual fazem parte, empenhando-se em identificar os possíveis fatores ocasionadores de sofrimento físico e psíquico, que podem levar os trabalhadores à queda ou perda em sua produtividade e ao adoecimento frente à sua realidade de trabalho.

É importante destacar que realizar a Clínica do Trabalho é um processo que requer sensibilidade, que não depende somente de espontaneidade. Assim, a sensibilidade é vista como algo conceitual, onde quanto mais conhecimento teórico existir, maior a sensibilidade à escuta. Nesse tocante, é fundamental a compreensão dos conceitos da Psicodinâmica do Trabalho pelo clínico, instrumentalizando-o para a escuta e sensibilidade à fala do sujeito, quando este lhe contar sua experiência do trabalho vivo (DEJOURS, 2017, p.9).

## CAPÍTULO 3

### PSICODINÂMICA DO TRABALHO: ESTUDOS NO BRASIL COM TRABALHADORAS/ES DE SAÚDE NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS

#### 3.1. Considerações Gerais

Quando se fala de uma prática em saúde ligada à assistência em HIV/Aids, segundo Brasil (2014), as circunstâncias e questões suscitadas a partir do sofrimento psíquico causam impacto significativo no profissional que precisa lidar com esta realidade. Assim, as situações de vida compartilhadas pelos usuários geram nestes profissionais, sofrimento e sentimento de impotência, insegurança, medo e dúvida diante da melhor conduta a ser tomada. Esse sentimento pode levar o profissional ao adoecimento. A relação destes sujeitos com as atividades inerentes ao trabalho, assim como a relação com seus pares e suas equipes podem ainda, contribuir para o fortalecimento ou fragilização destes trabalhadoras e trabalhadores no enfrentamento do cotidiano laboral e dos sofrimentos vivenciados.

Ao se abordar a temática da saúde mental no trabalho e as questões relativas à compreensão do sofrimento psíquico e prazer no trabalho de profissionais de saúde atuantes em HIV/Aids, tem-se como importante base teórica a Psicodinâmica do Trabalho, disciplina desenvolvida na França na década de 1980, por Christophe Dejours, médico psiquiatra, especialista em Medicina do Trabalho e Psicanalista, professor do *Conservatoire National des Arts et Métiers*<sup>3</sup> em Paris, Diretor do Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação. (DEJOURS, 2004).

O trabalho de assistência em saúde caracteriza-se pela atuação de equipes interdisciplinares, compostas por profissionais das mais diferentes áreas, nas quais se complementam formações específicas e conhecimentos teóricos diversificados, que contribuem de modo significativo tanto para o desenvolvimento técnico, como para a própria saúde do usuário dos serviços.

Assim, é importante ressaltar que muito mais do que médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e auxiliares, tratam-se de pessoas com sentimentos, vivências, experiências e visões de mundo que interagem, acima de qualquer conhecimento técnico.

---

<sup>3</sup> Conservatório Nacional de Artes e Ofícios.

De acordo com Brasil (2012, p. 95) “o papel profissional faz parte daquilo que somos, sentimos e pensamos enquanto sujeitos e, reconhecer esse aspecto compõe a atuação profissional, assim como a vivência no trabalho enriquece a vida pessoal e amplia a visão de mundo”.

Delineia-se, então, a importância de um olhar voltado ao sujeito inserido no contexto do cuidado em saúde no âmbito do HIV/Aids, as particularidades e subjetividades implicadas nessa atuação profissional específica. Há de se considerar o respeito, o acolhimento das adversidades e sentimentos vividos, ampliando-se a escuta atenta a estes/as profissionais.

Tal contexto corrobora para a necessidade de se pensar, na atualidade, sobre a saúde mental de trabalhadoras (es) de saúde na atenção em HIV/Aids. Neste sentido, a dissertação de mestrado do psicólogo Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, intitulada “O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará”, defendida em 1998, vinculada à Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, constituiu-se no primeiro estudo no Pará com fundamentação teórica na Psicodinâmica do Trabalho que analisou trabalhadores na assistência a pacientes de HIV/Aids, em contexto hospitalar.

Desta forma, entendendo a relevância da temática da saúde mental no trabalho de profissionais de saúde atuantes em HIV/Aids, apresentamos um estudo exploratório com o objetivo de identificar e analisar as produções acadêmicas brasileiras, realizadas no período de 2008 a 2018, sobre tal temática, que citaram, fundamentaram ou fizeram alguma referência à Psicodinâmica do Trabalho (PDT). A análise destas produções envolve saber as áreas de concentração das quais foram originados tais estudos e destacar nos estudos baseados na PDT, os conteúdos de análise presentes na dinâmica prazer-sofrimento psíquico no trabalho.

A PDT enquanto uma das disciplinas que compõem as Clínicas do Trabalho, sendo que estas clínicas se dedicam à compreensão da relação entre o trabalho, a subjetividade e a intersubjetividade. A PDT é considerada uma clínica, que se desdobra para um trabalho de campo radicalmente diferente do lugar da cura. Visa intervir em situações concretas de trabalho, compreender os processos psíquicos envolvidos e formular avanços teóricos e metodológicos reproduzíveis a outros contextos (LANCMAN; UCHIDA; HELOANI, 2004).

Para Mendes (2007) é “objeto da psicodinâmica do trabalho o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação” (p.29). Nesse sentido, explica que o acesso a essas relações dinâmicas dá-se pela palavra. No caso de trabalho prescrito, a palavra registrada. No caso do trabalho real, a palavra relatada pelo trabalhador. Assim, complementa que é na palavra que expressa que se possibilita ressignificar o sofrimento,

para que ele pode ser reconhecido e discutido, fortalecendo as relações fundamentais na constituição do coletivo de trabalho.

Segundo Merlo e Mendes (2009), sobre as perspectivas do uso da teoria de Dejours no Brasil, pode-se considerar que a Psicodinâmica do Trabalho tem sido utilizada de duas formas: como categoria teórico-metodológica, quando há o uso da teoria e do método conforme proposto por Dejours; e também como categoria teórica apenas, que se caracteriza pelo uso central em discussões teóricas, adotando os conceitos da PDT como um dos delineamentos da pesquisa.

Macêdo e Fleury (2012) apresentam um breve resumo das principais categorias de análise da PDT e os autores as classificam em: - *Organização do Trabalho*, constituída pela organização do trabalho propriamente dita (divisão de tarefas, hierarquia e controle), as condições de trabalho (ambiente físico e biológico) e as relações de trabalho; - *Mobilização Subjetiva*, que congrega a inteligência prática ou astuciosa (capacidade inventiva ao prescrito, estratégia de enfrentamento); e - *Sofrimento*: composto pelo sofrimento criativo, sofrimento patogênico e sofrimento ético e *Defesas*, compostas pelos mecanismos individuais de defesa e estratégias coletivas de defesa.

Duarte e Mendes (2015) afirmam que para que o trabalho seja fonte de saúde mental é central a mobilização da inteligência prática, do espaço de discussão, da cooperação e do reconhecimento no trabalho, possibilitando o sofrimento criativo e o prazer, e, conseqüentemente, a conquista da saúde. A falha no emprego desses mecanismos por parte das trabalhadoras e trabalhadores levaria aos sintomas de sofrimento psíquico e ao adoecimento.

A presente análise conceitual dá ênfase à compreensão dos conceitos de *Prazer* e *Reconhecimento no Trabalho*. O prazer pode ser definido como algo além da vivência e sim como um princípio mobilizador que surge da dinâmica psíquica nos diversos contextos de trabalho.

Assim, Macêdo e Heloani (2018) acreditam que talvez um dos fatores que mais contribuíram para o interesse e aceitação da abordagem tem sido a sua visão ampliada, complexa e crítica das relações de trabalho e seu caráter emancipatório. Assim apontam os/as estudiosos/as que salientam seu caráter multidisciplinar e a importância do conceito de trabalho e do trabalhar na constituição da identidade do trabalhador e o impacto sobre sua saúde.

Dessa forma, pensando o universo de trabalho na atenção em HIV/Aids e a saúde mental das/os trabalhadoras/es de saúde, com um olhar ancorado na Psicodinâmica do Trabalho, conforme comentado anteriormente, realizou-se um levantamento da literatura, durante os

meses de janeiro a maio de 2020, nos seguintes bancos de dados virtuais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de Periódicos CAPES e Google Acadêmico, utilizando-se os descritores: “Saúde Mental no Trabalho”, “Trabalhadoras/es de Saúde”, “Psicodinâmica do Trabalho”, “HIV/ Aids”.

### **3.2. As/os Trabalhadoras de Saúde na Atenção em HIV/Aids**

Ao longo das últimas décadas, conforme apontado em Brasil (2012), a discussão acerca da saúde mental no trabalho em HIV/Aids remete à necessidade de análise da subjetividade e da complexidade do processo saúde-doença e das diferentes dimensões que precisam ser consideradas na prática das/os profissionais de saúde. Pois, como afirmam Franco e Merhy (2013, p. 151) “há uma produção subjetiva no cuidado em saúde”.

Nesse contexto, surgiram novas preocupações quanto ao manejo e cuidados necessários à saúde mental dos profissionais que atuam em HIV/Aids. Destaca-se, então, que “a maneira como o profissional lida com o usuário é orientada pela concepção que se tem acerca do processo saúde-doença, tornando muitas vezes difícil separar sentimentos e valores pessoais da prática profissional. (BRASIL, 2012, p. 95).

Diante do contexto aqui abordado, ressalta-se que para Dejours (1993) a presença do sofrimento psíquico no local de trabalho impulsiona como um dos primeiros dispositivos de defesa por parte das/dos trabalhadoras/es, o de se distanciar das responsabilidades, materializado pela falta de zelo e iniciativa, fazendo com que os sujeitos se cerquem de proteção e executem as tarefas de forma estritamente mecanizadas. A partir disso, afirma que surge a desconfiança e o silenciamento do sofrimento. Dessa forma, os profissionais de saúde passam a se sentir imobilizados com estas questões, inseridos numa instituição onde não existe a “personificação” de um sujeito capaz de resolver estes problemas, estando submetido a hierarquias inflexíveis, número insuficiente de funcionários para a demanda acentuada de trabalho, em uma organização, muitas vezes, sem condições satisfatórias de trabalho.

Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho procura estudar, de um lado, as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer, de outro, estudar a organização do trabalho e as relações sociais nele existentes. Destacamos, portanto, que a PDT busca a compreensão dos aspectos da subjetividade e intersubjetividade dos trabalhadores, podendo trazer contribuições relevantes aos estudos com os profissionais de saúde, mais especificamente daqueles inseridos no contexto do HIV/Aids.

De acordo com Santos e Carvalho (1999) a/o profissional de saúde se percebe como depositário de todas as esperanças de futuro que alimentam a pessoa com HIV, uma vez que manipula as condições necessárias para manutenção da vida. Assim, afirma que a/o trabalhadora/or de saúde que lida com a Aids, tem que lidar com o risco mensurável e o papel da organização do trabalho, tanto quanto em suas representações acerca do sofrimento, luto, sexualidade, preconceitos e a morte no dia-a-dia.

Campos (2005) destaca que são várias e intensas as atividades nas quais as/os profissionais de saúde sentem-se sobrecarregados, já que têm que enfrentar um trabalho de natureza diferenciada, pois, além de trabalharem com pessoas que estão adoecidas, muitas vezes são mal remunerados, têm poucas oportunidades de qualificação, sendo obrigados a atender um número excessivo de pacientes em ambientes e recursos precários.

Tal situação destaca a necessidade de um olhar voltado ao estudo da saúde mental das/os profissionais, onde se possa compreender melhor a organização do trabalho na qual estão inseridas/as, os aspectos subjetivos implicados no fazer laboral, que podem resultar em sofrimento psíquico e, em alguns casos, em adoecimento. Dejours (1980), na obra *Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, afirma que os sistemas individuais e coletivos construídos pelas/os trabalhadoras/as precisam ser compreendidos em sua coerência interna, pois emergem da necessidade de afastar a percepção do sofrimento que o sujeito experimenta em função do seu trabalho. Logo, resta compreender a serviço de que estas defesas são erigidas, ou seja, que fatores contidos na organização do trabalho se mostram deletérios à saúde mental.

Na visão de Oliveira e Moreira (2006), os profissionais de saúde, ao lidarem com problemas que envolvem o complexo HIV/Aids, estão lidando com a própria finitude, em um embate imaginário com a própria morte. Ressaltam não ser uma morte qualquer, mas que trata-se de um processo cheio de tensões entre os trabalhadores e as/os pacientes, marcados de afetos diferenciados, confusos ou até conflituosos.

É importante ressaltar que apesar das condições, muitas vezes desfavoráveis que as/os trabalhadoras/es que lidam com a realidade HIV/Aids enfrentam em seus diferentes contextos laborais, também existem as situações que geram vivências de prazer, tais como a possibilidade de intervenção e promoção da saúde da/o paciente, o reconhecimento desta/e e de seus familiares pelo seu trabalho, o constante aprendizado, a valorização da vida e reconhecimento institucional (FERREIRA, 2011).

Desta maneira, Sobrosa (2017) revela a necessidade das/os trabalhadoras/es de encontrar estratégias para que possam intervir na diminuição dos danos à saúde mental dos

profissionais de saúde no contexto laboral, permeado por riscos, tanto biológicos quanto psicossociais, potencializadores de adoecimento psíquico.

De acordo com Acioli e Pedro (2019) a saúde, sob a ótica do setor produtivo, recebe influência direta das organizações hegemônicas e dos interesses do capitalismo, colocando as/os trabalhadoras/es em um processo de degradação alienante. Assim, argumentam que parte do trabalho em saúde é meio para a recuperação da força de trabalho, sendo que a preocupação com a saúde dos que trabalham com saúde é afetada pela organização de suas práticas, pela forma como acontece a gestão dessas organizações e pelo próprio trabalho em si, como ele acontece.

### **3.3 As/os Trabalhadoras/es de Saúde na Atenção em HIV/Aids sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho**

Diante do levantamento de literatura realizado, foram encontrados 294 estudos relacionados aos profissionais de saúde atuantes em HIV/Aids, abrangendo temáticas diversas, tais como: práticas de cuidado, internação hospitalar, acidentes de trabalho, riscos ocupacionais, estigmas no trabalho, vulnerabilidade, integralidade, satisfação e vivência profissional, saúde mental, assistência e políticas de saúde pública coletiva e humanização.

Dentre os estudos identificados, foram selecionadas 53 publicações com ênfase na saúde mental no trabalho de profissionais de saúde na atuação em HIV/Aids, com diferentes referenciais teórico-metodológicos. Destes 53 estudos, destacaram-se 15 publicações que utilizaram, citaram ou realizaram alguma referência à Psicodinâmica do Trabalho. Estes constituem artigos, anais de eventos científicos, monografias, dissertações e teses.

A proposta deste estudo não é de explanar acerca dos conceitos teóricos que fundamentam cada uma das abordagens ou perspectivas teórico-metodológicas identificadas neste levantamento bibliográfico. No entanto, é importante ressaltar o interesse e papel relevante da Psicologia Social nos estudos relacionados às experiências, discursos, sentimentos e emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde, no âmbito de sua atuação nos serviços voltados ao HIV/Aids.

Assim, observa-se na Tabela 1, a utilização de algumas diferentes abordagens teóricas presentes na Psicologia Social, demonstrando interesse significativo para a compreensão da temática em questão, tão relevante para a promoção da saúde coletiva, em nossa sociedade. Assim, evidenciaram-se estudos com base na Análise Institucional, Construcionismo Social, Fenomenologia, Interacionismo Simbólico, Perspectiva Sócio Histórica, Pesquisa em Saúde,

Psicanálise, Psicodinâmica do Trabalho e Teoria das Representações Sociais. As áreas de concentração em pesquisa, destas publicações baseadas na PDT, revelaram 08 estudos da Enfermagem, 06 da Psicologia e 01 da Medicina e Saúde. Assim, evidencia-se maior interesse da área da Saúde, com destaque para a Enfermagem e a Psicologia quanto aos estudos ligados à temática aqui levantada.

Silva et al (2017) destacam que cabe à Psicologia o papel de facilitadora para a melhoria da saúde mental com o intuito de propiciar saúde e qualidade de vida às/aos cidadãs e cidadãos portadores. Sobre o papel da/o psicóloga/o, haverá a necessidade, nas ocasiões em que ocorre uma fragilização da pessoa contaminada, de uma mudança no método de trabalho, em que a/o paciente passa a adaptar novos significados pessoais e seu engajamento na batalha pela qualidade de vida e, conseqüentemente, para a promoção da saúde.

Acentua-se, então, a importância da realização de pesquisas no campo de atuação da/o psicóloga/o, para que se possa desenvolver muito mais o conhecimento acerca das vivências encontradas na realização do trabalho de profissionais de saúde, no universo de sua atuação com as pessoas vivendo com HIV/Aids, onde novas formas desse real do trabalho possam ser implementadas para o surgimento e desenvolvimento das potencialidades existentes.

Na Tabela 1 constam as abordagens teórico-metodológicas, adotadas nos estudos identificados, com o respectivo quantitativo de publicações encontradas. Destaca-se a quantidade de publicações em que foi utilizada a Psicodinâmica do Trabalho, seja fundamentando de forma teórico-metodológica, utilizando algum de seus conceitos ou realizando citação de autores, que embasam os estudos realizados.

**Tabela 1 - Publicações acadêmicas acerca de Trabalhadoras/es de Saúde na Atenção em HIV/Aids, de 2008 a 2018.**

<b>Referencial Teórico-Metodológico</b>	<b>Base de Consulta</b>	<b>Quantidade</b>
Análise Institucional	Google Acadêmico	1
Construcionismo Social	Google Acadêmico e BVS Brasil	5
Fenomenologia	Portal Capes e Google Acadêmico	4
Interacionismo Simbólico	Google Acadêmico	1
Perspectiva Sócio Histórica	BVS Brasil	2
Pesquisa em Saúde	BVS Brasil e Portal Capes	4
Psicanálise	Portal Capes	2
<b><i>Psicodinâmica do Trabalho</i></b>	<b><i>Google Acadêmico, BVS Brasil e Portal Capes</i></b>	<b><i>15</i></b>
Teoria das Representações Sociais	Google Acadêmico, BVS Brasil e Portal Capes	19
<b>Total de Publicações:</b>		<b>53</b>

Fonte: Elaborado pelas/es autoras/es (2020)

A Tabela 1 permite verificar que dentre os 53 estudos brasileiros voltados à saúde mental no trabalho com trabalhadoras (es) de saúde na atenção em HIV/Aids, a PDT foi o segundo referencial teórico presente em tais estudos e pesquisas, realizadas no período de 2008 a 2018, o que corrobora a sua inserção e ampliação nos estudos realizados nos espaços acadêmicos e a relevância científica em sua utilização nas publicações brasileiras.

Na Tabela 2, a seguir, são apresentadas as 15 pesquisas selecionadas, nas quais há o interesse pela análise acerca da saúde mental de trabalhadoras/es atuantes na atenção às PVHA, sugerindo possibilidades na promoção do bem-estar e prazer no trabalho destas (es) trabalhadoras (es), que lidam com esta realidade e melhoria na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população.

A seguir, serão ilustrados os principais aspectos identificados nestas pesquisas, que trazem conceitos ou reflexões importantes, à luz da Psicodinâmica do Trabalho.

**Tabela 2 – Estudos com PDT e Trabalhadoras/es de Saúde na Atenção em HIV/Aids, de 2008 a 2018**

Nº	Título	Autores	Base de Consulta	Ano	Tipo	Área Concentração
1	Trabalhador de enfermagem: de anjo de branco a profissional.	José H. V. L. Júnior, Rafael S. Alvim, Marcia Cristina S. Macedo e Anderson L. B. Castanha	Google Acadêmico	2008	Artigo	Enfermagem
2	Satisfação profissional da equipe de atendimento domiciliar terapêutico de uma unidade de referência ao portador de HIV/AIDS do estado do Pará.	Cristiane da Silva Rosa, Aida Maris Peres e Mariluci Alves Maftum	BVS Brasil	2009	Artigo	Enfermagem
3	O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem.	Maristela Aparecida M. Magagnini; Suelen A. Rocha; Jairo A. Ayres	BVS Brasil	2011	Artigo	Enfermagem
4	A organização do trabalho na Unidade de Doenças Infecto-contagiosas e ocorrência de Burnout nos trabalhadores de enfermagem.	Rita Elzi Dias de Seixas Ferreira	Portal CAPES	2011	Dissertação	Enfermagem
5	O adoecer no trabalho pela enfermagem: uma revisão integrativa.	Renata P. Ribeiro, Julia T. Martins, Maria Helena P. Marziale, Maria	Google Acadêmico	2012	Artigo	Enfermagem

		Lucia do Carmo C Robazzi				
6	O trabalho de enfermagem com clientes HIV/Aids: potencialidade para o sofrimento psíquico.	Rita Elzi Seixas Ferreira, Norma Valéria D. de O. Souza, Francisco Gleidson de A. Gonçalves, Déborah M. dos Santos e Claudia Regina M. da R. Pôças	BVS Brasil	2013	Artigo	Enfermagem
7	O sofrimento no trabalho entre profissionais da saúde que acompanham pacientes com HIV/Aids.	Clara Miranda Santos	Google Acadêmico	2013	Capítulo Livro	Psicologia
8	Aprendendo a ser médico: análise da relação trabalho-saúde de médicos residentes.	Monalisa Vasconcelos Ernesto	Portal CAPES	2013	Dissertação	Psicologia
9	O sofrimento e o prazer dos trabalhadores de enfermagem no cuidado com cliente HIV/Aids.	Rita Elzi D. de S. Ferreira, Norma Valéria Dantas de O. Souza, Claudia Regina M. da R. Pôças, Francisco G. de A. Gonçalves, Déborah M. dos Santos	Google Acadêmico	2014	Artigo	Enfermagem
10	Implicações pessoais e profissionais do acidente ocupacional com Material Biológico para o Trabalhador da Saúde	Dulcelene de Sousa Melo	Portal CAPES	2014	Tese	Enfermagem
11	Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalho de médicos inseridos em um hospital universitário – São Paulo, Brasil.	Juliana de Oliveira Barros	Portal CAPES	2015	Tese	Medicina e Saúde
12	Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades.	Gustavo Zambenedetti, Rosane Azevedo N. da Silva	Google Acadêmico	2016	Artigo	Psicologia

13	Saúde mental e contexto hospitalar: uma investigação em técnicos de enfermagem.	Gênesis Marimar Rodrigues Sobrosa	Portal CAPES	2017	Tese	Psicologia
14	O trabalhar dos profissionais de serviços gerais de limpeza hospitalar: uma análise da relação trabalho-saúde.	Flávia Marcelly de Sousa Mendes da Silva	Portal CAPES	2017	Dissertação	Psicologia
15	O ser e o fazer humanizado: reflexões acerca do cotidiano profissional de uma médica infectologista no extremo oeste catarinense.	Abel Petter, Gabriel Afonso Costacurta, Gilberto Oliveira Rodrigues e Ana Paula Risson	Google Acadêmico	2018	Resumo Expandido	Psicologia

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Estes estudos versam sobre pesquisas com ênfase no ambiente e às condições de trabalho de profissionais de saúde em hospitais, serviços de unidades de referência especializada, atendimento domiciliar terapêutico e na atenção básica, que compõem a rede de atenção especializada, voltadas à assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA).

Neste levantamento de literatura, foi possível perceber quais os principais aspectos apontados quanto ao prazer e sofrimento psíquico no fazer das/os trabalhadoras/es de saúde, inseridos na atenção em HIV/Aids. Nesse sentido, apreendem-se reflexões importantes quanto aos aspectos da organização deste trabalho e suas nuances na saúde mental destes, em sua relação com a atuação profissional de cada uma/um.

Júnior et al (2008) destacam as premissas teóricas sobre relações de trabalho, em especial, a categoria da organização do trabalho e condições de trabalho aliadas às contribuições da Escola Dejouriana, analisando os temas do prazer e do sofrimento vinculados ao trabalho. Propõem-se a desvendar o processo de desgaste/prazer no trabalho dentro de hospitais público e privado, trazido através do discurso das/os trabalhadores de enfermagem ali atuantes, buscando captar suas realizações, dificuldades, alegrias, tramas e defesas, angústias, contradições, a luta pelo poder, as vivências subjetivas, os silêncios. Trazem a trajetória da enfermagem de anjo de branco a profissional como sendo marcada por preconceitos, desgaste, sofrimento e luta por espaço laboral, abandonando a posição de saber periférico e vulnerável.

Assiste-se, atualmente, o esforço das/os trabalhadores de enfermagem para a construção de uma nova imagem que contempla estratégias de revalorização do estatuto do profissional, controle da formação, das carreiras e dos conteúdos do trabalho para que se tornem agentes

privilegiados e ativos na melhoria das condições de saúde da comunidade e propulsoras de novas ideias para o avanço da gestão nas organizações hospitalares.

Em Rosa et al (2009) apresenta-se uma pesquisa realizada em uma unidade de referência especializada no atendimento ao portador de HIV/AIDS no Estado do Pará. Esta teve como objetivos o de identificar fatores ambientais e psicossociais que podem influenciar no nível de satisfação profissional de uma equipe de Atendimento Domiciliar Terapêutico e conhecer as estratégias utilizadas pela equipe para a promoção da sua satisfação profissional. Constatou um equilíbrio existente entre satisfação e insatisfação dos profissionais, bem como uma diversidade de fatores ambientais e psicossociais que influenciam o nível de satisfação dos profissionais. O artigo reflete a necessidade de adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde da equipe, haja vista as peculiaridades de seu trabalho em que o sofrimento e a morte fazem parte da rotina diária dessas/es trabalhadoras/es, com reflexos na saúde mental destas/es profissionais.

Magagnini, Rocha e Ayres (2011), tem como objetivo, em seu estudo, compreender o significado dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico na perspectiva das/os profissionais de enfermagem, expostos à soropositividade para hepatite B e C e HIV/Aids. As/os profissionais atribuíram o significado aos acidentes, emergindo quatro categorias de análise: situação de risco; percepção de perigo; fatalidade e sentimentos. Evidenciou-se o fato de que a organização de trabalho e ações educativas têm impacto considerável para diminuir esse tipo de acidente, aplacando os prejuízos na vida dos acidentados. Nesse sentido, a pesquisa ressalta aspectos relevantes da organização do trabalho e suas condições, neste fazer laboral e que influenciam na saúde mental destas/es trabalhadoras/es, tal como estudado pela Psicodinâmica do Trabalho.

Ferreira (2011) mostra uma pesquisa de dissertação de mestrado, que enfatiza o papel da organização do trabalho hospitalar em vários determinantes que acarretam no desgaste psicofísico da/o trabalhador/a de enfermagem, mesmo com o discurso de que gostam da profissão e se sentem realizadas/os em cuidar de pessoas enfermas, especialmente, no cuidado de clientes adoecidas/os com o HIV/Aids. Destaca a Psicodinâmica do Trabalho enquanto uma ciência que possibilita analisar a configuração da organização laboral, a qual comprovadamente incide na dimensão subjetiva da/o trabalhadora/or, identificando o sofrimento psíquico, que pode potencializar o desenvolvimento do adoecimento, entre elas a Síndrome de Burnout. A autora verificou a existência de discrepâncias marcantes entre o trabalho prescrito e o real, o que acarretava sofrimento para a/o profissional de enfermagem. Constatou, ainda, o sofrimento psíquico resultante da vivência cotidiana do processo de morte/morrer do cliente com HIV/Aids, pela/o profissional de enfermagem. Sofrimento também determinado pela

precarização das relações e condições de trabalho. Nele, várias/os trabalhadoras/es apresentaram indícios significativos de *burnout*, onde a organização do trabalho se configurava como incoerente e incompatível com processo necessário de cuidar do cliente com HIV/Aids.

Ribeiro et al (2012) ilustra o quanto a busca incessante pela realização de diferentes atividades, provoca na mulher e no homem um aumento das cargas laborais, levando ao aparecimento de doenças físicas, psíquicas e emocionais. Assim, traz uma análise sobre as formas de adoecimento pelo trabalho da enfermagem, bem como as formas para o enfrentamento e prevenção ao adoecimento e possíveis acidentes de trabalho. Para isto, ancore-se em alguns conceitos relevantes da PDT.

Em Ferreira et al (2013) ilustra-se um estudo que objetivou identificar a percepção das/os trabalhadoras/es de enfermagem acerca das características do trabalho na unidade de doença infectocontagiosa e analisar sua potencialidade para o surgimento do sofrimento psíquico entre essas/es trabalhadoras/es. Os autores verificaram as discrepâncias entre o trabalho prescrito e o real, sendo que além de não haver material e pessoal em quantidade e qualidade adequadas, a estrutura física da unidade estudada não era apropriada para o cuidado de enfermagem. Com base na PDT, os autores ilustram a constatação de que a/o trabalhadora/or de enfermagem apresenta sofrimento psíquico devido à característica da organização laboral, ao processo de trabalho e à especificidade da clientela assistida.

De acordo com Santos (2013) é preciso algumas reflexões quanto ao advento da AIDS, sobre as diversas mudanças nas relações humanas, em especial com as/os profissionais de saúde, em função do contato diário com as/os pacientes, a sensação de impotência perante a morte e todo o desgaste físico e psicossocial pelo qual passam as/os doentes. Destaca a necessidade de um olhar voltado ao sofrimento existente no trabalho das/os profissionais de saúde que acompanham pacientes que vivem com HIV/aids, sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Mostra a existência de aspectos inerentes às atividades das/os profissionais de saúde, com extensas e desgastantes jornadas de trabalho, problemas administrativos, os problemas de comunicação com a equipe, a sobrecarga física e mental, a falta de funcionários, a falta de reconhecimento profissional, exposição a riscos físicos e químicos, conflitos no trabalho, a necessidade de conviver com a/o doente, as baixas remunerações salariais, as pressões sofridas, o contato diário com o sofrimento e adoecimento, a falta de envolvimento dos profissionais, a falta de medicamentos/ equipamentos e até inadaptabilidade ao trabalho, como fontes de sofrimento psíquico.

Ernesto (2013) contribui em sua pesquisa com a proposta de uma análise acerca das atividades da/o médica/o residente, além de delinear as condições e organização do trabalho,

identificando as fontes de prazer e sofrimento psíquico no trabalho. Avalia a ocorrências de possíveis problemas de saúde (doenças, acidentes, adoecimento), as estratégias defensivas de enfrentamento à realidade do trabalho, em algumas situações, no contato com pacientes de HIV/Aids. O estudo tem referência na Psicodinâmica do Trabalho, Ergonomia da Atividade e Clínica da Atividade. Conclui que as/os médicas/os residentes apontaram como fontes de sofrimento o sentimento de impotência diante da realidade do serviço público, como a deletéria falta de material e as condições de trabalho, a pressão e o excesso de trabalho. O prazer no real desse trabalho foi apontado pela satisfação pessoal em ajudar a/o paciente.

Ferreira e colaboradores (2014) apresentam no artigo o tema do sofrimento e o prazer das/os trabalhadoras/es de enfermagem decorrentes da assistência a clientes com HIV/AIDS em uma Unidade de Doença Infectocontagiosa. Nele, os autores constataram que o sofrimento psíquico advindo da vivência do processo de morte/morrer das/os pacientes, do estigma da doença, da discriminação às/aos pacientes e às/aos profissionais, além do medo que as/os profissionais têm da contaminação ocupacional. Acentua o prazer ligado ao sentimento de utilidade e ao reconhecimento das/dos pacientes acerca da qualidade do cuidado, enfatizando que a vivência do sofrimento apareceu de forma mais contundente que o sentimento de prazer. Recomenda a adoção de estratégias para minimizar o sofrimento psíquico destas/es profissionais: grupos de reflexão, terapias alternativas, ambiente laboral humanizado e capacitação permanente das/os profissionais.

Melo (2014), em sua tese de doutorado analisa as/os trabalhadoras/es da área da saúde no cotidiano laboral quanto à exposição a diversos riscos, tal como o biológico. Reflete acerca do agravo disso para a saúde mental das/os trabalhadoras/es, assim com as implicações pessoais e profissionais neste fazer laboral. Por tratar-se de biossegurança, destaca a atuação, muitas vezes voltada à atenção com pacientes de HIV/Aids, que requer cuidados adicionais no fazer laboral, para evitar possíveis acidentes de trabalho. Aponta, em suas discussões, a existência de grande sofrimento psíquico expresso por meio dos sentimentos de medo de contaminação para si e família, preocupação, desespero, desproteção, culpa, indignação, insegurança, introspecção, desamparo, incerteza, constrangimento, entre outros. Esse sofrimento repercutiu nas três esferas do convívio e inter-relação das trabalhadoras acidentadas. Por outro lado, destaca que experienciam o prazer pela solidariedade por parte de colegas de trabalho, paciente e profissional, durante o atendimento, por meio de gestos e relações que ajudam no enfrentamento das tensões que tal situação aflora na organização do trabalho no contexto estudado.

Barros (2015) desenvolveu sua tese com base no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, salientando a compreensão da construção da subjetividade como constituinte da

identidade e da saúde mental dos sujeitos adultos, tendo no trabalho um lugar central. O estudo evidencia os componentes da organização do trabalho, como favorecedores da produção da saúde, na construção e fortalecimento da identidade de sujeitos singulares e coletivos profissionais, a partir da compreensão de uma situação específica de trabalho. Ilustra seus resultados, como um de seus eixos temáticos, as experiências de sofrimento e prazer no trabalho. Evidencia a importância do julgamento de utilidade técnica e social emitido, sobretudo, por aquelas/es que compõem a base da linha hierárquica organizacional. Compreende a cooperação e o reconhecimento como aspectos importantes quando se trata da produção da saúde mental e da prevenção de situações de adoecimento no trabalho. Não enfatiza diretamente a atuação em HIV/Aids, mas nas nuances de sua análise, destaca aspectos relevantes para pensar o real deste trabalhar.

Zambenedetti e Silva (2016) propõem um artigo que discute as tensões que permeiam o processo da organização do trabalho quanto à descentralização do diagnóstico para HIV e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV-Aids para a atenção básica. Ressalta os problemas que tensionam o processo, com equipes incompletas e rotatividade de profissionais; desconfiança em relação ao instrumento utilizado na testagem; percepção de sobrecarga de trabalho e na comunicação diagnóstica. Revela que o processo de descentralização das atividades de trabalho envolve uma mobilização subjetiva da/o trabalhadora/or, apontando o que a PDT diz a respeito do investimento que a/o trabalhadora/or faz para (re) criar sua ação de trabalho, podendo transformar sensações de desconforto e sofrimento psíquico relacionados ao trabalho em situações prazerosas.

Sobrosa (2017) na tese de doutorado, busca compreender como o contexto de trabalho influencia na saúde mental no trabalho de técnicas/os de enfermagem em hospitais do Rio Grande de Sul, tratando dentre eles, da atuação profissional na realidade de atenção em HIV/Aids, apesar de não ser o ponto de interesse central na pesquisa. Revelou como fonte de sofrimento psíquico a sobrecarga no trabalho, com cobranças e ritmos excessivos, falta de reconhecimento das equipes e das instituições estudadas. Sugere a implementação de espaços de escuta para dar voz ativa às/aos trabalhadoras/es, tais como os espaços de discussão coletiva, conceito ancorado na Psicodinâmica do Trabalho.

Silva (2017), em sua dissertação de mestrado, analisa a relação entre o trabalho e a saúde das/os profissionais dos serviços de limpeza hospitalar, pautada nas conceituações teóricas da Psicodinâmica do Trabalho e da Ergonomia da Atividade. Não possui ênfase exclusiva à atenção em HIV/Aids, mas ressalta aspectos importantes, que recaem de forma mais acentuada, na organização de trabalho, mediante os riscos de biossegurança e estigmas associados a esta

atuação profissional específica. Destaca a questão dos riscos em seu ambiente de trabalho, tanto físicos, químicos e biológicos e suas consequências psicossociais, para esta/e trabalhadora/or. Ressalta a organização e condições de trabalho que despertam riscos de ordem psíquica, tais como ansiedade, estresse, alterações de sono e desgaste emocional. Em sua maioria, suas histórias de vida estão ligadas à baixa qualificação profissional. O sofrimento psíquico ligado a conflitos de hierarquia, o sentimento de invisibilidade e o preconceito em seu fazer laboral são elementos constantemente evidenciados pelas/os entrevistadas/os. O estudo aponta o reconhecimento vindo pelos elogios proferidos pelas/os usuárias/os dos serviços, de pacientes que enaltecem o sentimento de utilidade do seu trabalho, transformando sofrimento em prazer no trabalho.

Costacurta, Rodrigues e Risson (2018) apresentam um resumo expandido de um anuário de pesquisa e extensão, do curso de Psicologia, da Universidade do Oeste de Santa Catarina - Unoesc, campus de São Miguel do Oeste. Trazem uma relevante reflexão sobre a atividade desenvolvida por uma médica infectologista, em sua relação com o trabalho de atendimento à demanda de doenças infecciosas pelo SUS, com DSTs/ HIV/ AIDS. Destaca seu relato quanto ao prazer que sente no seu trabalho, por possibilitar-lhe uma troca de informações e contribuições entre as/os pacientes e usuárias/os, com um trabalho multidisciplinar que traz contribuições mútuas. A Psicodinâmica do Trabalho, desvela em sua prática, que um serviço só funciona quando trabalhadoras/es, por conta própria, usam de artimanhas (...), truques; quando se antecipam (...). Revela o sofrimento psíquico na sobrecarga de trabalho, sendo que os mecanismos de defesa atuam no real do trabalho, já que é a única Médica Infectologista da cidade, sempre procurando “dar um jeitinho” para atender todas/os que a demandam no serviço.

Aponta-se na análise realizada junto a estas pesquisas, aspectos que versam sobre os constructos teóricos da PDT, onde evidencia-se a mobilização subjetiva das/os trabalhadoras/es de saúde em seu fazer laboral, na atenção em HIV/Aids. Assim, Mendes e Duarte (2013) salientam ser um processo intersubjetivo que se caracteriza pelo engajamento de toda a subjetividade do trabalhador, assim como pelo espaço público de discussão sobre o trabalho. Tal mobilização subjetiva permite a transformação do sofrimento através do resgate do sentido dado ao trabalho.

Destarte, os estudos e produções científicas levantadas corroboram com a relevância e a necessidade de ampliação destas pesquisas, para a crescente construção do conhecimento necessário para instrumentalizar e potencializar a promoção da saúde mental das/dos trabalhadoras (es), nesse cuidar e atuação profissional junto às Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

## CAPÍTULO 4

### REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Pensar o manejo do HIV/Aids requer a produção de um cuidado integral, integrado e resolutivo, de forma que ocorra uma articulação permanente das práticas clínicas. Assim, que persista durante todo o processo de cuidado, garantindo a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos nas redes de atenção, considerando-se a assistência prestada por diferentes profissionais e organizações, no país. Dessa forma, requer do profissional de saúde o papel de informar aos usuários dos serviços sobre o que é o HIV/Aids, como tratar, quais as formas de transmissão e quais outros aspectos relacionados com qualidade de vida (alimentação, atividade física, autoestima) e relação social (família, amigos, relacionamentos).

De acordo com Magnabosco, Andrade, Brunello, Monroe e Villa (2018) esse cuidado deve pautar-se na prática diária das equipes e serviços de saúde, por meio das interações entre o usuário e os profissionais, bem como entre os próprios profissionais e entre os diferentes serviços de saúde. Destacam, como ponto de partida, que a composição de uma rede assistencial efetiva, para que seja acessível e coerente com as demandas assistenciais das PVHA, requer o reconhecimento da necessidade de uma integração efetiva das ações disponibilizadas, dentro de cada serviço de saúde especializado (integração horizontal) e nos diferentes pontos de atenção da rede assistencial (integração vertical).

Segundo o Ministério da Saúde (2016) no início da epidemia de Aids e nos anos seguintes, o modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids existiam basicamente nos serviços especializados, tais como: os Serviços de Atenção Especializada (SAE), mostrando-se o mais adequado e seguro. Com o avanço do cuidado às PVHA e com a simplificação do tratamento, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências.

Assim, no Programa de Tratamento às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde, a infecção, atualmente, é vista como semelhante a uma “condição crônica”, possibilitando seu controle por longos períodos. Constata-se que o referido programa levou o país ao reconhecimento mundial, pois “trouxe benefícios inequívocos para a redução da morbidade e mortalidade associada à Aids, melhorando a qualidade de vida das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA)”. (BRASIL, Protocolo, 2013 p.12).

Notadamente, nos últimos anos, o Ministério da Saúde informa que alguns municípios brasileiros têm se empenhado em melhorar a rede de serviços de atenção às PVHIV, com a

implantação de um novo modelo de atenção, onde as ações são estruturadas de acordo com a realidade local, envolvendo distintos níveis de atenção.

Nesse modelo de atenção, é importante destacar que os serviços especializados permanecem sendo fundamentais. No entanto, a linha de cuidado na rede de atenção em HIV/Aids envolve outros serviços de saúde, em especial a Atenção Básica, com o suporte dos Serviços Especializados de Atendimento. Ressalta-se ainda o papel importante dos serviços de Atenção Domiciliar de Tratamento (ADT) e as Equipes de Consultório na Rua, que dependendo da situação, são recomendados para integrar a rede de atenção existente, na localidade onde exista.

Diante da ampliação da Atenção Básica no Brasil, Melo, Maksud e Agostini (2018) constata que, internacionalmente, a atenção primária à saúde (APS) tem sido pensada a partir de alguns atributos importantes, como a acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, de uma abordagem ampliada e com olhar voltado à competência cultural. Afirma-se que esses atributos direcionam à APS o desafio de operar como base de ordenamento e porta de entrada preferencial das Redes de Atenção em Saúde (RAS) no SUS, com resolutividade elevada (sanitária e clínica), integrando os demais serviços destas RAS.

De acordo com estes autores, no Brasil, o SUS apresenta avanços e inovações que vão desde as áreas como imunização, saúde mental, HIV/Aids e transplantes, entre outras. No entanto, verifica-se uma implantação que se dá através de programas e políticas específicas e parciais, sem atingir o caráter sistêmico e integrado necessário. Informam que, em parte, esta realidade deve-se a problemas de subfinanciamento à gestão, que envolvem três os elementos federados autônomos (União, Estados e Municípios), à influência do setor privado de saúde, à profunda heterogeneidade regional do Brasil e ao contexto diversificado de implantação e funcionalidade do SUS. Atribui-se também o impacto ocasionado pelas disparidades socioeconômicas e regionais, expressas nas condições do sistema de saúde, constituindo-se um desafio complexo a uma administração descentralizada.

De tal modo, mais recentemente, surgiram novas diretrizes nacionais e experiências locais têm colocado a APS em posição de protagonismo no tema do HIV/Aids, estabelecendo seu papel em manter e ampliar ações de promoção, prevenção e diagnóstico, além de incorporar o acompanhamento de usuários com HIV. Estas políticas de HIV/Aids, até então, destacando o Brasil no cenário mundial, pelo seu componente assistencial desenvolvido primordialmente, nos serviços especializados de referência.

Nesse contexto, é possível afirmar que apesar das dificuldades existentes, a Atenção Básica mostra-se como favorecedora do vínculo terapêutico com a PVHA, na promoção de um

estilo de vida saudável, na avaliação de saúde do usuário e na melhor identificação dos fatores de risco para outras doenças crônico-degenerativas.

De acordo ainda com o Ministério da Saúde (2020) a Rede de Atenção às PVHA envolve os serviços de saúde em suas diferentes densidades técnicas, abrangendo a Atenção Básica, os Serviços de Atendimento Especializado (SAE) e Ambulatórios, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM).

Quanto ao manejo das IST/HIV/Aids, atuam na prevenção da transmissão vertical do HIV, na Rede de Diagnóstico de HIV através da realização dos testes rápidos (incluindo municípios que fazem Terapia Antiretroviral - TARV); Rede de Laboratórios de CD4 - Carga Viral e Genotipagem, assim como na Rede de Serviços de Tratamento da Lipoatrofia e Lipodistrofia.

De tal modo, a Portaria Conjunta Nº 1, de 16 de Janeiro de 2013 altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento no país.

#### **4.1. Os Serviços da Rede de Atenção em Saúde em HIV/Aids no Pará**

Independentemente da localidade e peculiaridades regionais, acolher as PVHA significa incluí-las no serviço de saúde, considerando suas expectativas e necessidades. A experiência em lidar com pessoas vivendo com outras doenças crônicas confere à equipe da Atenção Básica um saber-fazer que pode ser ampliado para o cuidado às PVHA. Cabe ressaltar que estas já são atendidas nos serviços da Atenção Básica por outros motivos, os quais não estão relacionados diretamente à infecção pelo HIV.

É importante, contudo, observar que esses serviços buscam atender às necessidades individuais e coletivas em relação à infecção pelo HIV, em uma perspectiva de cuidado integral. Assim, direcionam a atenção de modo compartilhado com a própria pessoa, no alcance de respostas e soluções a partir das competências atribuídas às equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos consultórios na rua, dos SAE, de instituições de outros setores, governamentais e não governamentais.

Pensando esta realidade no Estado do Pará, conforme dados do Ministério da Saúde (2020), nas mais diversas localidades, os serviços da Rede de Atenção em Saúde às PVHA abrangem a existência de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em diferentes

municípios (Abaetetuba, Alenquer, Altamira, Ananindeua, Anapu, Barcarena, Belém, Soure, Benevides, Bragança, Cachoeira do Piriá, Cametá, Canaã dos Carajás, Capanema, Castanhal, Conceição do Araguaia, Curionópolis, Floresta do Araguaia, Itaituba, Jacareacanga, Juruti, Marabá, Maracanã, Marituba, Novo Progresso, Óbidos, Oriximiná, Paragominas, Parauapebas, Ponta de Pedras, Portel, Porto de Moz, Redenção, Salinas, Salvaterra, Santa Luzia do Pará, Santana do Araguaia, Santarém, São Félix do Xingu, São Miguel do Guamá, Tracuateua, Trairão, Tucumã e Tucuruí).

Conta com um Centro de Diagnóstico para o HIV, um Laboratório Central (LACEN/PA), o Fórum de ONG/Aids do Pará, como referência em Profilaxia Pré-exposição (PrEP), assim como o CTA/SAE – Belém (Casa Dia) e a UREDIPE (Belém).

Dentre os Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) possui o Centro de Referência em DST/Aids de Ananindeua, a Casa Dia (Belém), a Unidade de Referência em Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias - UREDIPE (Belém), o CTA/SAE de Parauapebas, o Centro Municipal de Saúde Antônia Pinheiro Cavalcante (Redenção), o Centro de Referência do Cidadão CTA/SAE (Santarém), o Hospital Universitário João de Barros Barreto (Belém) e Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente – UREMIA (Belém).

Todos estes serviços, integrando a Rede de Atenção em Saúde em HIV/Aids, da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), sendo que em Belém estão inseridos também na Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA).

#### **4.2. O Hospital Universitário de Referência em HIV/Aids**

O Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará é formado por duas unidades hospitalares – Hospital Universitário João de Barros Barreto (UHJBB) e Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS). Desde 2015, o Complexo integra a Rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública que atualmente administra 40 hospitais universitários, em todo o país.

Na figura abaixo, tem-se a imagem da parte externa do HJBB, referência fundamental na RAS no atendimento às PVHA que precisam de internação e tratamento, mediante quadro clínico apresentado, no acesso e internação ao hospital.

**Figura 1 - Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB**



Fonte: Site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH (2020)

O HUIBB é uma instituição de assistência, ensino e pesquisa que presta serviços à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Área de Assistência, oferece consultas e internação em diversas especialidades, como: Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia. O Hospital dispõe também de um Centro de Diagnósticos, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de função respiratória, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional. Além disso possui ainda uma exclusiva Unidade de Diagnóstico de Meningite e está sendo credenciado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica e Radioterapia, que vão funcionar em um ambulatório em prédio anexo ao hospital.

A missão do Hospital Universitário João de Barros Barreto consiste em prestar assistência à saúde da população, por meio do SUS, assim como atuar na área de Ensino e Pesquisa, na geração, promoção e sistematização de conhecimentos. É referência regional em Pneumologia, Infectologia e Endocrinologia e Diabetes, e Referência Nacional em AIDS.

De acordo com dados disponibilizados na página eletrônica (site) da EBSEH (2017), o hospital é uma instituição de assistência, ensino e pesquisa ligada a Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviços gratuitos à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Até, então, conta com 26.420 metros quadrados de área construída, pelo menos 300 leitos, cerca de 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Dessa forma, o HUIBB é referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, HIV/Aids, diagnóstico e tratamento da fibrose cística, dermatologia, meningite, além de ser referência secundária e terciária no tratamento da tuberculose.

Na área de assistência, abrange os serviços de consultas e internação em distintas especialidades, tais como: Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral/ Vascular/ Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Urologia.

Dispõe de um Centro de Diagnósticos, para realização de exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional.

Possui, ainda, uma exclusiva Unidade de Diagnóstico de Meningite, assim como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica.

Destaca-se que o HUIBB, assim como todo o Complexo Hospitalar, está em fase de consolidação do modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com o objetivo de prosseguir o processo de recuperação dos hospitais universitários federais.

Nas imagens a seguir, verifica-se o corredor da Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), onde estão presentes a Divisão Médica, Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão de Enfermagem, respectivamente.

**Figuras 2 e 3 - Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias - UDIP/ HUIBB**



Fonte: Registro de imagens própria autora (2020)

Nesta unidade, tratam-se os pacientes com doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários, que correspondem a um grupo de doenças tropicais endêmicas que afetam principalmente populações de baixa renda, tais como: Tuberculose, Aids, Leishmaniose, Doença de Chagas, Dengue, Malária e outras. Tais doenças, quando negligenciadas, incapacitam e matam todos os anos, milhares de pessoas. Assim, atende usuários desse grupo de doenças, tendo papel fundamental no tratamento e recuperação de pacientes, muitas vezes em estados graves, tal como os que chegam em condições debilitadas, diante do avanço do quadro clínico de HIV/Aids.

As demandas existentes são diversas e intensas, requerendo das trabalhadoras/es de saúde muita dedicação, uma prática que associe a qualificação técnica necessária e o exercício de uma prática humanizada, possibilitando um suporte adequado na recuperação do paciente, orientação quanto à adesão ao tratamento, assim como atenção aos familiares e acompanhantes, na compreensão da doença e necessidade de apoio. Assim, afirma-se:

“O aumento de demandas que exige um fazer mais reflexivo não deve anular os ganhos em capacidade de intervenção humana diante do desenvolvimento científico-tecnológico do trabalho em saúde, devendo ser identificados ganhos à tendência mais ampla de humanização das práticas em saúde”. (GOMES, 2017 p. 263)

Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, os serviços de saúde em geral e hospitais de referência, como o HUIBB, devem pautar suas ações em suas três perspectivas fundamentais: valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde (usuários, trabalhadoras/es e gestores); fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos; e aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos.

## CAPÍTULO 5

### PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A abordagem metodológica é de cunho exploratório e de pesquisa qualitativa, onde investigou-se a relação dos sujeitos do estudo com a organização do trabalho ao qual estão inseridos, com destaque para a mobilização subjetiva destes quanto aos aspectos de saúde mental, baseado na fundamentação teórica da Psicodinâmica do Trabalho.

Para melhor compreensão da abordagem adotada, segundo os autores Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica e, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Nesse sentido, esta abordagem possui um olhar diferenciado para o seu objeto de pesquisa, onde não há o interesse em classificar os aspectos avaliados para defini-los em amostras com padrões definidos e resultados esperados. Assim, pode-se afirmar que:

“Os pesquisadores que a utilizam contestam a existência de um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais possuem uma especificidade, algo que lhe é inerente e distinto das demais. Os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos, nem permitir que seu preconceito e crenças contaminem a pesquisa”. (GOLDENBERG, 1997, p. 34)

Conforme Heloani e Lancman (2004), na pesquisa qualitativa o objetivo de estudo é tratado numa compreensão singular de eventos, como representação particular da realidade. Tem o intuito de estudar profundamente uma organização (independente de qual seja), um grupo de pessoas, uma família ou até mesmo uma única pessoa.

Estes autores consideram a opção pela abordagem qualitativa mais adequada, já que procura compreender o fenômeno apresentado como objeto de estudo descortinando os sentidos e significados utilizados pelas pessoas. Ressalta-se, então, um olhar e um observar que prioriza a qualidade e singularidade das informações identificadas, independentemente da quantidade destacada em possíveis amostras de participantes da pesquisa, como em outras abordagens metodológicas existentes. Assim, é nesta perspectiva que se pretende desenvolver o estudo da temática aqui mencionada.

Para o percurso metodológico proposto, tem-se por base as análises qualitativas em pesquisa psicológica. É importante ressaltar o que Gonzales (2005) entende por análise da

subjetividade, onde ele coloca ser um termo reservado aos processos que caracterizam o mundo interno do sujeito, sem que esse mundo interno, em sua condição subjetiva, tenha sido claramente elaborado teoricamente. Para este autor, a subjetividade constitui um sistema processual, plurideterminado, contraditório, em constante desenvolvimento, sensível à qualidade de seus momentos atuais. Nesta, o pesquisador é um sujeito ativo, criativo, que constrói todo o tempo as experiências que enfrenta no processo de pesquisa, sendo ele próprio o instrumento para a construção conjunta do conhecimento pretendido.

### **5.1. Etapas Iniciais e Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi proposto para realização no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), mais especificamente na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, com as/os trabalhadoras/es em atuação direta com as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). Assim, foram realizadas visitas informais ao Hospital, para conhecimento e maior aproximação com o campo de estudo, da mesma forma, foi estabelecido o contato pessoal com o Coordenador do Setor mencionado, para confirmação da viabilidade de realização do estudo, com o público-alvo de participantes.

A qualificação e aprovação do projeto de dissertação ocorreu em junho de 2019, junto à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal do Pará (UFPA). Posteriormente, foram providenciados os documentos necessários para formalização da pesquisa, onde se obteve a assinatura do Termo de Anuência da Instituição (TAI), através da Gerência de Ensino e Pesquisa do HUJBB, importante na obtenção de autorização desta.

Dessa forma, o projeto de pesquisa foi cadastrado no site oficial da Plataforma Brasil, no qual foi submetido para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e, simultaneamente, direcionado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas do HUJBB.

A presente pesquisa atende aos requisitos exigidos, em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 510/2016 do Ministério da Saúde, que define pesquisa com seres humanos como aquela que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações e materiais.

Destarte, o projeto foi aprovado pelos respectivos comitês de ética mencionados, tendo os pareceres consubstanciados assinados em fevereiro de 2020. De acordo com o cronograma

estabelecido, a pesquisa seria iniciada com a realização das entrevistas após esta aprovação, que ocorreria no mês de março deste ano.

No entanto, diante da nova realidade, com a ocorrência da pandemia da Corona vírus no mundo e, em nosso país, houve a necessidade de isolamento social, como medida governamental, em prevenção ao contágio da doença, pela população e mudanças imediatas quanto aos procedimentos de atendimento nos hospitais e unidades de saúde, mais diretamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, no período de março a julho de 2020, o HUIBB tornou-se referência no atendimento e internação pela Covid-19, não sendo possível a realização das entrevistas, conforme planejamento prévio e cronograma proposto inicialmente, na pesquisa. Foram necessários ajustes quanto à adoção do método de amostragem para a coleta de dados e informações, onde adotou-se o método “Bola de Neve”, com uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, sendo útil para estudar determinados grupos, difíceis de serem acessados. Acerca desse método, pode-se afirmar que:

“A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise” (VINUTO, 2014, p. 203).

Antes de iniciar a etapa de realização das entrevistas, em respeito às garantias éticas e de sigilo das informações, foi encaminhado por meio de correio eletrônico (e-mail) para leitura e assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada uma/um das/os trabalhadoras/es, indicadas para a participação na referida pesquisa. Em contato telefônico, foram explanados os objetivos da proposta de estudo, para que pudessem confirmar o interesse e significação da temática para os mesmos. Diante do aceite espontâneo e envio do TCLE assinado, as participantes ficaram com uma cópia digital deste documento.

## **5.2. As/os Participantes da Pesquisa**

Os participantes são trabalhadoras/es de saúde que atuam em equipes multiprofissionais, lotadas/os na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, que atuam diretamente na atenção aos pacientes com diagnóstico de HIV/Aids, em processo de internação, no referido hospital.

Participaram da pesquisa as/os trabalhadoras/es de saúde, conforme quadro a seguir:

**Tabela 3 – Categorias Profissionais Participantes**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>
Auxiliar de Enfermagem	01
Técnica/o de Enfermagem	01
Enfermeira/o	02
Médica/o	01
Psicóloga/o	01
Médica/o Residente	02
<b>Total:</b>	<b>08</b>

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Os critérios de inclusão foram definidos para as/os trabalhadoras/es que compusessem a equipe multidisciplinar da Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, tais como Médicos Clínicos, Médicos Infectologistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Técnicos Administrativos e outros. Por profissionais vinculados ao HUIBB, tanto por meio de Contrato Celetista de Trabalho e/ou Concurso Público, quanto através da realização de Residência Multiprofissional, no referido setor designado para a pesquisa. Também dispor do tempo mínimo de 01 ano de vivência neste setor, na atenção e assistência às PVHA.

Quanto aos critérios de exclusão, as/os trabalhadoras/es que estavam atuando durante a realização da pesquisa apenas em caráter de substituição, através do sistema de escala de horário e que não apresentavam vivência de atuação direta na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, com pacientes de HIV/Aids. Da mesma forma, trabalhadoras/es que encontravam-se de férias ou afastados por motivo de acidentes de trabalho ou adoecimento. No caso das/os trabalhadoras/es da Residência, foram excluídos aqueles que estavam transferidos ou atuando em outra instituição hospitalar ou de saúde.

No momento do início da realização das entrevistas, antes de abordar as questões norteadoras do presente estudo, foram solicitadas algumas informações pessoais das/os participantes, que permitiram ilustrar o perfil/ caracterização destas/es trabalhadoras/es.

Em relação à amostra de 08 participantes, destaca-se que 06 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino, estando na faixa etária entre 28 e 65 anos. O tempo de trabalho no hospital, assim como na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (atuando com PVHA) variou entre 01 ano e 06 meses a 25 anos.

É interessante mencionar que todos as/os participantes declararam não possuir outro vínculo de trabalho, já que para algumas/uns não haveria esta necessidade e para outras/os a atuação no hospital lhes impõe uma elevada responsabilidade, com uma demanda de assistência que exige muita dedicação, face às atividades da jornada diária de trabalho.

Assim, destacam-se algumas informações do perfil das/os participantes, no quadro ilustrativo a seguir:

**Tabela 4 – Perfil das/os Trabalhadoras/es Participantes**

<b>Características</b>	<b>Nº Trabalhadoras/es</b>
<b>Faixa Etária</b>	
28 a 38 anos	04
39 a 49 anos	02
50 a 60 anos	01
61 a 65 anos	01
<b>Estado Civil</b>	
Solteira/o	02
Casada/o	04
União Estável	02
<b>Quantos Filhos</b>	
Sem filhas/os	02
01 filha/o	02
02 filhas/os	02
03 filhas/os	01
04 filhas/os	01
<b>Formação Escolar/ Acadêmica</b>	
Ensino Médio Técnico	02
Ensino Superior	04
Especialização	01
Mestrado	01
Doutorado	-
<b>Tempo de Trabalho no Hospital</b>	
Até 05 anos	06
06 a 11 anos	-
12 a 17 anos	-
18 a 25 anos	02
<b>Tipo de Vínculo</b>	
Concursado UFPA	02
Concursado EBSEH	04
Residência Multiprofissional	02
<b>Outro Emprego/ Atividade de Trabalho</b>	
Sim	-
Não	08

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

### 5.3. Procedimento de Coleta das Informações

Mediante à impossibilidade de realização da coleta de informações, por meio de entrevistas presenciais com as/os trabalhadoras/es voluntárias indicadas, já que os protocolos de biossegurança devido à pandemia da Covid-19 (SARS-CoV-2 – Causador da pandemia de Sars/ Síndrome Respiratória Aguda Grave), em que a OMS (Organização Mundial de Saúde) determina a necessidade de distanciamento social para o controle da doença. Assim, as entrevistas foram realizadas nos meses de maio a julho por mediação tecnológica virtual (vídeo-chamada, pelo aplicativo de celular denominado “Whatsapp” e através de ligação telefônica via celular. No mês de agosto, diante da dificuldade de continuidade de realização das entrevistas pelos meios mencionados e o fato do HUIBB deixar de ser referência no atendimento à Covid-19, optou-se pela realização das duas últimas entrevistas, de forma presencial, respeitando todas as medidas de biossegurança necessárias, no acesso ao hospital e contato com as/os trabalhadoras/res indicadas/os, mediante aceite voluntário para participar da pesquisa, conforme orientações no TCLE.

No que se refere ao instrumento de análise adotado, este consistiu na utilização de entrevista semiestruturada. Através desta, foi possível apreender acerca dos aspectos relacionados à organização do trabalho e as possíveis vivências na atuação dos profissionais de saúde em HIV/Aids, na referida instituição hospitalar.

Foram adotadas as técnicas de entrevistas individuais para a coleta das informações da pesquisa, uma vez que não seria possível realizar entrevistas coletivas (em grupos) diante da realidade pandêmica existente. As falas foram gravadas através de um aplicativo de celular denominado “AZ Screen Recorder”, para posterior transcrição e análise dos conteúdos temáticos identificados, mediante autorização prévia dos profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa. Para as duas últimas entrevistas, realizadas de forma presencial, utilizou-se o gravador de voz, do aparelho de celular da própria pesquisadora. Com a utilização destes recursos tecnológicos de gravação, possibilitou-se o registro para transcrição integral das falas das/os participantes da pesquisa e posterior análise das informações obtidas.

É importante, antes de mais nada, ressaltar os desafios impostos à realização de pesquisas científicas diante de uma pandemia, como a que está sendo vivenciada. Impõe-se a necessidade de um reinventar-se no desenvolvimento do saber científico, que requer criatividade e sensibilidade na adoção de novos métodos e técnicas, sem que se perca a interação fundamental entre pesquisador/a e pesquisado/a, preservando-se a abordagem qualitativa na apreensão das falas, percepções e sentimentos experimentados pelos sujeitos.

Assim, ficam as reflexões e aprendizados diante da nova realidade:

“Para os pesquisadores da área da psicologia, colocamos o seguinte desafio: como fazer pesquisa científica em tempos tão difíceis? Principalmente, em tempos de cortes de verbas, crise econômica e necessidade crescente de criar respostas às novas demandas da sociedade, nas mais diversas áreas? Talvez a crise da COVID-19 tenha exacerbado os desafios que já conhecemos à pesquisa científica no Brasil, de um modo geral, e à universidade pública de forma específica. O momento parece exigir uma reflexão por parte de nós, pesquisadores, sobre o nosso papel como cientistas e sobre a nossa responsabilidade social com a comunidade brasileira” (SEI; LUCIO, 2020, p. 2).

#### 5.4. Procedimento de Análise das Informações

Para a análise dos dados qualitativos por meio das entrevistas, foi utilizada a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS), que é uma técnica adaptada a partir da técnica de análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (1977), que consiste no desmembramento do texto em unidades, em núcleos de sentido formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressalentes do discurso. É uma técnica de análise de textos produzidos pela comunicação oral e/ou escrita. É aplicada por meio de procedimentos sistemáticos, que envolvem definição de critérios para análise. Tem a finalidade de agrupar o conteúdo latente e manifesto nos sujeitos de maneira escrita, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido, em definições de maior suporte às interpretações (MENDES, 2007).

A partir do percurso metodológico realizado, Dejours (1993) afirma que o processo de investigação em saúde mental no trabalho nos traz o conceito de que a Psicodinâmica do Trabalho é antes de tudo uma clínica. Ela se desdobra sobre um trabalho de campo, radicalmente diferente do lugar da cura. Assim, afirmar que ela é uma clínica implica que a fonte de inspiração é o trabalho de campo, e que toda teoria advém deste campo.

Diante da análise das informações obtidas nas entrevistas realizadas, com fundamentação nos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho, definiu-se os seguintes núcleos de sentido e seus respectivos temas:

**Quadro 3 – Os Núcleos de Sentidos e Temáticas**

Núcleos de Sentido	Temáticas
<b>Organização do Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Hierarquia e Divisão do Trabalho</li> <li>• Os Vínculos de Trabalho na Organização</li> <li>• As/os Trabalhadores Residentes</li> </ul>

<b>Condições de Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Jornada de Trabalho</li> <li>• Biossegurança, Estigmas e Medos no Trabalho em HIV/Aids</li> <li>• A Estrutura Física do Ambiente Laboral</li> <li>• Os Equipamentos, Insumos e Medicamentos</li> <li>• Condições de Limpeza no Trabalho</li> </ul>
<b>Mobilização Subjetiva e Sofrimento Psíquico no Trabalho em HIV/Aids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Mobilização Subjetiva no Cuidar em HIV/Aids</li> <li>• Sofrimento Psíquico no Trabalhar em HIV/Aids</li> <li>• O Sofrimento Criativo</li> <li>• O Sofrimento Ético</li> </ul>
<b>Os Mecanismos e Estratégias de Defesa no Trabalho em HIV/Aids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os Mecanismos Individuais de Defesa</li> <li>• As Estratégias Coletivas de Defesa</li> </ul>
<b>O Prazer e Reconhecimento no Trabalho em HIV/Aids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Prazer em Trabalhar em HIV/Aids</li> <li>• O Reconhecimento no Trabalho na Atenção em HIV/Aids</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

## CAPÍTULO 6

### O TRABALHAR EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM HIV/AIDS

A partir deste capítulo são apresentadas as análises das entrevistas realizadas, de acordo com os núcleos temáticos identificados e a fundamentação teórica, baseada no referencial da Psicodinâmica do Trabalho.

Dessa forma, destaca-se no presente capítulo os eixos que abrangem os aspectos ligados à Organização do Trabalho, com a divisão do trabalho, hierarquias e suas prescrições (normas, procedimento e regras previamente definidas) e às Condições de Trabalho, no tocante à estrutura física do local de trabalho, dos equipamentos e insumos disponíveis, aos riscos ocupacionais existentes e as possíveis consequências destas para a saúde destas/es trabalhadoras/es, neste fazer laboral. Posteriormente, no capítulo sete será tratado o eixo temático voltado à mobilização subjetiva e o sofrimento no trabalho e suas análises. No capítulo oito será abordado o eixo temático referente aos mecanismos e estratégias de defesa no trabalho, analisando os aspectos presentes nas entrevistas. Em consequente, no capítulo nove será discutido o eixo que abrange o prazer e reconhecimento no trabalho, tal como são apresentadas as falas das/os entrevistados. Por último, tem-se as considerações finais acerca dos aspectos analisados no desenvolvimento da presente pesquisa realizada.

Nestes capítulos, serão incluídas as falas das/os trabalhadoras/es de saúde entrevistados, destacadas em itálico e identificadas pela abreviatura de sua categoria profissional e numeração, onde houver mais de um entrevistado. São elas: - Médica/o (MED); - Médica/a Residente (MED RES1/ MED RES2); - Enfermeira/o (ENF1/ ENF2); - Psicóloga/o (PSI); - Técnica/o de Enfermagem (TEC ENF) e Auxiliar de Enfermagem (AUX ENF).

#### 6.1. A Organização do Trabalho

Dejours e Abdoucheli (1994) conceituam a organização do trabalho como o resultado de combinações entre a organização e os trabalhadores para o estabelecimento das regras e normas, entre os níveis hierárquicos para negociação e implementação dessas normas e de outras que possam surgir, mediante a um processo de evolução em função das pessoas, do grupo, do tempo e da experiência. Traduz-se em modos operatórios cognitivos, procedimentos e instrumentos que os trabalhadores utilizam para que sua produtividade seja compatível com as atividades prescritas.

Segundo Dejours (2008), na Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho institui a divisão das tarefas e dos homens no mundo trabalho, estabelecendo o prescrito e os meios de controle (com os procedimentos, fiscalização, hierarquia e outros). Afirma que estas prescrições são expressas pela divisão do trabalho, pelas normas, o tempo e controle exigido para o desempenho da tarefa, sendo esta prescrição, muitas vezes, não correspondente ao trabalho real. Diz ainda que a divisão organiza o indivíduo de forma subjetiva, através de suas vivências de prazer e sofrimento, mediante seu engajamento afetivo e emocional com a realização do trabalho.

Desse modo, serão discutidos nesse eixo temático os aspectos relacionados à organização, divisão e execução das atividades, assim como a divisão das/os trabalhadoras/es, em relações de hierarquia, de comando e entre os pares. Nesse sentido, estabelecerá uma análise acerca do trabalho prescrito no fazer hospitalar, em HIV/Aids em face ao trabalho real, da forma como o trabalho acontece.

#### **6.1.1. A Hierarquia e Divisão do Trabalho**

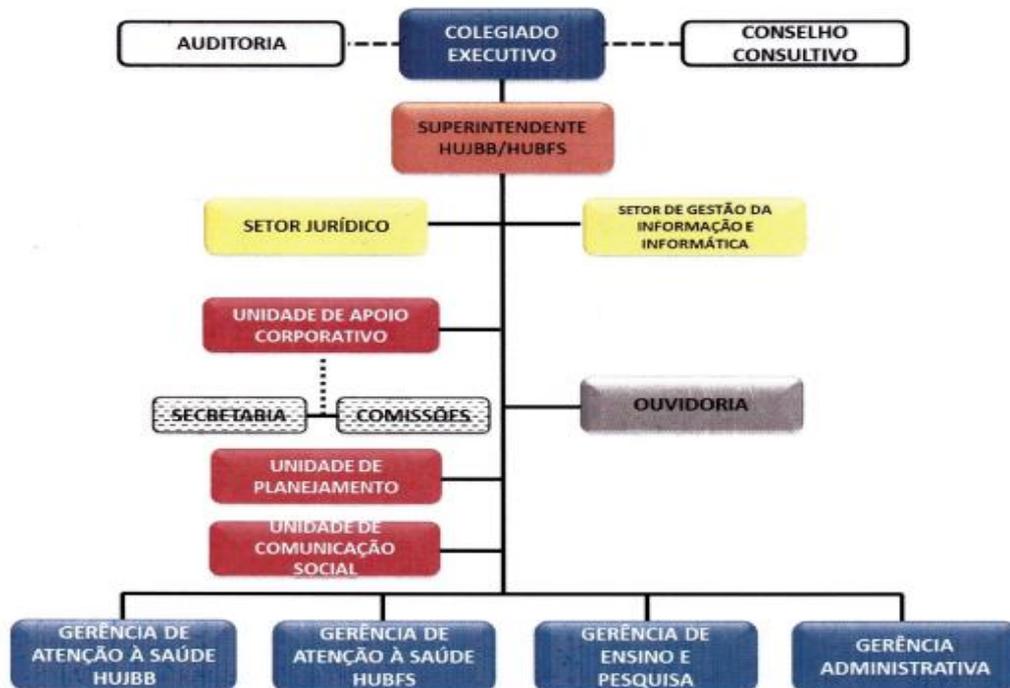
Nesse estudo, define-se como hierarquia de trabalho a ordenada distribuição dos poderes e de subordinação sucessiva de uns em relação aos outros, no local de trabalho em análise. A divisão do trabalho advinda da divisão hierárquica, assim como das atribuições e responsabilidades de cada trabalhadora/or, em seu fazer laboral.

Para isso, destacam-se os organogramas principais, que estabelecem essa hierarquia e divisão do trabalho, dentro da referida organização hospitalar. Primeiramente, será evidenciado o organograma do Colegiado Executivo do Complexo Hospitalar HUIBB/ HUBFS, gerenciado pela EBSEH, conforme explicações mencionadas anteriormente. Em seguida, mostrar-se-á o organograma da Gerência de Atenção à Saúde do HUIBB e, por fim, o organograma da Gerência Administrativa do hospital.

A partir disso, será possível dimensionar as posições hierárquicas entre as/os trabalhadoras/es, conforme os setores existentes na referida organização do trabalho, assim como visualizar a posição existente entre os pares, nas suas relações para a realização do trabalho.

Para conhecimento, acompanhamento proposto e melhor compreensão diante da divisão de setores e postos de trabalho apresentados no ambiente laboral avaliado, ilustra-se a seguir os organogramas mencionados.

**Figura 4 - Organograma do Colegiado Executivo Complexo Hospitalar HUIBB/HUBFS**



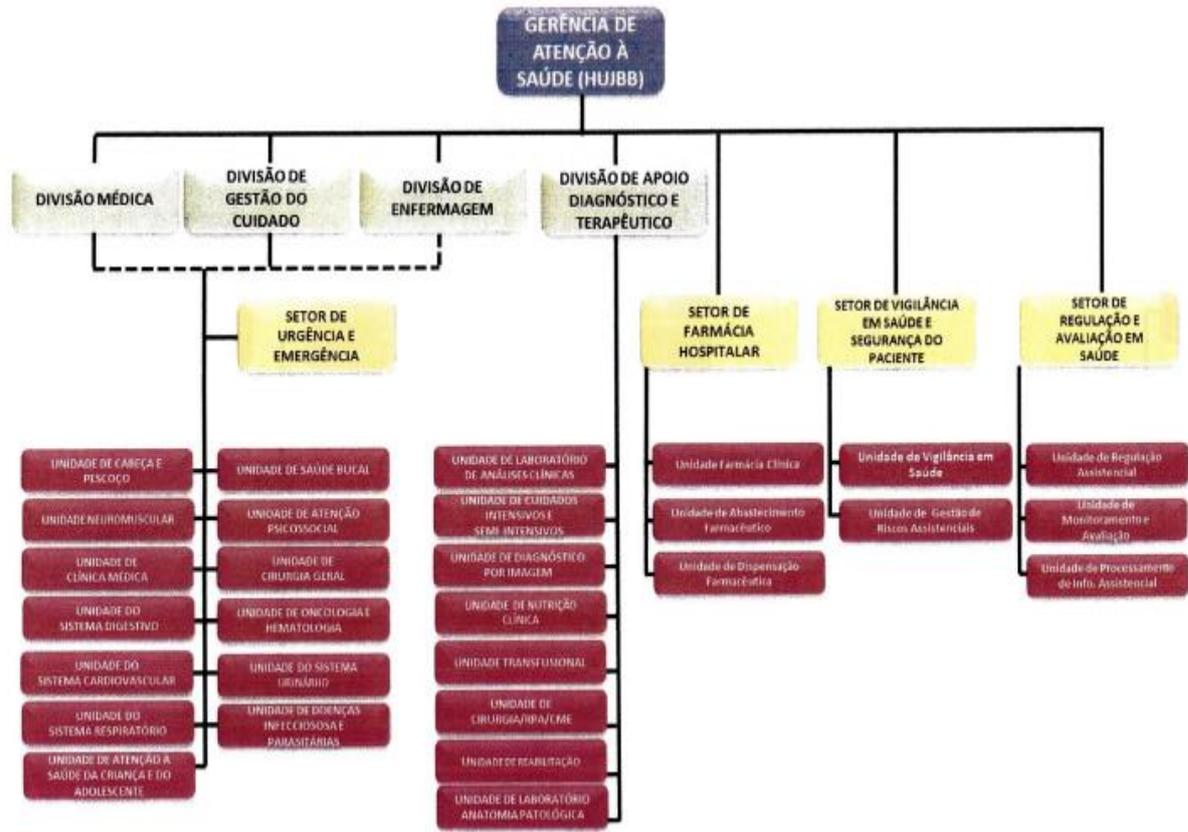
Fonte: Site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH (2020)

Na Figura 4, tem-se o Organograma do Colegiado Executivo do Complexo Hospitalar dos dois hospitais vinculados à Universidade Federal do Pará e administrados pela EBSERH, onde é possível observar a estrutura organizacional, com sua hierarquia superior, formada pelo Colegiado Executivo, interligado à Auditoria e o Conselho Consultivo.

No que refere-se ao Colegiado identificado, reporta-se a/o Superintendente, na/o qual os demais setores reportam-se a este. Verifica-se que os dois hospitais apresentam setor em comum, tais como o Setor Jurídico, Setor de Gestão da Informação e Informática, Unidade de Apoio Corporativo, Ouvidoria, Unidade de Planejamento, Unidade de Comunicação Social, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência Administrativa. No entanto, diferenciam-se quanto à Gerência de Atenção à Saúde.

Dessa forma, observa-se que o trabalho prescrito em sua estrutura hierárquica e da divisão de tarefas ocorre de forma correlata, na maior parte do Complexo Hospitalar, ficando somente algumas atividades em gerências distintas, que ainda assim, seguem diretrizes corporativas, de acordo com as determinações da empresa pública que os administra, a EBSERH.

**Figura 5 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde HUIBB**



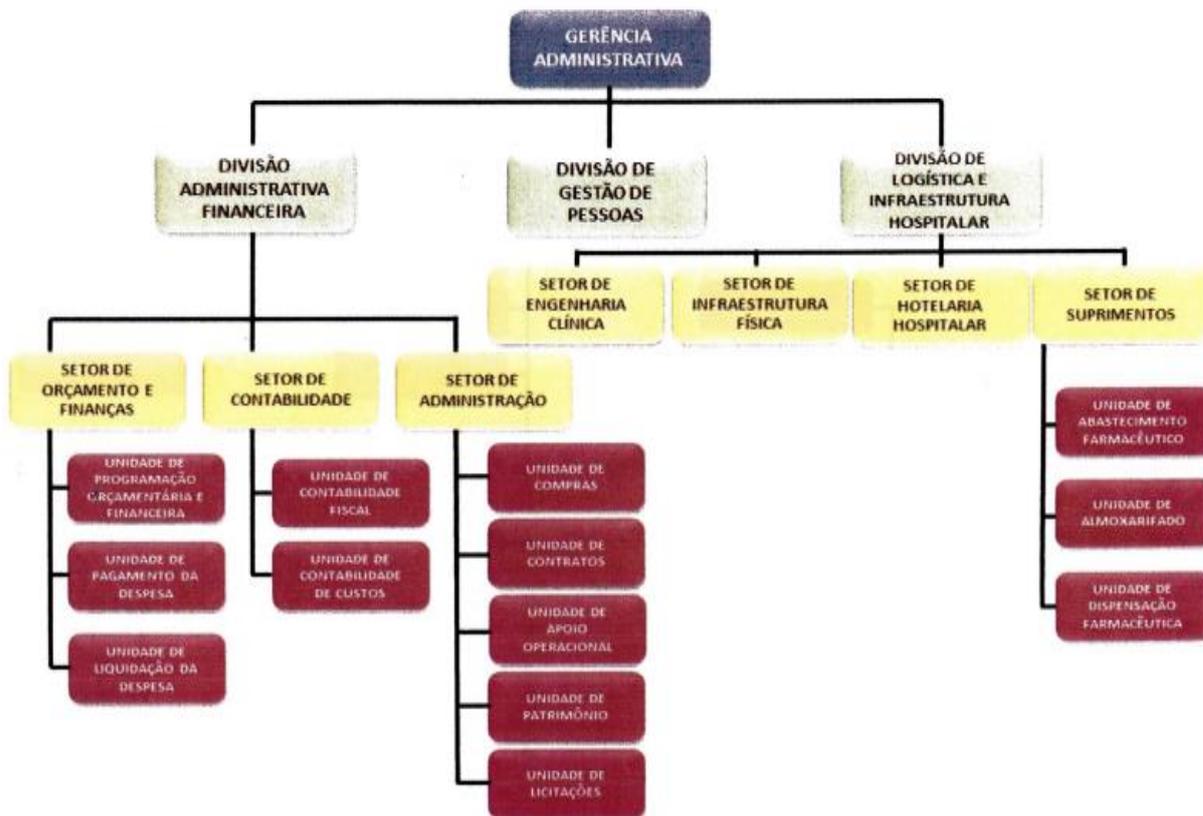
Fonte: Site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH (2020)

Na Figura 5, apresenta-se o Organograma da Gerência de Atenção à Saúde do HUIBB, onde há uma gerência responsável pela Divisão Médica, Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão de Enfermagem e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Também reporta-se diretamente a este gerência, o Setor de Farmácia Hospitalar, Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. O Setor de Urgência e Emergência, encontrando-se em interface com as Divisões Médica, do Cuidado e de Enfermagem.

Assim, dentre as Unidades existentes nessa Gerência, a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias encontra-se ligada a estas três Divisões e junto ao Setor de Urgência e Emergência do Hospital. Esta Unidade, através de suas/seus profissionais de saúde, assiste aos pacientes com diagnóstico de HIV/Aids, nos quais as/os trabalhadoras/es constituem-se o público-alvo, de interesse e atenção quanto ao objeto de estudo, da presente pesquisa.

Nesse sentido, direcionou-se a um olhar ligado para a realidade de trabalho, desta Unidade, especificamente, conforme estudo proposto.

**Figura 6 - Organograma da Gerência Administrativa HUIBB**



Fonte: Site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH (2020)

Na Figura 6, destaca-se a Gerência Administrativa do Complexo Hospitalar HUIBB/HUBFS, de onde partem as decisões de gestão e prescrições de trabalho, de acordo com as suas divisões. São elas: Divisão Administrativa Financeira, Divisão de Gestão de Pessoas e Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar. Dessa forma, tem-se na Divisão Administrativa Financeira, o Setor de Orçamento e Finanças, Setor de Contabilidade e Setor de Administração. Na Divisão de Gestão de Pessoas ficam as atividades ligadas à área de Recursos Humanos, como a de controle do dimensionamento da necessidade de pessoal, gestão de cargos e salários, controle de benefícios e administração de folha de pagamento, entre outras. Já na Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar ficam o Setor de Engenharia Clínica, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Hotelaria Hospitalar e Setor de Suprimentos, responsável por toda a infraestrutura e cadeia logística de aquisição e manutenção de equipamentos, produtos, insumos, materiais diversos e medicamentos que abastecem o referido Complexo Hospitalar.

No contexto das relações hierárquicas estabelecidas e da divisão do trabalho, deve-se salientar que na análise dos relatos das/os participantes da pesquisa, tal indagação foi falada explicitando o papel de influência da organização do trabalho, em questões que envolvem o

trabalho prescrito, com as normas da instituição e formas de gestão. Tais aspectos elucidados em atividades citadas como de cunho mais administrativo.

*Nunca tive problemas de relacionamento com os outros profissionais, tenho uma interação boa com os enfermeiros, a equipe médica, como os de Fisioterapia, de Nutrição, de Terapia Ocupacional (...) Então não tenho o que falar deles. Claro que, às vezes, a gente tem um estresse administrativo grande, de conflitos (...) Sendo mais com os subordinados, mas vejo que é pela organização mesmo do trabalho, das normas da instituição. Mas nada que gere um atrito, sabe? Seria mais essa questão de aceitar a hierarquia, isso gera um pouquinho de estresse, que a gente consegue superar tranquilo no dia-a-dia. (ENF2)*

No discurso apresentado, pode-se inferir acerca do papel da organização do trabalho, com suas prescrições e influências nas relações de trabalho estabelecidas entre as/os trabalhadoras/es, ocasionando “estresse administrativo”, como ora mencionado e, até mesmo, a ocorrência de alguns conflitos em suas posições hierárquicas, diante da necessidade de realização do trabalho. Fato este, onde no entanto, não é colocado como entrave para que o trabalho aconteça e a equipe tenha uma boa interação, em suas rotinas laborais diárias.

### **6.1.2. Os Vínculos de Trabalho na Organização**

Diante da realidade institucional existente, identificou-se que há trabalhadoras/es que possuem vínculo com a organização através de contrato de trabalho em regime celetista, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e trabalhadoras/es que são concursados, com vínculo de trabalho direto com a Universidade Federal do Pará (UFPA).

Assim, segundo Di Pietro (2012), para maior compreensão, o significado do termo “servidor público” diz respeito às pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício mediante remuneração paga pelos cofres públicos. Têm-se, então, os empregados públicos que atuam mediante regime celetista, ou seja, de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e os servidores estatutários que são regidos pelo regime estatutário, sendo ocupantes de cargo público.

De acordo com Revoredo (2018) no cenário do serviço público brasileiro convivem duas classes de servidores públicos civis – no tocante à estabilidade –, os estáveis em decorrência de provimento de cargo efetivo e os estabilizados por força de norma constitucional transitória que ingressaram no serviço público sem concurso público antes de 05 de outubro de 1988.

Assim, este autor argumenta acerca da estabilidade prevista na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que também tem a previsão de uma outra estabilidade, a excepcional. Nesse sentido, seu modo de aquisição a diferencia da estabilidade ordinária, entendendo o Constituinte originário que os servidores sem concurso que tivessem cinco anos de efetivo exercício na

Administração Pública, no momento da promulgação da CF/88 eram considerados possuidores da estabilidade. Isso significa ainda que caso não se tornassem titulares de cargo de provimento efetivo, eles adquiriram aderência no serviço público.

Na visão de Mello (2015) diferente dos empregados públicos, no qual após aprovação em concurso público, são convocados a assinar um contrato de emprego (regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT), enquanto os servidores estatutários submetem-se a regime estatutário, estabelecido em lei por cada uma das unidades da federação, desde que devidamente respeitados os direitos já adquiridos pelo servidor.

Desse modo, verifica-se que existem trabalhadoras/es que atuam no HUIJBB, na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias que são empregados públicos e aqueles que são servidores estatutários. Estes últimos constituindo as/os trabalhadoras/es mais antigos, que atuam no hospital há pelo menos dez anos.

Quanto a este aspecto do vínculo de trabalho e atuação entre os pares na realização das atividades, em algumas falas, destaca-se:

*Não vejo diferenciação entre os colegas no hospital no setor da DIP. Ao meu ver, temos um bom relacionamento entre todos, independente do fato de alguns serem mais antigos e outros mais recém-chegados, que entraram há pouco mais três anos pela EBSEH. Acho que todos procuram trabalhar se ajudando, isso acontece mais ainda entre nós, da mesma posição, né (...) Digo, por exemplo, entre os técnicos de enfermagem, por terem atividades parecidas e sentirem as mesmas dificuldades em seu dia-a-dia de trabalho. A gente se ajuda do jeito que dá, sabe (...) (TEC ENF)*

*No que se refere ao trabalho juntos, vejo que temos um bom relacionamento sim, que dá pra trocar bastante experiências entre os colegas, ouvir outros profissionais... Isso enriquece muito nosso conhecimento (...) Claro que essa relação entre os colegas mais que estão realizando a residência juntos, no R2 somos quatro residentes, o nosso relacionamento é muito mais próximo, há muito mais identificação e afinidades no dia-a-dia de trabalho, né (...) Vivemos coisas parecidas, por estarmos na mesma formação profissional. (MED RES1)*

No aspecto aqui mencionado, as falas expressam um entrosamento e bom relacionamentos entre as/os trabalhadoras/es da equipe, onde o suporte mútuo é comum e o enfrentamento às dificuldades são compartilhadas no coletivo de trabalho. De qualquer forma, revela, em termos hierárquicos e de divisão do trabalho, uma maior aproximação entre os pares, entre as/os trabalhadoras/es da mesma categoria e atuação profissional e/ou acadêmica, dentro da instituição.

### **6.1.3 As/ os Trabalhadoras/ores Residentes**

É importante dar destaque às/aos trabalhadoras/es que atuam no hospital, na condição de profissionais residentes, os quais estão inseridos em programas que os impulsionam à prática de atuação nos mais diversos campos, durante 02 a 03 anos, dependendo do respectivo programa de residência que realizam.

Dentre os Programas de Residência Médica existentes no referido hospital são: Anestesiologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Geriatria, Infectologia e Medicina de Família e Comunidade e Pneumologia. Também há os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, nas seguintes áreas de concentração: Saúde do Idoso, Oncologia, Atenção ao Paciente Crítico, Programa Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Odontologia e em Saúde da Mulher e da Criança (Hospital Santo Antonio Maria Zacharia, Bragança-Pará – Interiorização).

Estes Programas de Residência Multiprofissional possuem profissionais das mais diferentes formações, tais como: Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Psicologia.

De acordo com Ribeiro (2019) a menção à palavra residência advém das palavras “morada”, “domicílio”, “casa onde se reside”, argumentando que os termos coadunam com a concepção na qual a residência médica foi pensada, onde o residente médico precisava morar no ambiente hospitalar, para somente assim aprender sem a possibilidade de atrasos e distrações em sua atuação.

Nesse sentido, a/o profissional de saúde em formação complementar, estando residente em uma organização hospitalar, como deste estudo, também teria um papel fundamental no fazer e exercício do trabalho em saúde, aqui ilustrados.

Nesta pesquisa, destaca-se o Programa de Residência Médica em Infectologia, uma vez que as/os trabalhadoras/es que se voluntariaram para a realização das entrevistas (com assinatura do TCLE), dois deles encontravam-se inseridos neste referido programa, atuando diretamente na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HUIBB, onde se encontram os pacientes com HIV/Aids, em internação.

Da mesma forma que as/ os outras/os profissionais com vínculos efetivos de trabalho com a organização hospitalar em estudo, o presente estudo se dará a partir do desvelar de suas falas, diante da análise de conteúdo ao que proposto enquanto objetivos da pesquisa, se dará à luz da psicodinâmica do trabalho, no fazer laboral com pacientes de HIV/Aids.

## 6.2. As Condições de Trabalho

Ao dar voz às trabalhadoras e trabalhadores inseridos no contexto hospitalar, de referência na atenção às PVHA, há um destaque ao que é vivido diante das condições desta realidade de trabalho. Assim, iniciar por esta temática faz-se necessário para as análises em discurso e compreensão à luz da Psicodinâmica do Trabalho, nesse universo laboral. Desse modo, serão abordados os seguintes aspectos: jornada de trabalho; segurança no trabalho, estrutura do ambiente laboral; os recursos de equipamentos e insumos; e, limpeza e conservação do ambiente.

Segundo Dejours (1992) as condições de trabalho são definidas pelas características físicas do local de trabalho, que incluem o próprio ambiente físico em suas condições de segurança no trabalho, higiene, iluminação, vibração, temperatura, pressão, altitude, barulho, presença de vírus e bactérias, por exemplo. Nesse sentido, estas condições envolvem tanto os aspectos físicos, químicos e, até mesmo biológicos, existentes no contexto laboral.

Nesse sentido, considera o ambiente de trabalho como condição necessária para um desenvolvimento satisfatório das atividades pelo trabalhador, que se não for adequada poderá repercutir em sofrimento diante do desgaste físico e psíquico, envelhecimento e, até do surgimento de doenças somáticas.

Para Tomazini (2009) as condições de trabalho podem gerar pressões de ordem psíquica, mecânica, química, física e biológica, onde o trabalhador sente e reage a elas, levando-o ao sofrimento e à necessidade de desenvolver estratégias defensivas para o seu enfrentamento.

Nesse sentido, é preciso olhar atentamente aos aspectos que envolvem as condições em que esta/e trabalhadora/or de saúde, inserido em HIV/Aids, realiza seu trabalho, de que forma e quais aspectos estão envolvidos no cotidiano laboral, diante sua estrutura física, materiais utilizados, fatores de biossegurança e outros, que permeiam o real do trabalho, presente na vida dessas/es profissionais.

Para Louzada (2014), na psicodinâmica do trabalho as condições e a organização do trabalho caminham juntas e a prescrição fala dessa organização de trabalho. Da mesma forma, a realidade de trabalho, pode indicar, um trabalhador tentando manter o equilíbrio diante de todas as demandas impostas pelo real do trabalho, existindo de forma solidária. Portanto, tais aspectos, podendo afetar diretamente, a saúde mental das/os trabalhadoras/es.

De acordo com Carneiro, Silva e Ramos (2018) há também como condições de trabalho, os recursos informacionais, o suporte organizacional, os suprimentos e tecnologias, a política de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios, que também possuem repercussão sobre a saúde do trabalhador.

Cada aspecto citado, revela através da expressão de fala, as experiências demarcadas no cotidiano de trabalho das pessoas entrevistadas, onde as questões trazidas sinalizam as repercussões destas condições laborais para a saúde das trabalhadoras/es.

### **6.2.1. A Jornada de Trabalho**

Na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, do referido hospital, verifica-se uma jornada diária de trabalho que inicia com a equipe multidisciplinar no primeiro turno, de 07h00 e vai até às 13h00. No segundo turno, têm-se a equipe que trabalha de 13h00 até às 19h00. A partir desse horário, têm-se as equipes de plantão noturno, que iniciam a jornada às 19h00 e encerram às 07h00 da manhã. Aos finais de semana e feriados, têm-se a mesma divisão de horários, sendo cumprido pelas trabalhadoras/es escalados como plantonistas, nos dias e horários determinados previamente, junto ao Setor de Recursos Humanos do hospital.

Portanto, no horário regular, cumprem uma carga horária diária de 06 horas, totalizando a realização de 30 horas semanais, sem considerar a carga horária excepcional, quando estão a serviço em plantão. Como plantonista, no dia em que estão designados ao trabalho no hospital (sábados, domingos e feriados) tem uma jornada de 12 horas seguidas, recendo horas-extras para sua realização. Esta jornada abrange as/os trabalhadoras/es que possuem vínculo de trabalho pela EBSERH, assim como para os concursados pela UFPA.

Quanto às/os profissionais de saúde entrevistados, que encontravam-se realizando Residência Médica em Infectologia, há o cumprimento de uma jornada no hospital de 12 horas diárias, sendo 60 horas semanais. O que denota uma jornada extensa e exaustiva, em muitos momentos, conforme identificado na fala de um/a participante da pesquisa.

Constata-se, então, que a jornada é intensa, demandando elevada disposição física e mental para o exercício das tarefas diárias, independentemente da quantidade de horas trabalhadas no hospital, mais especificamente na Unidade DIP, com pacientes HIV/Aids. Em todos os relatos identificou-se esse sentimento e percepção das/os trabalhadoras/es na rotina de trabalho, ao ponto de nenhuma/um delas/es estar trabalhando em outros serviços de saúde, atuando exclusivamente no hospital.

*Eu nunca tive outro trabalho além desse, não dá tempo. O dia é muito corrido, o trabalho exige muito da gente (...) Da hora que chegamos até a hora de sair, sempre tem muita coisa pra fazer, paciente pra olhar, medicamento para dar, algum procedimento que depende de nós... É raro ficar sem fazer nada, ainda mais pra gente, que faz o serviço mais pesado com o paciente, a maior parte das coisas é com a gente, né? .Se não exigisse tanto, seria até bom ter outro trabalho e ter uma renda extra... Mas realmente não tem como! (AUX ENF)*

*Não tenho outro trabalho tem uns dois meses (...) Era bem puxado, eu não tinha tempo pra nada, vivia sempre com muito cansaço (...) Sabe como é, ainda aguentei dois anos nessa rotina (...) Nem sei como! O trabalho no Barros, na DIP é intenso e desgastante, imagina terminar o expediente e ir direto para outro emprego... Era muito cansativo e por isso resolvi ficar somente aqui. Não compensava não ter tempo pra nada e chegar em casa morta (...) Hoje não pretendo ter outro trabalho devido a isso. (TEC ENF)*

*Minha rotina de trabalho é intensa! Tenho plantões, onde a gente pode tá tanto de manhã, quanto a noite, aos finais de semana, mas o meu horário fixo, teoricamente é à tarde. Normalmente eu trabalho diretamente com a equipe e os pacientes (...) Então, a gente é responsável por todo o direcionamento da equipe técnica, a gente fica responsável por escala, por regimento e ordenamento de pessoal, por visita, por curativos que são exclusivos dos enfermeiros e até pela parte administrativa também (...) Um dos agravantes é que a gente não tem uma estrutura, né, de material e de estrutura física mesmo do hospital, muitas vezes. Aí a gente acaba tendo uma sobrecarga de trabalho no setor, que talvez não fosse nossa. Nos leitos de UTI, os pacientes ficam internados, mesmo entubados. Nós absorvemos os pacientes graves, então a gente tem uma demanda grande de trabalho, com pacientes que não deveriam estar em enfermaria, que deveriam ser observados em UTI. Isso acaba trazendo uma sobrecarga grande de trabalho, tanto para o profissional técnico de enfermagem quanto para o enfermeiro. (ENF2)*

No discurso das/os trabalhadoras/es Técnicas/os em Enfermagem e da/o Enfermeira/o vê-se a menção a uma rotina intensa de trabalho, que não permite condições de conciliar com outro trabalho, além de configurar o cenário laboral que recai em uma sobrecarga de trabalho, pelas condições dadas, recursos e estrutura física com restrições, divisões de tarefas, além da necessidade de lidar com pacientes críticos internados, que demandam maior atenção, acompanhamento cauteloso e frequente e assistência em sua recuperação. Este contexto, inevitavelmente, apresenta impactos na saúde mental no trabalho, levando ao sofrimento em seu cotidiano diário laboral. Segue abaixo, mais um relato que ilustra esta realidade.

*Não há como realizar qualquer outra atividade profissional, pois o programa da residência já tem uma carga horária elevada, com mais as demandas intensas de trabalho com os pacientes na DIP, aulas eventuais, reuniões de supervisão com os preceptores, acaba tendo uma sobrecarga, né? É impossível ter tempo e disposição para desenvolver outra atividade. Precisamos nos dedicar totalmente e realizar tudo que temos para dar conta no dia-a-dia (...) Ajudar na assistência ao paciente, adquirir conhecimento com a prática mesmo, ter a experiência que precisamos na residência... Exige muito de nós! (MED RES1)*

Nesta fala, de uma/um profissional residente, onde a jornada diária e semanal é mais extensa devido à necessidade do cumprimento de carga horária do programa de residência, também é identificada a impossibilidade de tempo e disposição física e emocional para realização de outras atividades profissionais. Tal relato, demonstrando a realidade de trabalho, enquanto estudantes e, ao mesmo tempo, como trabalhadoras/res inseridos em uma instituição de ensino, pesquisa e extensão, onde precisam atender múltiplas demandas, que vão além da condição de residentes e se somam às necessidades diárias quanto ao atendimento e assistência aos pacientes de HIV/Aids, na situação de tratamento e internação hospitalar.

Em outro relato, desta vez de uma/um trabalhadora/or do serviço de Psicologia, denota-se uma jornada intensa de trabalho, que não é revelada em termos de quantidade de horas trabalhadas, mas na ampla demanda e capacidade reduzida de dimensionamento da equipe, para dar conta do atendimento aos pacientes, assim como aos seus familiares, em um momento de inaceitação do diagnóstico, que requer acolhida, cuidado, escuta e até psicoterapia breve, dentro do que é possível realizar no contexto de trabalho hospitalar.

Toda essa realidade constitui aspectos que também podem impactar a saúde mental de uma/um trabalhadora/or que cuida do estado emocional e acolhe o outro. Nesse sentido, fica a reflexão acerca de como estas/es profissionais cuidam de si, nesse fazer laboral, lidando diariamente com o sofrimento psíquico das outras pessoas, na dimensão da sua mais ampla criticidade.

*Eu tenho uma rotina bem intensa sim, no SAE, acompanho também os pacientes na internação e atuo também em outros SAEs, de outros serviços dentro do hospital. A Psicologia é bastante solicitada, somos procurados o tempo inteiro, por que a maioria dos nossos pacientes já internam graves (...) A urgência psicológica deles é muito grande! Vejo sim que temos uma sobrecarga de trabalho, diante de tantas demandas e o fato da equipe não ser o suficiente para atender todos, como gostaríamos. (PSI)*

De forma geral, analisa-se através dos relatos que há uma intensa realidade de trabalho a todas/os as/os profissionais entrevistadas/os, corroborando com que Dejours (2009) afirma acerca das condições de trabalho quanto à sua jornada, onde o excesso de atividades demanda em demasia os trabalhadores, onde estes percebem e sentem os impactos na saúde mental, diante de seus respectivos contextos, de organização de trabalho.

Para Mendes (2007), segundo a compreensão de Dejours, a sobrecarga de trabalho possui uma origem social, no qual é determinada pela organização do trabalho e não pelo trabalhador. Mesmo diante da possível influência deste quanto ao trabalho prescrito, ainda assim a sobrecarga aparece na relação estabelecida entre as prescrições exigidas e a liberdade de escolha na sua execução.

Assim, elucida que havendo a existência de uma imposição de ritmo, de produtividade, de qualidade e da soma de todas estas exigências, tem-se uma influência disso sobre o estado psíquico do trabalhador, tanto em seu pensamento quanto em sua livre escolha.

### **6.2.2. Biossegurança, Estigmas e Medos no Cuidado em HIV/Aids**

Mediante ao presente estudo, um dos aspectos evidenciados nas entrevistas, é o que trata dos aspectos ligados à segurança no trabalho, sendo uma organização hospitalar, as questões que envolvem biossegurança, mais especificamente. Nas falas das/os entrevistadas/os, surge o

relato de situações relacionadas a estes aspectos, enquanto uma preocupação na realização do trabalho na atenção em HIV/Aids.

Antloga (2013) define a Segurança do Trabalho por um conjunto de leis, políticas, normas e formas de gestão que visam garantir a segurança física, cognitiva e afetiva do trabalhador, reduzindo seu custo humano no trabalho e promovendo a cidadania nos contextos laborais. Segundo esta autora, somente em 1978 no Brasil, com a promulgação das Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à segurança e medicina do trabalho é que as questões desse âmbito tiveram um efetivo respaldo legal. Ainda assim, revela em breve análise que as NRs tratam dos aspectos de segurança psicológica ou cognitiva de maneira residual, sem a ênfase necessária, dada a sua importância.

Uma das preocupações presentes, que permeiam o pensamento das/os trabalhadoras/as, trata-se dos riscos ocupacionais relacionados à possíveis acidentes de trabalho com a utilização de objetos perfurocortantes, tais como o uso de agulhas injetáveis e materiais para procedimento de curativos e instrumentos cirúrgicos, para intervenções nos casos de tratamentos, em que se faz necessário.

Corroborando com estas constatações, a concepção de Villarinho e Padilha (2014) acerca da adoção das medidas de biossegurança, com a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), manuseio cuidadoso dos materiais perfurocortantes, o não reencapamento de agulhas contaminadas, o descarte destas em local apropriado, assim como a atenção e cautela durante os procedimentos são estratégias incorporadas pelos trabalhadores, as quais se caracterizaram por uma mudança no processo de trabalho que, por sua vez, influenciam na minimização dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico.

Segundo estes autores, no que se refere ao uso dos EPIs, enquanto medida de biossegurança, confirma-se a necessidade que houve no momento do surgimento da AIDS, onde as/os trabalhadoras/es da saúde passaram a utilizar-se não só de luvas, mas também de avental, gorro, máscara, entre outros. A falta de maior conhecimento acerca da forma de transmissão do HIV, na época, os levava a um elevado receio e precauções para evitar-se o contágio, o que por sua vez, reforçava o estigma no contato com o paciente, onde este era marcado pela imagem associada ao risco e à morte. Além disso, os discursos abordam a questão de seus adoecimentos e afastamentos. A fala a seguir, contempla essa análise.

*Meu primeiro contato foi durante a residência médica, quando no final da década 90, eu iniciei dentro do Barros Barreto (...). Foi uma experiência diferente, mas que a gente já tinha um certo contato por conta da formação, na faculdade (...). Assim, não me surpreendeu (...). Mas foi bem desafiador, pois era uma doença nova na época, onde o paciente tinha uma expectativa de vida muito curta e que trazia outras dificuldades que hoje a gente já não vê.*

*Era necessário usar os mais diversos meios para proteção, estar atento por conta de receio quanto à contaminação. Como a expectativa de óbitos pelos pacientes era muito grande, porque não tínhamos tratamentos realmente eficazes, a atenção aos cuidados do profissional era reforçada (...) Estava se começando o tratamento, então era praticamente uma sentença de morte, o diagnóstico! Havia um temor muito grande, pela maior parte das pessoas e dos próprios trabalhadores de saúde. Em relação ao fato de eu adoecer, foram raras vezes e nem lembro o motivo. Mais recentemente tive Covid, mas foi bem leve e não tive complicações, felizmente! (MED)*

*Eu vejo que as pessoas, no geral, ainda têm um certo preconceito, receio da doença, mesmo que isso não seja claro. Nas pessoas menos informadas isso é mais comum, nos próprios pacientes quando chegam, são pessoas mais humildes, que ainda tem muita barreira e demoram a entender e aceitar, quando recebem o diagnóstico. No nosso trabalho, vejo que temos que tomar os cuidados, mas é tranquilo. Eu nunca adoeci em decorrência do trabalho, na verdade já senti sim dores na coluna, devido as camas às vezes estarem quebradas e precisarmos ficar numa posição que não é muito confortável para fazer a prescrição da medicação. Normalmente temos os equipamentos de proteção, mas pode acontecer em uma sobrecarga ou falta de reposição ficar sem algum item. Aí damos algum jeito. Na Covid agora, que faltaram algumas coisas, máscaras profissionais e houve até a necessidade de reivindicar na frente do hospital, pra chamar a atenção mesmo. Eu acabei contraindo esta doença, mas graças a Deus foi bem ameno e logo me recuperei. (TEC ENF)*

Os relatos mencionados mostram não só a questão dos preconceitos, estigma com a doença, que de certa forma impacta o aspecto emocional na convivência com os pacientes de HIV/Aids, apesar de já se ter muitos avanços, níveis de conhecimento mais esclarecidos entre as/os trabalhadoras/es. Também evidencia a preocupação e necessidade de utilização dos EPIs, mesmo sendo algo mais tranquilo, no decorrer do tempo neste setor. Quanto à adoecimento, foi citado nos dois relatos a contaminação pela Covid-19, mesmo em que com sintomas leves, devendo ser um aspecto importante de atenção aos cuidados com as/os trabalhadoras/es, que acabam expostos aos riscos de se infectarem, em uma época de uma pandemia tão severa, recorrente e sem vacinas disponíveis ainda. Assim, o contexto da organização do trabalho associado a uma realidade pandêmica, na atuação destes profissionais, potencializa o sofrimento psíquico, devendo ter disponíveis serviços de acolhida a estas demandas de saúde mental destas/es trabalhadoras/es. Também foi mencionado o fato de uma/um participante Técnico de Enfermagem, que constitui a categoria profissional que realiza o trabalho mais pesado de assistência ao paciente, referir-se a sentir dores na coluna devido a posição ou movimentos necessários durante o exercício do trabalho, mediante às condições de equipamentos e móveis, com a cama onde o paciente fica para descanso e prescrição da medicação indicada. Tal evidência, também direciona à necessidade de um olhar mais cuidadoso, para a saúde física, relacionada aos aspectos ergonômicos no fazer laboral destas/es trabalhadoras/es, em seu dia-a-dia de trabalho.

Nesse contexto, da biossegurança, é importante destacar a questão da necessidade de utilização de Equipamentos de Proteção Individual, em que a Escola Nacional de Inspeção do Trabalho (ENIT), em uma mais recente atualização do tema, na Portaria MTB N° 877, de 24 de outubro de 2018, refere-se à Norma Regulamentadora 06, para os fins de aplicação, considerando o EPI como todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Assim, entende a obrigatoriedade do uso destes dispositivos associados, contra um ou mais riscos que possam ocorrer simultaneamente e que sejam suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

Além da adoção dos EPIs, foram necessárias outras estratégias na prática profissional destas/estes trabalhadoras/es, diante do surgimento do HIV/AIDS, a exemplo do manuseio cuidadoso dos materiais perfurocortantes.

Verifica-se na fala das/os trabalhadoras/es, mesmo em momentos bem distintos, um olhar de atenção e cuidado, necessário ao cumprimento dos aspectos relacionados à biossegurança no trabalho, no convívio com os pacientes de HIV/Aids. Nesse sentido, não foram suscitadas dificuldades em relação à conscientização e utilização de EPIs, no contexto de trabalho mencionado, mesmo sendo falado de dificuldades relacionadas aos recursos e condições de trabalho.

É relevante falar, além das questões de biossegurança, o discurso das/os participantes quando do início de sua inserção na atenção em HIV/Aids no hospital, da realidade permeada por estigmas, medos, receios e preocupações no cuidado em HIV/Aids, tanto naquelas/es trabalhadoras/es com mais tempo no serviço, quanto os que entraram a um menor tempo. Os relatos ilustram as situações cotidianas, de adaptação a esta realidade, no sentido de busca pela preservação da saúde mental e da vida, enquanto uma estratégia de biossegurança.

*Quando eu comecei a trabalhar há quase 14 anos atrás no hospital com os pacientes de Aids, eu sentia muito medo (...) Era um **receio** muito forte em ter que lidar com eles e correr o risco de me contaminar (...) Eu tinha **medo** de tudo, ficava sempre em **alerta** para não me descuidar com o material e tudo que pudesse ter contato direto com o paciente... Com o tempo, fui me acostumando com o trabalho e a rotina (...) Uma vez sofri um leve acidente com a agulha de um injetável (...) Fiquei muito receiosa, até sem dormir alguns dias (...) Mas depois a gente vai relaxando e vendo que não dá pra ficar com pensamento fixo nisso... Graças a Deus, nunca tive nada e estou bem. A partir de um, dois anos que eu fui me adaptando e perdendo mais esse receio da contaminação por acidente (...) Hoje é mais tranquilo, não era tudo aquilo que eu tinha tanto medo! É só o tempo de nos acostumarmos mesmo. (AUX ENF)*

*Entre pro Barros no início de 2019 e, ao meu ver, foi muito natural, mesmo começando direto com o atendimento aos pacientes de HIV (...) Claro, houve um **choque** um pouco no começo!. Ver os pacientes ali, como eles chegam na internação (...) É muito diferente do que a gente estuda na faculdade, do que a gente vê só na teoria (...) Se deparar com a forma com*

*que o paciente chega no hospital, consumido mesmo, fisicamente bem debilitado, isso dá um susto na gente, né?! A preocupação com a contaminação existe sim, mas sabemos que é só tomar os devidos cuidados (...) (MED RES1)*

*Eu não me recordo muito na época, mas foi um grande aprendizado que não me impactou não. Era necessário sim ter todos os cuidados, usar os EPIs e ter todas as precauções necessárias, mas nada que não fosse facilmente ajustado e pudéssemos ir nos adaptar com o passar do tempo. Atualmente, as pessoas não têm problemas, nenhuma reação anormal quando a gente diz que trabalha com HIV, eu acho que a especialidade cresceu, as pessoas já sabem o que o infectologista lida, né? É muito mais fácil ficarem assustadas quando a gente fala em Meningite, Tuberculose e Covid, atualmente, do que com HIV. Parece que hoje as pessoas já entendem o HIV como algo aceitável e real. Tanto que quando eu comecei a trabalhar, dizer que você trabalhava com HIV era fora do comum, assustador para as pessoas, pelo medo da morte! Hoje em dia, não! É natural e já não causa todo aquele temor do início. (MED)*

*Ao me deparar com o serviço e diante das reações das pessoas de fora do hospital, ainda tem aquele imaginário, às vezes quando a gente fala que trabalha em HIV ainda tem muito o imaginário social de morte, de doença infectocontagiosa (...) Então a primeira reação é aquele estranhamento, né. Você falar que atua e trabalha com este tipo de público, você percebe no semblante das pessoas ou mesmo algumas pessoas verbalizam “nossa, mas este público, como é que é, você não tem medo de se contaminar?” Há essa ideia, por falta de informação, que eu tô me expondo a riscos, enfim (...) Isso acontece, mesmo muito tempo tendo se passado da descoberta do vírus! É o que eu percebo. (PSI)*

*Entreí no Barros pela EBSEH (...) É um serviço pesado, de atendimento à população mais vulnerável, um pouco mais desfavorecida, sabe? Então tem pessoas muito humildes e o impacto diante dessa realidade é o que mais difícil. O paciente com diagnóstico de HIV/Aids já vem com um grande estigma de si e da sociedade mesmo. Por conta disso, chegam cheio de resistências e precisamos saber lidar com isso, ainda mais quando eles são travestis ou trabalham com sexo (...) A abordagem com eles é ainda mais complicada, o tratamento é mais difícil (...) Acredito que isso se deva ao preconceito que eles já sofrem, o estigma da doença, que acaba os limitando para obter mais informação para se cuidarem. Por isso, digo que a acolhida é muito importante. Eu nunca tive problemas com eles (...) Quanto aos cuidados e à prevenção, sabemos que temos que nos cuidar, mas com o tempo, isso torna-se bem tranquilo! (ENF2)*

Os referidos relatos destacam as reações das/os trabalhadoras/es, ao entrar no referido serviço em HIV/Aids, mesmo em diferentes épocas, onde a preocupação com a contaminação em relação ao paciente é presente. No entanto, após um certo tempo, torna-se algo naturalizado e negado de forma inconsciente, evitando o contato com o sofrimento psíquico diante do medo acerca do contágio. Notadamente, no primeiro relato, verifica-se na inserção dessa atuação profissional a presença significativa da imagem proveniente imaginário social acerca da Aids, existente no início da epidemia no mundo inteiro e no Brasil, marcada pelo medo, estigma e preconceito em relação aos pacientes diagnosticados com HIV, pois acreditava-se que a simples aproximação com o paciente poderia favorecer o contágio imediato.

É interessante pensar estes discursos e refletir acerca do que é mencionado como algo natural, que em momento algum causou qualquer tipo de impacto e onde se faz referência atualmente, ao HIV como uma doença vista pelas pessoas como algo natural, aceitável e que já não causa o temor, do início de sua descoberta. Até que ponto não há uma configuração de

mecanismos e estratégias de defesa, para lidar com esta realidade, tema este que será discutido mais adiante, nesse estudo.

As reações citadas como “receio”, “choque”, “susto”, “medo”, “alerta”, mesmo em meio a momentos distintos, permitem reflexões importantes quanto aos sentimentos, emoções e percepções vivenciadas pelas/os trabalhadoras/es de saúde no contexto HIV/Aids, mesmo decorridos muitos anos entre o seu surgimento e os dias atuais. Requer, portanto, um olhar de atenção quanto aos aspectos presentes nessa realidade de trabalho, marcada ao longo das últimas quatro décadas pelo estigma e preconceito e, que perpassam também às questões de saúde mental no trabalho, assim como as de biossegurança, em sua realização.

Na visão de Monteiro e Villela (2013) ainda é preciso pensar nas maneiras pelas quais o estigma, o preconceito e a discriminação continuam a existir, onde sistemas, intervenções, programas e práticas em saúde continuam a diferenciar, afastar e excluir, apesar de todos os esforços ao longo de décadas. Destacam a reflexão quanto ao desafio colocado às/os trabalhadoras/es em passar da teoria à prática, com a necessidade de maiores implicações com políticas públicas, para esta realidade. Reforçam que mesmo diante de uma negação, uma certa naturalização do HIV como doença crônica, há sim a necessidade de transformar as estruturas, processos e organizações que ainda produzem e reproduzem o estigma e o preconceito, mesmo que se divulgue não ocorrer mais esta realidade. O fato é que este estigma ainda é presente e se constitui um dos maiores inimigos da saúde e do bem-estar, no mundo contemporâneo, tanto à população com às/os trabalhadoras/es de saúde.

Assim, os aspectos mencionados possuem impactos sobre a saúde mental das/os trabalhadoras/es, na atenção em HIV/Aids, mesmo que estes não sejam reconhecidos conscientemente e gerem um sofrimento psíquico silenciado diante das situações laborais existentes.

De acordo com Ribeiro et al. (2012) ao realizar uma pesquisa sobre as formas de adoecimento pelo trabalho da enfermagem, bem como as formas para o enfrentamento e prevenção ao adoecimento e acidentes de trabalho, verificou que os trabalhadores da enfermagem apresentam dores lombares, injúrias musculoesqueléticas, sofrem acidentes com material perfurocortante, estresse e tensão no trabalho, sofrem com poluição ambiental e dermatites. Constatou que, muitas das vezes, as queixas de saúde estão relacionadas à postura corporal (dor lombares e nas pernas) e à saúde mental.

### **6.2.3. A Estrutura Física do Ambiente Laboral**

No presente estudo, a estrutura física do ambiente laboral corresponde às condições do espaço físico do local de trabalho, ao qual as/os entrevistadas/os encontram-se inseridos diariamente. Esta estrutura está relacionada às condições das paredes, piso, teto, iluminação, temperatura, sonoridade, portas e janelas, etc.

Em vista disso, os relatos das/os trabalhadoras/es revelam a existência de uma estrutura em deficiência, já que a estrutura do prédio do hospital é antiga e, na Unidade de Doenças Infeciosas e Parasitárias (DIP), eles não recordam da última reforma realizada. Destacam a necessidade de nova pintura nas paredes e melhorias nas condições do piso e teto.

Quanto à iluminação, informam atender a necessidade, mas que poderia ser melhor. Informam que durante o dia não é sentida essa dificuldade, já que o local possui portas e janelas que facilitam a entrada de luz natural no ambiente.

No que diz respeito à temperatura, informam somente ser adequada quando os equipamentos de ar-condicionado, de fato, estão funcionando. Afirmam que durante o dia, quando é possível manter portas e janelas abertas, há uma maior circulação de ar e, portanto, melhor arejamento e ventilação do ambiente.

Nesse sentido, nos relatos abaixo pontua-se estes e outros aspectos relacionados:

*Em termos de estrutura, também dificuldades... Apesar de que com a pandemia da Covid, o hospital conseguiu dinheiro emergencial e está melhorando a sua estrutura física, ajeitando algumas coisas (...) Ainda assim, onde a gente fica, que é no terceiro andar do lado oeste, a gente ainda vê um ambiente assim, muito deteriorado (...) Não tem uma reforma! Até mesmo os pacientes se queixam com a gente, tanto os de HIV quanto outros da DIP, que atendemos, eles comentam que gostaram de ficar internados no hospital, agradecem a atenção que recebem e dizem que a parte humana é muito boa, que são bem atendidos, mas que o hospital tá degradante em sua estrutura... (MED RES1)*

*A estrutura física não é boa não, pelo menos eu não considero (...) Poderia ser um local de trabalho que pudesse nos dar um pouco mais de espaço para nos organizar, guardar nossas coisas e com um pouco mais de melhorias... Isso a gente já vem a um tempo solicitando, que é a compra de mais armários com portas, onde estes não estivessem quebrados e permanecessem assim, sem conserto. Precisava colocar mais ar-condicionado, consertar os que estão quebrados e não deixar as coisas irem se destruindo com o tempo... (TEC ENF)*

*Acho complicado as condições físicas do hospital (...) É um prédio muito velho e com uma estrutura deficitária, que não acompanhou o tempo e as necessidades atuais. Há dificuldades estruturais, como a de racionamento no uso de medicamentos. Acredito que precisaria ter uma melhor gestão, para que as coisas fossem funcionando como deveriam. Mas essa é a realidade (...) Estamos aqui para trabalhar! (ENF2)*

*Em termos de condições físicas, nós temos uma sala nossa, que a gente chama de consultório médico, onde fica os arquivos, os prestadores, onde a gente se reúne pra prescrever os pacientes, pelo menos durante o dia. Nós não temos uma copa nossa, a gente divide com a enfermagem, em termos de conforto, vamos dizer que a gente tem realmente alguns móveis e equipamentos se deteriorando, mas nós temos cadeiras, né. A iluminação é ruim, quando anoitece fica mesmo ruim, nós só temos um ar-condicionado porque foi coleta nossa e a manutenção o hospital deu. Mas o ar-condicionado da sala quebrou faz algum tempo e a gente se reuniu e comprou um aparelho novo pra gente, isso há um pouco mais de um ano. (MED)*

*Para nós do serviço de Psicologia, não há uma sala específica para atendimento, na verdade é uma realidade que acontece muito no trabalho hospitalar. O atendimento é mesmo na beira do leito, o que traz entraves, muitas das vezes, pois o paciente e o familiar nem sempre querem falar ali de questões muito íntimas, da sexualidade, que envolvem o estigma que já sofrem socialmente e, muitas vezes não querem falar ali, ficam constrangidos (...) Essa é uma das dificuldades quanto à questão da estrutura física, de suporte pro nosso serviço. Mas fazemos o melhor que podemos, direcionamos eles depois para serem atendidos no nosso SAE, que é o ambulatório de acompanhamento do tratamento de HIV. Apesar de que tivemos uma reforma e perdemos o nosso consultório, que estava reservado pra Psicologia, infelizmente. Com essas questões, também os encaminhamos para outros SAEs, onde ficarão mesmo fazendo o acompanhamento, como é o caso da UREDIPE, da Casa Dia e outros serviços existentes. (PSI)*

Diante dos relatos, percebe-se claramente as dificuldades apontadas pelas/os entrevistadas/os, quanto às condições de estrutura física do ambiente laboral. São percepções que abrangem as questões de estrutura do prédio, que por afirmarem ser antigo, o consideram com aspecto deficitário e degradante, onde apontam que as condições de conservação e manutenção das paredes, da iluminação, dos armários, camas de leito e da climatização do local do trabalho poderiam ser melhores.

Ressaltam a necessidade de não deixar com que as coisas sejam destruídas ao longo do tempo, sem haja uma reparação, reformas estruturais ou, até mesmo, o conserto, como no caso de muitos condicionadores de ar, existentes na UDIP e, no próprio hospital.

Para a/o profissional da Psicologia, destaca-se a carência de disponibilidade de uma sala para os atendimentos, um lugar mais reservado para intervenções em psicoterapia breve, onde não houvesse maior exposição de pacientes já demarcados pelo estigma social, diante do seu adoecimento.

Diante do exposto, verifica-se que as condições de trabalho acabam por revelar-se um elemento significativo, com potencial nocivo à saúde mental e bem-estar dessas/es trabalhadoras/es, em seu exercício laboral diário.

#### **6.2.4. Os Equipamentos, Insumos e Medicamentos**

No que se refere aos recursos disponíveis, tais como os equipamentos em geral, insumos e medicamentos, necessários para a realização do trabalho. Este aspecto apareceu de forma significativa na fala das/os entrevistadas/os, já que consideram ser insuficiente as condições de conservação e manutenção dos equipamentos necessários, assim como escassos os insumos para a realização do trabalho e até, tais como de medicamentos, quando prescrito para o tratamento do paciente, em sua internação no hospital.

Logo, pode-se ilustrar este aspecto com o trecho da seguinte fala:

*Vejo que no Barros temos muitas limitações físicas e estruturais, onde existem diretrizes nacionais, que orientam para optar por medicamentos que devem ser preferíveis para determinadas patologias, facilitando a questão do estoque reduzido de medicamentos. Temos que escolher o que usar, pois há uma séria limitação de recursos (...) O uso de medicamento é um dos exemplos, onde precisamos restringir, controlar, já que não há para todas as patologias presentes no hospital (...) (MED RES1)*

*(...) Percebo que ainda temos muitos elevadores velhos e quebrados, faltam cadeiras, existem muitas macas danificadas, que há anos não são consertadas, trocadas (...) Percebo que se conserta-se algo, outro se quebra... Não há uma manutenção adequada, no tempo que precisaria ser (...) Isso atrapalha sim o trabalho e o conforto dos pacientes, como por exemplo, uma maca que não regula sua altura ou quando faltam cadeiras, para nós e os acompanhantes sentarem.. Como o hospital é antigo, a modernidade vem lentamente, sabe! Vejo ainda que hoje em dia há um controle maior, é tudo fracionado (...) Sempre foi, mas agora há uma cobrança maior, estamos trabalhando tudo com ajuste, da farmácia, dos materiais e onde precisar fracionar. (AUX ENF)*

*Ao meu ver, tem-se uma grande carência de recursos, de materiais em geral e dos próprios equipamentos (...) Digo recursos, tanto em termos de investimentos financeiros, quanto em recursos das condições físicas mesmo, de instalações, pintura de paredes, manutenção de banheiros (...) Dificuldades quanto à disponibilidade de medicamentos para todos os pacientes, sendo necessário limitar o uso, muitas vezes (...) (ENF1)*

No discurso das/os participantes, verificam-se as condições do ambiente laboral, onde são apontadas as dificuldades quanto às condições de estrutura física do prédio, já que o consideram antigo e haver escassez de recursos financeiros para realização de reformas, no hospital como um todo. Citam a questão do desgaste da pintura das paredes, de elevadores, camas, macas e cadeiras quebradas, alguns banheiros que poderiam atender melhor às necessidades das/os trabalhadoras, assim como dos pacientes. Também é recorrente a questão da limitação/ racionamento na utilização de alguns medicamentos, uma vez que sinalizam ser esta uma realidade muito presente no serviço público, já que os recursos são restritos, na maior das vezes.

Diante desse contexto, constata-se a presença de aspectos da organização do trabalho que colocam-se como fatores preponderantes no trabalho real destas/es trabalhadoras/es, que contribui para a existência do sofrimento psíquico neste trabalhar, mesmo que este seja velado, negado e transformado por meio do sentido atribuído à sua realização e importância social diante da assistência e o tratamento proporcionado à recuperação dos pacientes.

### **6.2.5. As Condições de Limpeza no Trabalho**

Em toda e qualquer organização de trabalho, faz-se necessário zelar pelas condições de higiene, limpeza e sua manutenção, no ambiente/ local ao qual se irá trabalhar. Neste aspecto, serão analisadas as condições relacionadas à limpeza dos pisos, das paredes, tetos, banheiros, janelas, portas, vidraçarias, utensílios e equipamentos.

Na concepção de Dejours e Abdoucheli (1994), as condições de trabalho envolvem diretamente as questões do ambiente de trabalho e corpo físico do trabalhador, no sentido em que esse poderá sofrer desgaste, doenças somáticas e o próprio envelhecimento. De forma mais minuciosa, destacam a presença dos aspectos físicos, que englobam tanto o ambiente físico propriamente dito, como as pressões mecânicas, ligadas ao corpo dos sujeitos no fazer laboral. Citam também o ambiente químico, onde podem ter contato com vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, produtos manipulados, entre outros. Quanto ao ambiente biológico, mencionam a presença das bactérias, vírus, parasitas, fungos e demais agentes orgânicos nocivos existentes.

Quanto a estes aspectos, pode-se mencionar a disponibilidade e uso de banheiros no setor, no ambiente laboral analisado, verificando-se através de alguns relatos.

*(...) As condições de higiene do hospital são razoáveis, não tenho muito o que falar (...) No que se refere aos banheiros, eu nunca entrei no dos pacientes, mas eles falam que é ruim de entrar, que poderia ser bem melhor. Geralmente tem um banheiro comum no andar para os profissionais, os médicos, residentes, dividido entre os cirurgiões clínicos. Mas, assim (...) Não é muito arrumado não (...) Mas também não é tão ruim(...) Dá pra usar! Os técnicos têm o banheiro para eles (...) No nosso banheiro até tem chuveiro, mas são muitas pessoas para usar e realmente não dá. No banheiro dos técnicos, como nunca fui, não sei se tem (...) Eu nunca tomei banho no hospital, pois sempre optei por tomar banho em casa mesmo. Vou com uma roupa específica para o Barros e quando chego em casa vou direto para o banheiro me higienizar, tomar banho e trocar de roupas. Considero sim que as condições físicas e estruturais do hospital atrapalham os serviços (...) Por que a gente, o profissional não fica muito confortável, né? São vários para dividir o banheiro e, às vezes, vamos para os de outros andares, algum que esteja melhor e mais reservado. (MED RES2)*

*O banheiro aqui não é tão bom, adequado (...) Não tem ventilação, sem chuveiro, com uma pia para escovar os dentes e um vaso sanitário, para todos utilizarem. Não é nada limpo! As paredes e as janelas de vidro são sujas, ficando muito tempo sem ser lavadas. Acho que nessa questão de limpeza, o problema é a gestão desse serviço, que deveria acompanhar melhor e direcionar mais as atividades do pessoal de serviços gerais (...) Agora, nesse período de pandemia, foi preciso chamarmos para limparem, já que vinham mais eventualmente. Em relação aos equipamentos de trabalho, vejo que aos poucos vão trocando, mas ainda precisa melhorar muito para a nossa necessidade e dos pacientes. (TEC ENF)*

*A estrutura física é precária, a enfermaria tem um banheiro para o masculino e um para o feminino, então eles não são os ideais também, às vezes não tem toda a questão da segurança, piso antiderrapante e, tudo mais, podendo acontecer acidentes. A equipe de limpeza até faz bem seu trabalho, só que são muitos pacientes, né (...) Geralmente são pacientes que estão bem debilitados, tem paciente que tem desconforto gastrointestinal e precisa usar o banheiro por muito tempo, com frequência e só a equipe de limpeza que existe não é suficiente, já que é muita gente. Provavelmente precisaria ter uma equipe maior, com mais pessoal, para dar conta de uma manutenção mais frequente. Vejo que a presença da EBSERH trouxe algumas melhorias sim, mas infelizmente eu acredito que algumas coisas não. Vejo que eles vem fazendo algumas reformas, tentando sanar algumas coisas, mas a DIP ainda não entrou em nenhum desse processos de melhorias. O que a gente tava se articulando e pediu pra direção, é a construção de um banheiro extra para as pessoas trans, já que temos muitas aqui com esta condição e que necessitam também. (PSI)*

As/os participantes, em sua maioria, mencionaram acerca das condições dos banheiros, quanto ao anseio de um número maior disponível de banheiros para atender a todas/os, em relação ao fato da maioria dos banheiros não possuírem chuveiros para melhor higienização e precisar ter maior frequência no rodízio de limpeza. Também é destacada a necessidade das pessoas transexuais, de terem um banheiro exclusivo, já que gera muita confusão e constrangimento, em ter que utilizar o banheiro feminino ou masculino.

Nota-se, que a questão estrutural dos banheiros, assim com a equipe reduzida de limpeza, para atender com a frequência necessária a higienização dos mesmos, mediante a demanda diária existente, são fatores que geram incômodo, desconforto, insegurança e riscos para a saúde física e mental das/os trabalhadoras. Ressalta-se ser uma necessidade fisiológica básica, que precisa ter uma gestão mais eficaz, evitando privações às/aos agentes envolvidos.

É interessante frisar que no primeiro relato, há um discurso de banheiros, onde haveria um voltado para os profissionais médicos, residentes, cirurgiões e outro para os técnicos, aos quais não foram citadas as categorias profissionais. Mesmo diante da não confirmação da veracidade da informação, fica a reflexão acerca dessa diferenciação de privilégio, atribuída à classe trabalhadora médica, em uma hegemonia histórica de poder no campo da saúde. Podendo impactar na subjetividade das/os trabalhadores, diante de condições diferentes.

Nesse sentido, o filósofo Foucault (1999) enuncia em seu pensamento o lugar de privilégio ocupado pela Medicina, como a disciplina detentora da técnica política de intervenção, da capacidade de construção e exercício do poder sobre os corpos individuais e organismos, quantos aos processos biológicos que abrangem a população, amplamente. Lugar este, de supremacia biopolítica, constituída nas relações hegemônicas de poder, que perpetuam até a conjuntura e cenário atual.

## **CAPÍTULO 7**

### **A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO EM HIV/AIDS**

Este capítulo propõe-se a analisar os aspectos voltados à mobilização subjetiva das/os participantes da pesquisa em sua relação com o trabalho de atenção em HIV/Aids, tomando por base o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Da mesma forma, apresentará as análises quanto às entrevistas realizadas, no tocante ao sofrimento psíquico vivenciado por estas/es trabalhadoras/es, em seu fazer laboral, diante da necessidade de preservação da saúde mental, no trabalho real da assistência a pacientes de HIV/Aids.

#### **7.1. A Mobilização Subjetiva no Cuidar em HIV/Aids**

A atuação profissional no cuidado em HIV/Aids requer um olhar sensível para a realidade vivida, formação/ qualificação, enfrentamentos às necessidades laborais diárias e à atenção/ assistência prestada aos pacientes, durante seu tratamento. Dessa forma, impulsiona às/aos trabalhadoras/es, nesse contexto de trabalho, todo um processo intersubjetivo que denota o engajamento de toda a sua subjetividade, para a transformação do sofrimento vivido em um resgate do sentido do trabalho realizado.

Para Mendes e Duarte (2015) a mobilização subjetiva dá-se no processo pelo qual o sujeito pode (se) inventar e (se) criar, onde evidencia-se a relação entre trabalho e a constituição e afirmação de sua identidade. Ocorre, então, quando há espaço para essa mobilização, onde o sujeito e seu desejo conseguem engajar-se no trabalho, reconhecer-se e ser reconhecido, diante de sua singularidade, no qual o trabalho por si só, não teria sentido.

Assim, argumentam que a relação simbólica com o trabalhar se dá na subjetividade e engajamento interno do sujeito diante das experiências significativas com os pares e a gestão, através do coletivo de trabalho e do modo como este é percebido e autorizado dentro do contexto laboral. A partir disso, emprega sua inteligência prática, que é a sua capacidade própria e a criatividade para lidar com as situações imprevistas no mundo do trabalho.

Nesse viés, o trabalhar no cuidado em HIV/Aids impulsiona a uma mobilização subjetiva que emerge a partir das exigências da organização do trabalho e das demandas que esta realidade incide sobre o corpo, a cognição e os afetos do sujeito. Impõe à/ao trabalhadora/or o seu próprio modo de utilizar e ampliar sua subjetividade, na dinâmica psíquica necessária

para a manutenção de sua saúde mental no trabalho. O seguinte relato destaca esta constatação teórica, revelando o sentimento da/o participante diante da realidade laboral, do incômodo com a indiferença quanto ao envolvimento de alguns colegas no contato com os pacientes e sua própria forma de lidar com essa assistência no dia a dia.

*(...) Percebo que neste trabalho, assim como em outros, há pessoas que pensam mais em ganhar dinheiro do que se importar com quem tá al (...) Eu penso assim, entendeu? É pra fazer uma coisa com o paciente, eu fico assim (...) até deixar resolvido! Vejo que alguns, pouco se envolvem com os pacientes. Eu gosto de fazer a assistência próxima mesmo, corpo a corpo... Então quando a gente vai passando a visita, eles vão comentando assim "Tem um grupo que chega bem... Tem um grupo que chega mal, sabe... Não dá nem bom dia ou nem boa noite!" Vocês não, vem, acham graça com a gente, interação (...) Não é só o cuidar, o fazer... É conversar, é ver, é influenciar, dar atenção e dizer que eles precisam se cuidar (...) Entendeu? São várias coisas (...) É interessante porque mesmo vendo esses comportamentos em alguns colegas com os pacientes, vejo que entre nós há sempre ajuda, que o trabalho flui melhor porque sabemos que podemos contar uns com os outros. Isso faz muita diferença! (AUX ENF)*

No referido relato, verifica-se a mobilização subjetiva destas/es trabalhadoras/es, na ressignificação do sofrimento psíquico diante do fazer laboral, da relação percebida quanto ao seu coletivo de trabalho para com a realização do trabalho e interação com os pacientes. Dessa forma, é possível observar que, ao mesmo tempo em que as percepções diante do coletivo podem ter impactos de nocividade, constituem agentes de transformação do sofrimento no trabalho em um sentimento de realização e reconhecimento entre pares, assunto que mais adiante abordamos nessa pesquisa.

Nesse sentido, Merlo (2016) enfatiza que quanto à relação com o universo do trabalho, esta é sempre estabelecida a partir da relação com os outros. É o que o trabalhador traz, enquanto uma contribuição, que repousa sobre uma mobilização de recursos bastante profunda, que surge a partir do trabalho real, como ele é vivido, experimentado entre os trabalhadores em suas intersubjetividades, nos espaços coletivos.

## **7.2. O Sofrimento Psíquico no Trabalhar em HIV/Aids**

Na concepção de Dejours (2011a) o sofrimento é inerente ao trabalho, uma vez que há um conflito central vivido pelo/a trabalhador/a, diante da organização do trabalho pautada em normas e prescrições e o seu próprio desejo, que constitui seu funcionamento psíquico.

Assim, a realidade de trabalho vivida no trabalhar em HIV/Aids, notadamente, revela uma constante necessidade de mediação entre as prescrições e normas estabelecidas pela alta gestão do hospital, que precisam ser cumpridas pelas/os trabalhadores, e como de fato, sentem-se mais à vontade para realizar o trabalho, adaptando o trabalho prescrito aos seus modos de operar e fazer o trabalho, no dia-a-dia.

### 7.2.1. O Sofrimento Criativo

Antes de analisar os conteúdos de fala, que revelam o sofrimento psíquico sentido pelas/os participantes deste estudo, é importante reafirmar sua conceituação teórica. Portanto, ao falar do sofrimento criativo, incorre-se a uma mobilização subjetiva por parte do sujeito, possibilitando-o à subversão do seu sofrimento em prazer. Ainda assim, verificando-se a esta/este trabalhadora/or a necessidade de liberdade, dentro da organização do trabalho. No momento em que este sofrimento não se estabelece como criativo, surge o sofrimento patogênico, ligado à falta de liberdade ao trabalhador e de flexibilidade da organização do trabalho, impedindo-o de sentir-se sujeito do seu comportamento. Surge, então, a necessidade de utilizar estratégias de defesa, que façam frente a este contexto de trabalho (DEJOURS et al., 2014).

*É interessante porque a gente nesse trabalho com HIV, no Barros, nós sabemos das limitações, sabemos que nem tudo vai ser como seria o ideal, mas a gente tem a oportunidade de um imenso aprendizado, a gente tem liberdade pelo médico responsável para acompanhar os pacientes e exercer o conhecimento que a gente vem buscando (...) É essa prática, essa atuação direta com os pacientes críticos, a liberdade que a gente tem pra pensar, sugerir soluções, uma melhor forma de conduzir o tratamento com eles, que fazem apesar dos problemas de um serviço público, tornar-se uma experiência muito valiosa, que dificilmente teríamos em outro lugar! (MED RES2)*

*Sabe, eu sei que existem situações que não são as melhores, que a gente às vezes se desanima um pouco com isso, quando a gente não consegue salvar um paciente por algum motivo, quando as coisas não são bem informadas ou falta algum material, mas eu sempre acho que a gente pode ver o lado bom de tudo, que sempre há um enorme ganho no que a gente faz, quando a gente cria uma forma mais humana de lidar com o paciente, quando a gente consegue que os familiares consigam comprar algum medicamento que não tem e eles entendem e ajudam (...) Sempre tem uma alternativa, uma forma de fazer diferente no nosso trabalho e não ficar só esperando que o hospital resolva as coisas pra gente! (TEC ENF)*

Diante da temática, verifica-se nos discursos este aspecto da transformação de um sofrimento, mediante às condições de trabalho, gestão, estrutura, recursos e outros, mas que são ressignificados nas conquistas diárias, no aprendizado, na interação com os pacientes e familiares e na oportunidade para o exercício de uma boa prática profissional.

Segundo Moraes (2013) o sofrimento integra o trabalhar, no momento em que a experiência de trabalho inclui a vivência do fracasso, que faz o sujeito sofrer. Assim, explica que o sofrimento não necessariamente é patogênico, podendo ser impulsionador de mudanças. Afirma que ao se deparar com um problema, o sujeito experimenta o fracasso, que na tentativa de aliviar o sofrimento, o faz buscar soluções. Assim, guiado pela inteligência prática/astuciosa, direciona-se a um investimento subjetivo que tem como meta a subversão do sofrimento em prazer.

Nesse aspecto, a autora salienta que o referido processo é potencializado pela cooperação, pelo espaço da fala e pelo reconhecimento. Porém, afirma que diante da rigidez de uma organização do trabalho, onde a subjetividade do/a trabalhador/a é confrontada, associada a outros elementos nocivos à saúde, como avaliações consideradas injustas, metas elevadas e uma competição exagerada, a transformação do sofrimento dá vez ao patológico.

### 7.2.2. O Sofrimento Ético

Ambrósio, Lima e Traesel (2019) ratificam que pesquisas abordando o sofrimento no trabalho estão muito presentes, nos mais distintos campos relacionados à temática. Assim, explicam que o conceito de sofrimento ético vem sendo bastante estudado pelos profissionais da saúde e, notadamente, os da área da enfermagem. No entanto, na perspectiva de pesquisar e intervir junto às outras categorias profissionais, assim como no seu próprio corpo de trabalhadoras/es, segundo eles as pesquisas com base no conceito de sofrimento ético parecem mais escassas. Dessa forma, sugerem que há a necessidade de entender os fatores que podem estar associados à experiência de sofrimento ético e moral pelos profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem.

Na presente pesquisa, verificamos de forma destacada a presença do sofrimento ético nas/os trabalhadoras, mediante a todo o contexto do trabalho prescrito estabelecido, onde cotidianamente precisam lidar com situações com as quais não concordam ou gostariam que fossem diferentes.

Nas seguintes falas, exemplifica-se este sentimento de não controle da situação, de não haver o poder de decisão e precisar realizar seu trabalho e aceitar as condições existentes, que não seria a sua visão de ideal.

*Eu vejo que é uma grande dificuldade, às vezes, não ter o recurso pra trabalhar, não ter o material necessário ou o medicamento que o paciente precisa para se tratar, ter que se desdobrar para fazer a assistência, mesmo com as limitações. Mas enfim... essas coisas que são comuns mesmo no serviço público (...) Temos que aceitar que isso é assim mesmo! Vai fazer o que (...) Deixar de trabalhar, de fazer o seu serviço. Não dá! (ENF1)*

*A gente tem dificuldade sim em atender os pacientes como a gente gostaria de atender, porque tem as limitações financeiras relacionadas à instituição, com estruturas que naquele período um aparelho pode tá quebrado, não tem que faça o exame, enfim (...) o remédio acabou (...) Isso realmente traz um problema para o pleno exercício das nossas atividades. A gente sente, por que não deveria ser assim, não é o ideal para um melhor trabalho. Com o passar do tempo a gente meio que se acostuma com a nossa realidade, não é novidade, sempre foi assim, em alguns períodos melhores e outros piores e aquela revolta que a gente tinha no início, ela vai se acomodando ao longo dos anos, é mais isso! A gente sabe da dificuldade, tenta resolver pedindo coleta e ajuda de colegas, pedindo favores, mas tem muita coisa que a gente acaba demorando pra*

*resolver e não consegue fazer a melhor intervenção, por exemplo quando foi uma tomografia que não deu tempo ou algo que era mesmo necessário naquele momento para recuperar o paciente. (MED)*

Merlo, Traesel e Baierle (2011), ao abordar o trabalho da enfermagem, relatam que dentro dos hospitais há o trabalho imaterial, onde há intenso investimento afetivo e da subjetividade, inteligência e dedicação do sujeito do trabalho. Os autores afirmam que ao se tratar do serviço de atenção hospitalar, muito além da dedicação intelectual, revela-se a necessidade de um engajamento pessoal, através do cuidado e carinho.

Nesse sentido, a/o trabalhadora/or se doa como o próprio instrumento do trabalho, oferecendo mais que seu corpo e tempo, investindo toda sua subjetividade neste fazer laboral.

*Eu vejo que é uma grande dificuldade, às vezes, não ter o recurso pra trabalhar, não ter o material necessário ou o medicamento que o paciente precisa para se tratar, ter que se desdobrar para fazer a assistência, mesmo com as limitações. Mas enfim... essas coisas que são comuns mesmo no serviço público (...) Temos que aceitar que isso é assim mesmo! Vai fazer o que (...) Deixar de trabalhar, de fazer o seu serviço. Não dá! (ENF1)*

Este relato denota o engajamento subjetivo da/o trabalhadora/or, que o conduz a um conflito paradoxal entre as dificuldades e escassez de recursos/ materiais e a necessidade de trabalhar, negando seu sofrimento ético diante do trabalho real e aceitando como comum, natural esta realidade laboral no serviço público.

Dessa forma, negligenciando a uma banalização o próprio sofrimento, deixando de problematizar seu próprio lugar neste trabalho.

Para Vasconcelos (2013), ao ser confrontado com o sofrimento ético, o/a trabalhador/a mostra-se com um comportamento indisponível e intolerante quanto às suas próprias emoções, revelando-se indiferente aos aspectos que o levam ao sofrimento. Explica que a estratégia defensiva adotada o leva à banalização do mal, conforme constructo teórico de Dejours, desenvolvido, mediante a concepção de banalidade do mal, de Hannah Arendt.

A autora enfatiza que essa banalização não é espontânea ou natural, mas induzida e mobilizada pelo trabalho, resultando a partir de um amplo processo envolvendo a mentira, uma distorção comunicacional. Inicia-se pela manipulação política da ameaça de precarização e exclusão social. Assim, os/as trabalhadores/as defendem-se do medo de exclusão, por meio da indiferença, sendo até cruéis muitas vezes com os outros.

O desvelar do sofrimento ético presente nos relatos das/os participantes nos invocam a importantes reflexões acerca de como estas/es trabalhadoras/es precisam lidar no seu dia-a-dia com o trabalho, mesmo diante de situações que vão de encontro às suas crenças e valores

peçoais e profissionais, quando precisam realizar tarefas sem ter todas as condições necessárias e, diante disso, nem sempre conseguir intervir efetivamente junto aos pacientes ou pelo fato de precisar tomar alguma decisão, em seu fazer laboral, incompatível com o que acredita ser mais coerente e/ou eficaz.

## CAPÍTULO 8

### OS MECANISMOS E ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO TRABALHO EM HIV/AIDS

Neste capítulo, serão analisadas as temáticas presentes nas entrevistas realizadas, onde as/os trabalhadoras da atenção em HIV/Aids do hospital precisam elaborar mecanismos individuais de defesa e estratégias coletivas, com os demais colegas da equipe multiprofissional, para fazer frente ao sofrimento psíquico vivido no ambiente de trabalho e transformá-lo em prazer, de forma a manter a saúde mental, mesmo diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho.

#### 8.1. Mecanismo Individual de Defesa “Vou trabalhar todo dia, feliz da minha vida!”

Diante das análises realizadas, corroboram Freire e Elias (2017) ao afirmar que ao utilizar-se de mecanismos de defesa, o trabalhador encontra um recurso do psiquismo para lidar com o mal-estar, evitando originalmente a patologia. No entanto, alertam que seu uso intensivo, ao invés de proteger, pode levar ao adoecimento, destes profissionais. Dão como exemplo, um trabalhador que nega um risco de contaminação e passa a ter comportamentos de risco e se expor à mesma, podendo levá-lo de forma inconsciente ao acometimento do adoecimento indesejado.

Baseando-se nos pressupostos da PDT, estes autores salientam que a saúde só se estabelece a partir da possibilidade real de cuidar de si e usufruir a vida, enfatizando parecer ser esta uma realidade difícil de ser vivenciada, por aqueles que trabalham em um hospital, mais especificamente, no contexto laboral em HIV/Aids.

O relato abaixo corrobora com as concepções teóricas, conforme mencionadas.

*Eu penso assim, mesmo que as condições não sejam com excelência, que haja alguma insatisfação, você precisa trabalhar, precisa do emprego (...) Então, pra que ficar reclamando! Se você sabe do seu salário assim, sabe da sua realidade e querer chegar no trabalho e só querer tá se lamentando, não adianta! Assim, eu **vou trabalhar todo dia feliz da minha vida**, todo dia se é pra trabalhar, vamos... (risos) Eu já sei como vai ser meu salário no fim do mês, eu sei mais ou menos quanto eu vou ganhar, então beleza! (risos) Eu sou uma das que menos dá trabalho pro meu chefe, pois eu vejo que não posso reclamar certas coisas se eu não cumprir minha obrigação. Também sei que minha insatisfação, não irá resolver nada! Não adianta achar que vai conseguir trabalhar pouco e ganhar muito! Essa visão das pessoas, é uma das poucas coisas que me incomoda, sabe? (AUX ENF)*

A referida fala destaca o mecanismo de defesa utilizado pela/o participante em seu cotidiano de trabalho, para que possa ver o seu trabalho não como algo penoso, difícil, exaustivo, mas como um fazer que lhe proporciona “**trabalhar todo dia feliz da vida**”, com a

ênfase que menciona esta e outras afirmações no decorrer da entrevista, em tons frequentes de risos e de busca de uma aprovação para o seu pensamento “otimista”, “positivo”.

Os comentários realizados quanto ao fato de já saber qual será o seu salário no final de mês, enfatizando que isso não mudará e que só cabe a ela trabalhar e não reclamar pelas condições que já sabe quais são. Ao mesmo tempo, indigna-se com comportamentos de outros colegas, que vão de encontro ao mecanismo de defesa que ela adotou, mas que ao mesmo tempo, demonstram a adoção do mecanismo de negação da própria realidade e de projeção diante das dificuldades e queixas de seus pares. Assim, atribui ao outro, aspectos que desvelam o seu íntimo de insatisfação e sofrimento, tal como é revelado pelos demais colegas de trabalho citados.

## **8.2. As Estratégicas Coletivas de Defesa**

Dejours (2004) conceitua as estratégias defensivas utilizando por base, o conceito de estratégias, advindo da Psicanálise, assim como de mecanismos de defesa do ego, que parecem ser iguais, mas distinguem-se na teoria. Nesse sentido, as estratégias defensivas constituem maneiras de como o sujeito ou grupo lida com o seu sofrimento, busca aliviar e normalizar sua situação emocional quando se depara com situações rígidas, em contradição e precarização no trabalho.

É importante ressaltar a diferença básica entre estratégia defensiva e de enfrentamento, onde a primeira não tem efeito sobre a causa, podendo levar o sujeito à alienação ou ser ineficaz com o tempo, e transformar-se em patologia. No enfrentamento, o sujeito ou grupo mobiliza-se a ter uma atitude ativa, transformando o sofrimento em criativo (Mendes & Vieira, 2014).

Pesquisadores, como Mariano e Carreira (2016), contribuem com esta análise, na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, ao falar das estratégias defensivas como sendo mecanismos através dos quais o trabalhador procura transformar e minimizar sua percepção da realidade, diante do que causa sofrimento. Assim, mencionam que se as defesas não forem eficazes, impedem a tomada de consciência no trabalho quanto às relações estabelecidas, conduzindo este trabalhador à tríade sofrimento/defesa/alienação, num ciclo vicioso que denota uma crise de identidade.

Dessa maneira, observa-se que há uma diferenciação entre os mecanismos individuais e as estratégias coletivas de enfrentamento, de acordo com o ambiente organizacional e os aspectos psicológicos mobilizados nas situações de trabalho. Assim, podem assumir diferentes formas de se manifestar, de acordo com a vivência subjetiva de cada trabalhador, em uma determinada organização.

É importante ratificar a diferenciação entre mecanismo individual e estratégia coletiva de defesa, uma vez que o primeiro permanece sem a presença física do objeto, interiorizado em cada indivíduo. No segundo é a presença de condições externas que mantém o consenso de um grupo de trabalhadores, pela busca de superação do sofrimento, onde há um contexto coletivo permeado pelo espaço público da fala e cooperação.

A partir da análise das estratégias coletivas de defesa, segue os eixos temáticos identificados no discurso das/os participantes da pesquisa.

### 8.2.1. A Estratégia “Dias de luta, dias de glória”

A seguinte fala demonstra o fato das/os trabalhadoras/es da área da saúde, muitas vezes, vivenciarem situações de exaustão, desgaste físico e emocional no trabalho, levando-as/os ao sofrimento psíquico. Estas/es trabalhadoras/es tem no sofrimento dos pacientes e familiares uma rotina frequente, lidam constantemente com a finitude da vida, com o sentimento de impotência e de tristeza do outro, além da intensa jornada e sobrecarga de trabalho, sentida em seu cotidiano de trabalho. Tais situações contribuem para a elaboração de estratégias defensivas coletivas, que silenciem e amenizem o sofrimento no ambiente laboral.

Os risos destacados na fala da/o participante, ao mencionar a frase “Dias de luta, dias de glória!”, assim como a afirmativa de ser este um lema considerado entre elas/es, ressalta a utilização de uma estratégia defensiva adotada para minimizar e enfrentar o sofrimento vivido pelo coletivo, ao trabalhar na assistência com pacientes de HIV/Aids, na organização de trabalho, no qual estão inseridos.

*Vemos muitas dificuldades no dia a dia, pacientes que chegam muito ruins e debilitados. Fora isso, as condições e sobrecarga de trabalho, que nem sempre são totalmente favoráveis! A gente usa uma frase assim, aqui (...) “Dias de luta, dias de glória!”(risos) Dias de luta é quando tá cheio de pacientes acamados, cheios de banhos nos leitos, pacientes com muitas infecções, pacientes muito graves, condições ruins para a realização nosso serviço... Esses dias pesados fazem a gente desanimar um pouco e pra alguns, até pensar em desistir... Mas vemos que tem dias que tudo está mais calmo, mais tranquilo, que temos pacientes em boa recuperação (...) São nestes dias que sentimos tudo valer a pena, que enfrentar nossas batalhas diárias sempre tem dias de recompensa (...) Vemos que são nesses dias de calma que precisamos nos apegar e seguir adiante, aceitando que nem sempre as coisas vão mal ou são todas negativas, que sempre há dias melhores para querer continuar nosso trabalho! É por isso que usamos muito essa frase “Dias de luta, dias de glória”, sendo mesmo uma espécie de lema entre nós! (risos) (ENF1)*

*A realidade do trabalho em infectologia, em HIV/Aids, numa estrutura hospitalar pública, nos impõe condições e sentimentos distintos, onde você se depara com as dificuldades que são inerentes ao serviço, onde você vai receber pacientes que chegam nas portas da morte, muito mal, totalmente debilitados, que irão exigir um empenho e esforços grandes de você e da equipe, para que ele possa ser recuperado, né! (...) Sendo estes dias, momento mais difíceis! Mas terão dias em que as coisas estarão mais tranquilas, que você terá o seu paciente tendo alta hospitalar, saindo mais consciente da necessidade de se cuidar. Penso que os dias vão se alterando e bons*

*e ruins, de perdas e ganhos (...) Assim, vamos levando e fazendo o melhor que podemos!* (MED RES2)

A referida expressão, mesmo que em outras palavras, foi demonstrada nas outras entrevistas, uma vez que ao mesmo tempo em que as/os participantes destacavam os aspectos adversos, as dificuldades e limitações das condições de trabalho, os relatos vinham acompanhados da afirmação da existência de dias tranquilos e apaziguadores, que amenizam ou suavizam a sensação de luta diária, possibilitando a adoção de uma estratégia coletiva defensiva, diante da convivência com a dor e do sofrimento psíquico na realização do trabalho em HIV/Aids, no contexto de referência hospitalar.

### 8.2.2. A Estratégia “O risco pode estar em qualquer lugar”

Mediante à realidade de trabalho, onde a questão da biossegurança é fortemente presente, uma vez que o contexto de trabalho incide a um elevado risco de contaminação, por uma doença em que há conhecimento acerca do seu poder de letalidade, se não tratada, existe uma preocupação, um receio, que no contexto atual mostra-se de forma mais velada. Assim, as/es trabalhadoras/es participantes da pesquisa, de forma unânime, demonstram em seus discursos que há uma cautela, a adoção de cuidados, em que, entretanto, são minimizados ou naturalizados com o passar do tempo, como uma estratégia de preservação da saúde mental, para que não haja essa preocupação constante e consigam lidar no dia-a-dia, sem a fixação do pensamento de que podem a qualquer momento ser contaminados e adoecer, assim como os pacientes, aos quais dão a assistência. Tal constatação, verifica-se nos relatos abaixo:

*Em relação aos cuidados (...) Óbvio que a gente tem receio, sabe que deve ter um pouco mais de cuidado quando a gente vai trabalhar com o paciente que a gente já sabe que é soropositivo. Ah, quando as pessoas falam que você trabalha num setor que tem um alto grau de risco de contaminação, se a gente não tem medo, aí costumamos fazer essa colocação “**O risco pode estar em qualquer lugar**”, que não é porque o risco é menor ou maior em um setor, que você não tem possibilidade de se contaminar. Só precisamos estar atentos e com a proteção necessária, mas trabalhar em HIV/Aids é tranquilo, no sentido de que a gente já sabe o diagnóstico do paciente (...) O difícil é quando você está em um setor que os pacientes não têm um diagnóstico definido e você pode acabar sendo contaminado por algum tipo de doença, sem saber!* (ENF2)

*A questão de se manter em segurança, evitar o contágio é necessário, mas não podemos achar que a qualquer momento iremos contrair HIV. O risco existe para todos no hospital ou em qualquer serviço de saúde, já que lidamos com doenças. Pra mim, o HIV é apenas mais uma doença, apesar de saber de sua gravidade e do fato de ainda não ter cura. Mas só o fato de já ter tratamento hoje, onde a pessoas pode viver uma vida inteira, é uma possibilidade importante para o paciente. Eu me cuido, mas o risco é algo que faz parte do no trabalho, sabemos disso!* (AUX ENF)

Dessa forma, os relatos foram marcados em alguns momentos por uma entonação de voz acentuada, ao citar esta questão dos riscos. Em outros momentos, acompanhados por risos, como se houvesse um certo velar, algo a se manter em sigilo, acerca do real sentimento diante dos receios, angústias e preocupações com o real do trabalho. Contudo, um sentimento racionalizado e negado, sem o desvelar do sofrimento vivido. Assim, demonstrando a adoção de uma defesa psíquica coletiva.

### 8.2.3. A Estratégia “Estamos aqui pra trabalhar”

Dentre as estratégias defensivas coletivas identificadas, alguns relatos elucidam as dificuldades ligadas às condições de trabalho, que foram mencionadas no capítulo que trata desse eixo temático, mas em alguns trechos de falas revelam, ao mesmo tempo, o discurso naturalizante e de conformação, diante dessas dificuldades. Dessa forma, buscam evitar ou minimizar o sofrimento psíquico no trabalho, partilhado pelo coletivo, diante de sua realidade.

Nesse sentido, segue um relato que anuncia uma das estratégias coletivas utilizadas, enfatizada na expressão “Estamos aqui pra trabalhar!”

*Acho complicado as condições físicas do hospital (...) É um prédio muito velho e com uma estrutura deficitária, que não acompanhou o tempo e as necessidades atuais. Há dificuldades estruturais, como a de racionamento no uso de medicamentos, por exemplo. Vejo que enfrentamentos muitas situações que poderiam ser melhor tratadas pela gestão, para que as coisas pudessem funcionar, de forma mais efetiva. Mas pensamos que essa é a realidade, que já sabemos que as coisas são assim! Pra que se desgastar ou ficar tentando questionar, determinar alguma coisa que não está sob nosso controle (...) Assim, sempre falo e meus colegas concordam... “**Estamos aqui pra trabalhar!**” Tendo problemas ou não, como qualquer trabalho, é o que nos garante pagarmos as nossas contas e seguir nossa vida (...)* (ENF1)

A partir da análise desse discurso, vemos o que Dejours (2007) enfatiza em relação à articulação de uma estratégia coletiva de defesa pautada na banalização do mal. Assim, argumenta que do ponto de vista clínico, esta é tomada sobre um dispositivo que se dá através de estágios, que quando ocorrem articuladamente, tem o poder eficaz de neutralização da mobilização coletiva contra a injustiça, contra o que não é correto, aquilo que traz insatisfação ou gera o mal a outrem, em nossa sociedade. Assim, cumpre seu papel diante daqueles fazem a adesão ao sistema, assim como aqueles que não o fazem, podendo tornar-se excluídos do grupo, do coletivo de trabalho ali presente.

### 8.2.4. A Estratégia “Temos que aceitar que é assim mesmo!”

Assim como as demais estratégias coletivas de defesa, o discurso que permeia e atravessa as dimensões do falar, das expressões diante dos meios encontrados para o enfrentamento dos aspectos da organização do trabalho que afligem e que causam mal-estar, são relatos que apresentam a necessidade destas/es trabalhadoras/es em mobilizar suas subjetividades e intersubjetividades, de forma a restringir e limitar a ocorrência do sofrimento psíquico na realidade vivida, nesse trabalho.

De tal forma, evidencia-se a estratégia traduzida pela expressão “Temos que aceitar que é assim mesmo!”, elucidadas nos seguintes relatos.

*Eu vejo que é uma grande dificuldade, às vezes, não ter o recurso pra trabalhar, não ter o material necessário ou o medicamento que o paciente precisa para se tratar, ter que se desdobrar para fazer a assistência, mesmo com as limitações. Mas enfim... essas coisas que são comuns mesmo no serviço público (...) Temos que aceitar que é assim mesmo! Vai fazer o que! (ENF1)*

*As coisas, digo o trabalho em HIV, não é tão simples assim (...) Temos as mais diversas dificuldades, ainda mais no serviço público, em um hospital que é referência e recebe pacientes de todos os lugares (...) Como já falei, temos condições que poderiam ser melhores, uma estrutura onde tudo pudesse fluir, acontecer sem tanta cobrança e pouco recurso, as coisas limitadas. Mas você precisa entender e aceitar que as coisas dificilmente vão mudar, não somos nós que vamos dizer como as coisas devem acontecer, ainda mais no serviço público (...) Acho que nos poupamos quando aceitamos as coisas como elas são, assim (...)! (TEC ENF)*

Diante destas falas, é possível analisar a estratégia adotada por estas/estes trabalhadoras/es, ao demonstrar que compartilham do pensamento de que dificilmente conseguirão ter algum poder de decisão para promover qualquer tipo de mudança, no referido serviço, ainda mais por considerarem ser uma característica inerente ao serviço público, onde acreditam não ter qualquer ingerência ou escuta, onde não há espaços de discussão coletiva, que possam dar vazão às suas demandas e necessidades, dentro da organização do trabalho. Nesse sentido, a estratégia possibilita a estas/es trabalhadoras/es o sentimento de que “nos poupamos quando aceitamos...”, o que significa dizer que estão encontrando um meio para se defender de um possível sofrimento, diante das situações que causam mal-estar no trabalho.

De modo geral, pode-se afirmar que todas estratégias coletivas defensivas utilizadas pelos trabalhadores acontecem mediante uma defesa protetora de racionalização, onde as/os trabalhadoras buscam pensar, agir e sentir de forma compensatória. Da mesma forma, também evidencia-se através de uma defesa adaptativa de negação, estas/es negam de forma inconsciente a existência do sofrimento no trabalho, colocando-se em submissão ao discurso do coletivo de trabalho e da organização.

Estas inferências corroboram com a teoria, destacadas em Moraes (2013), ao sugerir que as estratégias defensivas coletivas se dão mediante a um encadeamento e funções, onde os tipos de defesas são protetora, adaptativa e explorada, no qual possuem o fundamento de racionalização e negação, respectivamente. Assim, estas defesas teriam um papel de funcionamento no sujeito, onde este passaria a negar seu sofrimento e estabelecer modos operatórios e de sentir compensatórios, com a submissão à organização do trabalho, ao qual está inserido.

## CAPÍTULO 9

### O PRAZER E O RECONHECIMENTO NO TRABALHO EM HIV/AIDS

#### 9.1. O Prazer no Trabalhar em HIV/Aids

Ao adentrar na questão de como as/os trabalhadoras atribuem sentido ao trabalho, através da percepção do prazer em seu fazer laboral, aponta-se a contribuição teórica, onde segundo Mendes e Muller (2013) o prazer é mais do que um objeto em si e isolado, o prazer está associado ao sofrimento que emerge do confronto com o real do trabalho, sendo este, uma vivência acessada quando há vitória do trabalhar sobre as resistências do real.

Na visão de Moraes, Vasconcelos e Cunha (2012) quando o sujeito consegue, finalmente, criar uma solução para o impasse causador do sofrimento, usufrui da vivência do prazer, sentindo-a profundamente benéfica. Dessa forma, quando soluciona o problema, que parecia em algum momento, algo intransponível, o/a trabalhador/a se descobre mais hábil e competente, em relação ao que julgava antes. Afirmam que é nesse processo que ocorre a possibilidade da subversão do sofrimento em prazer, mobilizando a renovação do ânimo e entusiasmo no fazer do trabalho.

*Ah, eu gosto muito do que eu faço! Quando eu fui começar a fazer esse trabalho eu já tinha uma certa idade, eu tinha 32 anos, quando comecei. Claro que sempre existiram dificuldades, que vivemos coisas difíceis de lidar (...) Mas, com o passar do tempo eu fui aprendendo a gostar mesmo! Eu costumo dizer que só pode trabalhar como Técnico ou Auxiliar de Saúde quem gosta de ajudar as pessoas e ver, em primeiro lugar, a satisfação nisso e não no dinheiro. Eu sempre falo, gosto de estar ali, de fazer meu trabalho, de ajudar a mudar a vida de outras pessoas! Assim, é muito satisfatório quando a gente consegue recuperar um paciente, quando ele sai bem do hospital, que a gente tem notícia que a pessoa tá se cuidando e continua o seu tratamento. Sabemos que cura, cura pro HIV não existe, o vírus estagna... Ainda assim, é bom quando conseguimos conscientizar o paciente que ele precisa se cuidar! Isso traz prazer no serviço e na diferença que fazemos na vida deles! (AUX ENF)*

*Quanto a gostar do que faço, vejo que o nosso trabalho tem um papel social muito importante, onde a gente constrói uma relação muito boa com os pacientes (...) Eu já trabalhei em hospital privado e é muito diferente (...) No serviço público, até pelas condições das pessoas que nós atendemos, eles ouvem melhor a gente, valorizam e recebem muito melhor o teu trabalho. Isso faz a gente ver o que podemos fazer na vida deles e contribuir para que eles saiam recuperados. Isso é algo que dá sim prazer, nesse trabalho! Claro que não podemos deixar de falar do rico aprendizados todos os dias. (ENF2)*

*Assim, a gente que trabalha com o SUS, a gente trabalha porque gosta (risos), porque as condições de trabalho, muitas vezes não são as ideais. Pra você trabalhar no SUS, você precisa amar, ter paixão por isso. Eu gosto muito do meu trabalho porque eu me sinto contribuindo com essas pessoas, com o tratamento delas, eu sinto que é uma retribuição a mim mesma acerca de tudo que foi investido em mim, na minha formação, enfim (...) Ver os pacientes melhorarem depois, conseguir aderir ao tratamento, conseguir ter uma melhora clínica depois que eles fazem o atendimento psicológico é muito gratificante! Acho que isso é o que paga nosso trabalho, muito mais do que o salário. É poder contribuir, aprender, trocar e enriquecer mais ainda enquanto pessoas e profissionais da saúde mental. (PSI)*

Os presentes relatos exemplificam a presença do sentimento de prazer na realização do trabalho, na percepção satisfatória e gratificante ao se dar conta do papel profissional e social como fundamental para ajudar a recuperar as pessoas que chegam debilitadas e adoecidas ao hospital e, após o tratamento recebem alta e saem muito melhores, podendo dar continuidade ao tratamento, mobilizados pela conscientização que promovem junto aos pacientes, para seguirem com os cuidados necessários para continuidade de suas vidas. Assim, mesmo em meio às condições de trabalho, às adversidades enfrentadas em seu cotidiano, experimentam também a ressignificação disso em uma vivência prazerosa, de recompensa e satisfação diante da oportunidade de contribuição social, na qualidade de vida das pessoas, assim como nas interações e trocas com os colegas, no aprendizado diário na realização do trabalho prestado.

Nesse sentido, Marçal e Schlindwein (2020) ressaltam que o prazer atua como um princípio mobilizador da dinâmica existente entre o trabalho e o trabalhador, sendo fundamental para a continuidade na realização laboral e, principalmente, na preservação da saúde mental no trabalho. No entanto, ratificam que a procura pela obtenção do prazer, na tentativa de evitar o sofrimento torna-se algo incessante, na medida em que o trabalho age como inibidor do que sujeito realmente deseja, silenciando suas vivências de sofrimento, incitadas em sua subjetividade.

Dessa forma, destaca-se que é preciso considerar o papel da flexibilidade, como importante na manutenção da saúde psíquica dos trabalhadores. Deve-se reconhecer que o trabalho onde há possibilidade de ser organizado livremente, apresenta maiores chances dos indivíduos experimentarem diferentes habilidades psíquicas na situação de trabalho, com a adoção de mecanismos para descarregar as tensões e promover maior equilíbrio no funcionamento do aparelho psíquico. Assim, permite a transformação do sentido atribuído a um trabalho fatigante, para um trabalho prazeroso e equilibrante (Dejours, 2008b).

*A equipe da UDIP é muito boa, ela é diferenciada! A gente percebe que quando o paciente sai daqui e vai embora ou vai pra outros setores, eles comentam... “Ai eu gostei tanto daqui, do atendimento de vocês, nos tratam bem! É a humanização, sabe? Faz muita diferença na realização do trabalho em conjunto, da equipe de profissionais com os pacientes! Isso nos deixa gratificados com o trabalho, mesmo em meio às dificuldades do dia-a-dia. Sabemos que a partir disso, o fato de estarmos juntos, fazendo este trabalho tão importante, com os pacientes de HIV, dando o nosso melhor pela recuperação dele, muda muito a sua qualidade de vida! (ENF1)*

*Na minha relação com os pacientes, que é muito boa, sinto-me bem quando percebo e sinto a gratidão deles, da família, quando eles reconhecem a importância do que fazemos (...) Mesmo eu ainda sendo residente, estou sempre lidando com eles, intervindo. Temos a nossa supervisão, tudo que fazemos é consentido com o médico responsável, mas é gratificante sentir que contribuimos e que ajudamos a recuperar pessoas que chegam no hospital em condições de saúde muito ruins. É legal quando eles falam, agradecem mesmo! O trabalho cansativo torna-se gratificante! (MED RES1)*

*No nosso trabalho com o paciente, a gente consegue ver um retorno, quando isso é possível, claro! Nem todos conseguimos recuperar. Agora ver que ele, muitas vezes, chegou bem ruim e conseguimos melhorar, é muito bom! Durante a internação, o tempo que ele está aqui a gente, com o trabalho de conscientizar, pra ele se cuidar e não deixar agravar, é legal! Nos sentimentos bem quando vemos essa mudança, quando o paciente sai em melhores condições do que quando entrou. É bacana ver que demos alguma condição para que eles sigam a vida lá fora. Aí é que vemos que fazemos muita diferença para eles. Quanto ao trabalho com os meus colegas, pelo menos dos que tenho mais contato, a categoria médica, a gente interage bem, troca ideias, se ajuda. É um ambiente gostoso de trabalhar! (MED)*

Através desta fala, também reiteram-se as concepções teóricas da PDT, acerca do sentido dado ao trabalho, quando é atribuído pela/o trabalhadora/or a transformação das situações e condições adversas, em resultados que se vêm como gratificantes, que a/o fazem gostar do fato de trabalhar com os pacientes de HIV/Aids, nesse contexto laboral hospitalar, especificamente. Percebe-se, nesse discurso, o prazer advindo da gratidão dos pacientes e familiares, dos elogios quanto ao atendimento humanizado realizado, quando da internação no setor de HIV/Aids, assim como de todas as conquistas e aprendizados constante na formação e desenvolvimento, enquanto profissionais da área da saúde.

## **9.2. O Reconhecimento no Trabalho na Atenção em HIV/Aids**

Pensar a saúde no trabalho, na concepção teórica da PDT, significa refletir acerca de uma construção mediada pela dinâmica intersubjetiva do reconhecimento, quando o sujeito confere em seu fazer laboral o julgamento de utilidade, de beleza ao trabalho, se vê diante da possibilidade de construção de sua identidade como trabalhador, conferindo-lhe um atributo central para a obtenção e preservação de saúde psíquica (DEJOURS, 2012).

Partindo dessa concepção, segundo Gernet e Dejours (2011) o reconhecimento no trabalho consiste em uma forma de realização do "eu", no campo social do qual o sujeito faz parte. Assim, o reconhecimento acontece como um aspecto ligado à construção da identidade, realizada pela mediação com a atividade de trabalho.

Implica afirmar que o reconhecimento se dá através do julgamento dos pares, só sendo possível diante da existência de um coletivo ou de comunidades de pares estabelecidos, no contexto de trabalho. Nesse sentido, o elo sensível da intersubjetividade identitária no trabalho, seria mobilizado através dos coletivos, onde o reconhecimento teria um papel crucial na estabilidade mental e da identidade do sujeito, no mundo do trabalho.

De acordo com Bendassolli (2012), na PDT o reconhecimento é visto como essencial nos processos de saúde, na construção identitária dos sujeitos, assim como no sentimento de prazer no trabalho. Nesse sentido, enfatiza a relação que há entre a falta de reconhecimento e

os processos de despersonalização dos trabalhadores, que incidem em sofrimento e adoecimento, muitas das vezes.

Aponta que, em Dejours, afirma-se que o reconhecimento está ligado à criação de julgamentos sobre a qualidade do trabalho feito e não sobre o sujeito, mencionando que "o reconhecimento pela qualidade do trabalho pode inscrever-se no nível da personalidade, em termos de ganhos no registro da identidade" (p. 42).

No discurso abaixo mencionado, identifica-se a dinâmica do reconhecimento no trabalho, tal qual fundamenta-se essa temática, na concepção teórica da PDT.

*Eu me relaciono bem com os colegas de trabalho, mesmo os que chegaram mais recente. Eu pude recebê-los, ajudá-los e mostrar a DIP, a rotina, a assistência nos leitos (...) É legal ver o nosso trabalho contribuindo com outros profissionais e, também, saber que eles contribuem com a gente, no nosso trabalho! Sentimos um outro ânimo quando sabemos que podemos ajudar e também contar com um colega, de que não estamos sozinhos naquela situação, muitas vezes difícil. Poder estar num trabalho, onde sentimos que somos úteis, importantes e que podemos uns com os outros, que eles reconhecem o que você faz, também é bem legal! Sinto-me feliz em fazer parte disso! (AUX ENF)*

*O perfil dos pacientes varia muito, mas a maioria reconhece sim o nosso esforço e tudo mais (...) A gente lida com uma clientela muito simples, muito humilde e eles ficam muito agradecidos por absolutamente tudo, pelo fato de ter comida pra eles no hospital, pelo fato da gente fazer a visita, de conversar com eles (...) Isso pra eles já é fantástico! Acho que a vida deles já é tão difícil, a dificuldade lá fora é tão grande de conseguir um atendimento, que quando eles chegam aqui e são ouvidos, que eles recebem medicamento e tudo mais, eles agradecem muito a gente. A situação de estar toda a equipe junta, trabalhando no mesmo sentido, é que dá esse feedback de estar fazendo a coisa, não é? Todos me conhecem, já estou a algum tempo aqui e sinto esse reconhecimento dos colegas, da direção (...) Eu sei que posso contar, alguns foram meus professores, alunos, então a gente consegue conversar de uma forma clara, trocar ideias e se respeitar. O dia-a-dia traz a recompensa, esse reconhecimento entre todos da equipe. (MED)*

Neste relato, verifica-se o julgamento de utilidade que as/os trabalhadoras/es vêm na realização do seu trabalho, assim como a presença do julgamento de beleza diante da contribuição dada e recebida pelos colegas, traduzidas em um sentimento de solidariedade não expressa com estas palavras. Assim, nota-se em seus comentários o sentido dado à sua própria construção identitária, enquanto sujeito que sente importante no trabalho que desenvolve e na relação de troca e ajuda mútua obtida entre seus colegas, revelando o reconhecimento por pares, conforme conferido no embasamento teórico realizado, ao longo deste estudo.

Sob este olhar, pode-se frisar a existência de uma retribuição simbólica quando o reconhecimento dá sentido à realização desta/e trabalhadora/or, diante das expectativas presente em sua subjetividade. Assim, avalia-se que a "cooperação é indissociável da economia da identidade e da saúde mental no trabalho", na dinâmica do reconhecimento (Dejours, 2004, p. 76).

Contrapondo-se à dinâmica do reconhecimento, alguns/umas relataram sentirem-se reconhecidas/os pelos pacientes, familiares e colegas mais próximos do trabalho, seus pares.

Entretanto, afirma não se sentirem reconhecidas/os pela alta gestão ou pela/o enfermeira/o, que está em uma posição hierárquica superior, onde segundo as/os mesmos, falta ter esse maior grau de aproximação, empatia e apoio na realização do trabalho realizado pelos Técnicos de Enfermagem.

Nesse sentido, cabe o destaque à seguinte fala:

*No meu entendimento, há sim o reconhecimento dos pacientes, dos familiares que estão com eles, existe o reconhecimento entre os colegas técnicos. A gente procura se ajudar, dar apoio um pro outro. Vejo que isso ajuda muito pra fazermos nosso trabalho, quando nos sentimos com suporte, vemos que temos com quem contar. Nosso trabalho nem sempre é fácil, temos que dar banho no paciente, fazer força pra poder dar a assistência, são várias atividades (...) Quando alguém ajuda, dá um alívio! Não vejo, às vezes, esse reconhecimento da nossa gerente e enfermeiro, parece que o que a gente faz não passa mais do que nossa mera obrigação, não há um elogio, uma interação ou ajuda. Alguns colegas, assim como eu, comentam e sentem isso (...)* (TEC ENF)

Dessa forma, segundo Gernet e Dejours (2011), sem a dinâmica do reconhecimento não há, de fato, a transformação do sofrimento em prazer, e não se encontra um sentido para o trabalho. Assim, o não reconhecimento da/o trabalhadora/or ocasionaria em acúmulos que poderiam levá-lo ao desenvolvimento de uma patologia de descompensação psíquica, ou ainda, somática. Nessa perspectiva, o reconhecimento do trabalho tem um papel singular, na compreensão e percepção dos sujeitos no trabalho, enquanto aspecto fundamental na estabilização de sua identidade, evitando o risco de adoecimento psíquico e somático, das/os trabalhadoras, em seu universo laboral.

Assim, analisa-se que o trabalho deve ser facilitador da construção da identidade no campo social, possibilitando à/ao trabalhadora/or a esperança de reivindicar o direito de contribuir para o interior de sua comunidade, onde sintam-se reconhecidos pela hierarquia e seus pares. Em particular, nesse estudo, o reconhecimento também se dá diante da gratidão dos pacientes e familiares atendidos pelas/os trabalhadoras.

## CAPÍTULO 10

### A PANDEMIA DA COVID-19 E A PESQUISA NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS

Notadamente, no decorrer dos meses deste ano, as/os trabalhadoras/es de saúde têm enfrentado uma realidade ainda mais adversa em suas organizações de trabalho, com o advento da epidemia do novo coronavírus (COVID-19), surgida em Wuhan (China), ao final do ano de 2019 e que alcançou classificação de pandemia no início de 2020, conforme anunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Revelou-se, então, o alastramento mundial, de um vírus com potencialidade letal irremediável, em muitos pacientes por ele acometidos. Por tratar-se de uma doença infectocontagiosa e, de uma rápida e expansiva forma de contaminação, trouxe sérias consequências para o real do trabalho, sendo tratado aqui, especialmente, o contexto laboral identificado junto às/aos profissionais inseridos nos serviços de atenção em HIV/Aids, objeto de estudo da presente pesquisa.

Antes de tudo, é importante destacar que de acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 - PEP Covid-19 (2020), devem ser priorizadas ações de enfrentamento à COVID-19, visando a proteção física e psicossocial das pessoas que atuam na saúde e nas áreas essenciais, com maior ênfase na biossegurança e em mecanismos para diminuição do sofrimento psíquico. Estas ações devem incluir ampla cobertura em vigilância em saúde, nos mais distintos territórios e nos ambientes de trabalho, no país.

Assim, a então referida PEP Covid-19 ressalta os aspectos relacionados à sobrecarga e pressão no trabalho, medo, incertezas, assédio moral, falta de um plano de biossegurança na maioria dos ambientes hospitalares, acesso limitado aos EPIs, que tem como consequências o grande número de casos e de óbitos por COVID-19, entre essas/es trabalhadoras/es. Associada a esta realidade, há um cenário onde experimentam sofrimento psíquico, necessitando a organização de redes de proteção à saúde dessas trabalhadoras e trabalhadores, durante e após a pandemia. Além desses fatores, o documento ressalta que a maioria de profissionais de saúde e trabalhadores de serviços essenciais são mulheres que também assumem a carga de trabalho doméstico, diferentemente da maioria dos trabalhadores homens, decorrente das desigualdades de gênero existentes na sociedade brasileira.

Segundo Prado e colaboradores (2020), mediante ao rápido crescimento quanto ao número de profissionais de saúde infectadas/os pela COVID-19, assim como todo o estresse e pressão que têm sofrido em seu trabalho, aponta-se que a saúde mental dessas/es profissionais constitui-se uma grande preocupação, que requer maior atenção e ações de políticas públicas.

Já a concepção proposta por Boaventura-Santos (2020), nos colocar a reflexões sensíveis no cenário econômico e social atual, apontando a pandemia da Covid-19 como a luz a projetar aquilo que estava e continua a nos cegar, ao qual irrompe à luz dos mercados empalidecidos e à escuridão com que nos ameaçam, se não prestarmos a devida servidão, estruturada historicamente, nas sociedades modernas e contemporâneas. Afirma ser o surgimento desta doença, um convite ao necessário desvelar das relações de mercado, das organizações de trabalho e das urgências reivindicadas pelas classes trabalhadoras.

No que tange à saúde coletiva, a referida pandemia associada à realidade de precariedade na liberação de recursos públicos em saúde coletiva, revela suas principais contradições, suas demandas emergentes e urgentes de reparação, assim como a necessidade de uma maior atenção ao cuidado sanitário e no âmbito da saúde pública, como um todo. Diante desse prisma, há de se pensar a saúde mental das/os trabalhadoras/es, em organizações de trabalho que demandam transformações imediatas no mundo do trabalho, na atenção e assistência em saúde às populações, onde se faz recorrente os anseios por melhores condições para este cuidado e importante fazer laboral.

Nesta pesquisa, verificaram-se alguns atravessamentos da pandemia da Covid-19, quanto à rede de atenção e assistência em HIV/Aids, onde os serviços ofertados foram imediatamente impactados pela nova realidade em saúde pública, onde muitos foram suspensos e/ou tiveram a disponibilidade de atendimento à população reduzidas de forma significativa, dando prioridade, conforme prevê a PEP Covid-19, aos casos de suspeita ou confirmação da nova doença.

Em uma das entrevistas realizadas no presente estudo, é possível constatar o impacto da pandemia, levando a uma nova realidade, nas organizações de trabalho em saúde, especialmente nos serviços de infectologia, como é o caso da instituição hospitalar ao qual realizou-se a presente pesquisa, que assim como é referência em HIV/Aids passou a ser referência no atendimento e internação, nos novos casos de Covid-19.

Segue o trecho do relato de uma/um das/os participantes da pesquisa, trabalhadora/or do referido hospital, ilustrando esta nova realidade laboral e de mudanças no atendimento aos pacientes de HIV/Aids.

*[...] Com o surgimento da pandemia da Covid, os pacientes de HIV/Aids ficaram em baixa no atendimento do setor da DIP. Só tem mais os pacientes suspeitos e não suspeitos de Covid, sabe? Não tem mais pacientes chegando de HIV... Só aqueles que já estavam lá... Abriu um espaço maior pra Covid! Se tiver de HIV, meu Deus, é contado no dedo, os que ainda estão lá! Os que tinham, alguns receberam alta, outros ainda tão lá... Na verdade, como agora eu tô só no apoio, não tô sabendo informar se ainda estão internando pacientes de HIV, no hospital. Fizeram uma separação, onde quem vem como suspeito de Covid fica pra um lado e quem vem como*

*confirmado da doença, fica para o outro lado. Os pacientes de HIV são muito poucos... Como eu te disse... Só ficaram uns, que eu acho que esqueceram por lá! (risos) (AUX ENF)*

Nesta fala, verifica-se a prioridade dada pelo serviço público de saúde, mediante à nova pandemia da Covid-19, diante do que já foi mencionado aqui, evidenciando um silenciamento e patamar de segundo plano, em termos de prioridade, para os casos de atenção em HIV/Aids, em um momento histórico atual que demarca um outro tipo de visibilidade social, política e cultural, desde o surgimento da epidemia de HIV/Aids, no mundo e, especialmente, no Brasil.

Para além das questões mencionadas, é válido enfatizar que a nova realidade de trabalho também impactou no processo de saúde e adoecimento das/os próprias/os trabalhadoras/es do referido hospital, uma vez que dentre as/os 8 participantes da pesquisa, 5 mencionaram ter contraído a Covid-19, mesmo que em grau leve e que todos presenciaram o adoecimento de colegas de trabalho, assim como a elevada movimentação no intuito de salvar vidas e proteger a si mesmos, além de seus familiares em casa. A constante presença da preocupação quanto à contaminação, o risco de contaminar seus parentes e o sofrimento diante de perdas, lutos enfrentados por pessoas em atendimento, de amigos e todo o cenário instaurado, constituiu-se como potencializar de impactos significativos, na saúde mental destas/es trabalhadoras, público-alvo de interesse da nossa pesquisa.

É importante ressaltar ainda, que além dos atravessamentos quanto à disponibilidade no atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids, nos diferentes serviços da rede de atenção no país, constataram-se dificuldades significativas para a realização e viabilização da presente pesquisa, uma vez que foram suspensas as pesquisas dentro do hospital e restrito totalmente o acesso físico às/aos trabalhadoras/es de saúde, que constituíam as/os participantes propostas/os para o estudo em questão.

Dessa forma, enquanto pesquisadora, a nova realidade imposta, com todas as dificuldades vivenciadas para a viabilidade do estudo, associada à situação de isolamento social, medo e preocupação pessoal e familiar quanto à possibilidade de adoecimento pela Covid-19, a necessidade de dar continuidade ao referido estudo, somaram-se como elementos também impactantes, para nossa saúde mental no fazer deste trabalho acadêmico-científico.

Reitero que é necessário posicionar-se, destacar os atravessamentos sentidos e vividos, uma vez que muitos alunos/as, professores/as, pesquisadores/as, cientistas e trabalhadores/as do mundo inteiro sofrem até o momento com as dificuldades com as quais encontrei, diante de um cenário pandêmico nocivo, com a ausência de uma vacina com eficácia cientificamente comprovada, onde a população ainda não foi imunizada e os novos casos de vítimas da Covid-19 permanecem a existir diariamente, no país e no mundo todo.

Contudo, saliento que apesar de toda essa conjuntura, a mobilização subjetiva ao qual fui convidada a enfrentar, transformando meus medos, inseguranças e preocupações em um sofrimento criativo, possibilitou-se um espaço à gratificação em dar voz às/aos trabalhadoras/es, participantes da pesquisa, num momento tão necessário e delicado como o de agora. O prazer pela construção identitária, diante da conclusão deste estudo e das reverberações que podem permitir junto aos estudos de saúde mental no trabalho, mais especificamente na atenção em HIV/Aids, já dão como realizada em meu fazer proposto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado nesta dissertação possibilita reflexões importantes, em articulação com as bases teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, permite pensar a saúde mental no fazer laboral de trabalhadoras/es de saúde, no contexto de uma organização hospitalar, na atenção em HIV/Aids. Assim, amplia o olhar e a análise acerca dos aspectos desta organização e suas respectivas condições de trabalho, evidenciando os elementos que atravessam esta realidade de atuação profissional, no campo da saúde coletiva e as nuances diante do sentir, do pensar e do agir das/os trabalhadoras/es, nela inseridos.

De tal modo, Dejours (2004) têm demonstrado a experiência afetiva e corporal de sofrimento, pelo qual o trabalhar passa. Destacam a mobilização subjetiva, desvelada na articulação do desejo, na busca por soluções, em relação ao poder de sentir, pensar e inventar, frente a situações inesperadas pelo trabalhar, requerendo uma inteligência em ação (prática) e onde o sofrimento em contato com o real do trabalho faz parte do processo que une a subjetividade ao trabalho vivido.

Sob este olhar, a PDT corrobora com os estudos levantados e mencionados, assim como com a presente pesquisa, devendo-se ressaltar que para ele o trabalho constitui-se no processo de mediação entre o inconsciente e o meio social (Dejours, 2008), onde o trabalhador produz a sua contribuição no contexto das relações sociais, na busca pelo reconhecimento e por um espaço de construção e fortalecimento psíquico, na constituição de sua identidade neste trabalhar.

É válido mencionar o percurso realizado, onde considerou-se de extrema relevância fundamentar teoricamente este trabalho através de um vasto levantamento de informações e seu estado da arte, consultando as pesquisas em HIV/Aids realizadas pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFFPA, até as produções e publicações acadêmicas e científicas realizadas no Brasil, nos últimos dez anos, que relacionam a PDT aos estudos com trabalhadoras/es de saúde, na rede de atenção em HIV/Aids.

Além disso, definiu-se como importante uma maior contextualização histórica, das políticas públicas e de como se deram os movimentos sociais que eclodiram no país, diante da epidemia de HIV/Aids, antes de realizar-se qualquer imersão na compreensão acerca da saúde mental no trabalho, das/os profissionais inseridos no universo laboral desse cuidar.

É importante destacar o cenário político atual, diante dos esvaziamentos e infração a alguns direitos conquistados ao longo de décadas, onde o Governo Bolsonaro busca invisibilizar

o Departamento de HIV/Aids, adotando medidas que colocam em risco as PVHA. Notadamente, em uma nota informativa, publicada no dia 07 de Dezembro de 2020, o Ministério da Saúde informou que o Governo Bolsonaro deixou vencer um contrato e suspendeu a coleta de exames de genotipagem do HIV e HCV no Sistema Único de Saúde (SUS), esvaziando ainda mais os programas de HIV e Hepatite C. A saber, é importante ressaltar que os exames de genotipagem são fundamentais para definir o esquema de tratamento do HIV mais adequado para quem desenvolve resistência a algum medicamento. Assim, denota-se mais uma grave situação de descaso e negligência com as políticas públicas conquistadas, ao longo de décadas, às PVHA, que infringe direitos, colocar vidas em risco e que precisa ser enfrentada e combatida por toda a sociedade civil, de forma urgente e imediata.

Assim, tornou-se possível um olhar mais atento e sensível para os discursos presentes nos relatos das/os participantes, que revelam inúmeras nuances dessa atuação em saúde. Notadamente, identificou-se que mesmo diante do avanço do tratamento e informações acerca do HIV/Aids, passadas quatro décadas desde o seu surgimento, ainda há a permanência do estigma, no imaginário social acerca da doença. Verifica-se que entre as/os trabalhadoras/es se dá de forma inconscientemente negada, mas destacadamente evidente entre os pacientes e familiares, quando estes se deparam com o diagnóstico ou quando decidem omitir a informação de amigos e pessoas conhecidas, por medo da exclusão e recusa social. Tal aspecto traz considerável sofrimento psíquico aos pacientes e familiares acompanhantes, criando uma atmosfera permeada pelo adoecimento, dor e sofrimento do outro, no contexto de trabalho das/os profissionais, nela inseridos.

Nesse sentido, faz-se necessário enfatizar que mesmo diante da imagem de cronicidade da doença, onde o tratamento medicamentoso com os antirretrovirais possibilitou a qualidade e longevidade da vida para as PVHA, tranquilizando até certo modo as pessoas quanto ao seu poder de letalidade, ainda assim, no âmbito da internação hospitalar, quando os pacientes chegam em estado de agravamentos e complicações da doença não tratada, afeta diretamente a subjetividade das/os trabalhadoras/es, atravessando as emoções, sentimentos e afetos destes, diante dessa realidade.

Ressalta-se que a questão do estigma também envolve as questões de biossegurança, desencadeando-se nas reações de medo e receio diante dos riscos de contaminação, enquanto elementos potenciais de dúvidas e preocupação no fazer laboral, ainda que conscientemente negada e silenciada pelas/os trabalhadoras. A intensa e exaustiva jornada de trabalho associada às tensões diárias e aos receios, dúvidas e incertezas dos pacientes e familiares ao precisar lidar

com o sentimento de finitude da vida e do medo da morte, afetam diretamente o estado emocional e psíquico das/os profissionais de saúde ali existentes.

Além de todos os aspectos mencionados, é urgente pensar nos impactos e ações futuras necessárias para minimizar e/ou solucionar questões que envolvem as condições de trabalho, tais como as relatadas pelas/os participantes, quanto às deficiências na estrutura física e predial do local de trabalho, escassez de recursos, insumos e medicamentos, anseios por maior rodízio e frequência do serviço de limpeza, assim como tudo que possa promover a existência de um ambiente mais confortável para as/os trabalhadoras/es, pacientes e acompanhantes. Aspectos estes que também recaem em impactos para a saúde da/o trabalhadora/or, nesse contexto.

No que se refere aos mecanismos e estratégias de defesa destas/es trabalhadoras/es, no enfrentamento ao sofrimento psíquico no real do trabalho, onde busca-se a sua transformação em fonte de prazer, é válido destacar que estas/es operam pelo mecanismo de negação dessa realidade, para evitar o contato com o sofrimento e conseguir seguir com suas responsabilidades e atribuições laborais, sem sucumbir aos medos, receios, angústias e todos os sentimentos que permeiam o universo da internação de pacientes críticos de HIV/Aids. Assim, o coletivo de trabalho adota estratégias de defesa que são dadas por meio de frases, risos e afirmações que negam e silenciam o que realmente sentem, protegendo e racionalizando seus modos de pensar, agir e sentir o fazer laboral. Da mesma forma, utilizam-se de pensamentos compensatórios, para persistir com a necessidade de trabalhar e manter-se com saúde e disposição para o trabalho.

Diante do sentido identitário e transformação do sofrimento em modo criativo, o estudo identifica que o prazer se dá através do sentido dado à contribuição social do trabalho realizado, pela recuperação e gratidão dos pacientes e familiares, no constante aprendizado e apoio mútuo entre as/os trabalhadoras/es. No que se refere ao reconhecimento, é experimentado de forma destacada pelos pares, quando estes elogiam, ajudam e valorizam o trabalho uns dos outros.

É relevante ilustrar que não foi mencionada a existência de grupos de discussão coletiva, onde as/os trabalhadoras/es possam falar de seus sentimentos, angústias e anseios no fazer laboral. Atribuem que por ser um ambiente hospitalar, onde a jornada diária é intensa, onde o número de trabalhadoras/es não é o mais satisfatório possível, onde as condições de trabalho encontram-se sob o controle da gestão e posições hierárquicas definidas, onde o trabalho prescrito não dá espaço a mudanças de processos de execução das atividades laborais, não há locais ou momentos exclusivos, destinados a este diálogo coletivo. Foi apontado que estas interações e trocas afetivas se dão no dia-a-dia de trabalho, com os colegas no momento da atenção e cuidado aos pacientes, sem que haja um espaço reservado para as discussões no coletivo.

No tocante a essa questão, Dejours (2004), ao desenvolver a concepção teórica de “*espaço público de discussão*”, define-o como um lugar genuíno onde os trabalhadores podem sentir-se confortáveis para problematizar e elaborar questões relacionadas ao trabalho, onde a palavra pode circular livremente, sem que a ocorrência de represálias e com a possibilidade de resgate dos vínculos afetivos, a solidariedade e cooperação entre todos, permitindo a construção de um coletivo de trabalho mobilizador da promoção da saúde mental no trabalho.

No entanto, ressalta-se neste estudo, a existência do sofrimento criativo diante das situações vividas, onde é possível ressignificar e transformar as dificuldades e problemas enfrentados no cotidiano de trabalho, utilizando-se de uma inteligência prática para conduzir as atividades com soluções alternativas e modos operatórios onde o real do trabalho se dá, permitindo a sua permanência e sentidos para a realização da assistência aos pacientes. Ainda assim, estas/es trabalhadoras/es deparam-se com o sentimento de um sofrimento ético significativo, diante do fato de não ter as condições ideais de trabalho e/ou da necessidade de acatar normas e processos de trabalho que limitam a possibilidade de melhor atendimento aos pacientes, na recuperação destes.

De tal modo, Ambrósio, Lima e Traesel (2019) destacam alguns aspectos importantes, que corroboram com o presente estudo, ao ressaltarem que as situações caracterizadas pela presença do sofrimento no trabalho, seja ético ou patogênico, podem se reconfigurar através da intervenção no ambiente de trabalho, onde se promova a existência de espaço para o sofrimento criativo, que permita que o trabalho constitua-se em agente de contribuição à saúde e não ao adoecimento das/os trabalhadoras/es.

Por fim, ainda que as reflexões sejam inesgotáveis, sugere-se a necessidade de criação de ações de intervenção nos espaços de trabalho, que levem em consideração as vivências dos trabalhadores, que respeitem as questões éticas do fazer laboral, onde se possa efetivamente ocorrer uma transformação no mundo do trabalho, com práticas mais inclusivas, onde a gestão possa estar mais próxima de suas/seus trabalhadoras/es e juntos possam potencializar a construção de políticas efetivas, na promoção do bem-estar e saúde mental no trabalho. Especialmente, no ambiente laboral que envolve o cuidar e assistir às PVHA, onde requer-se um olhar mais sensível, atencioso e que possibilite o cuidado, não somente ao paciente de HIV/Aids, mas também à/ao trabalhadora/or, no contexto da atenção em saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, G. G.; PEDRO, M. J. **Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva.** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, V. 43, N. 120, p. 194-206, Jan-Mar, 2019.

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2007.

AMBRÓSIO, E. G.; LIMA, V. M.; TRAESEL, E. S. **Sofrimento ético e moral: uma interface com o contexto dos profissionais de enfermagem.** Revista Trabalho (Em)Cena. Palmas, V. 4, N. 1, p. 258-282, 2019.

AYRES, J. R. C.M. **Cuidado: tecnologia ou sabedoria.** Interface, vol.4, n.6, p. 117-20, 2000. Disponível em: <[http://uece.br/cmaccclis/dmdocuments/antonio\\_germane\\_alves\\_pinto.pdf](http://uece.br/cmaccclis/dmdocuments/antonio_germane_alves_pinto.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2018

\_\_\_\_\_, J. R. C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface, vol.8, n.14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1414](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414)>. Acesso em: 03 nov. 2018

ATHAYDE, M. **Resenha do Livro Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Selma Lancman & Laerte I. Sznelman (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. 346 pp. Cad. Saúde Pública, vol.21, nº 3, Rio de Janeiro, May/June 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000300039](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300039)>. Acesso em 19 set. 2018.

BARROS, N. B.; GUIMARÃES, C. M; BORGES, O. S. **Políticas de saúde e prevenção ao HIV/Aids no Brasil 1982-2012.** Estudos, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 537-546, out/dez, 2012.

BARROS, J. D. O.; LANCMAN, S. Entrevista com Christophe Dejours. **A Centralidade do Trabalho para a Construção da Saúde.** Revista de Terapia Ocupacional, USP, v. 27, n.º 2, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/119227/116632>>. Acesso em 19 set. 2018.

BASTOS, F.I.; SWARCWALD, C. L. **Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas.** Caderno Saúde Pública, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2001.

BENDASSOLLI, P. F. **Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas.** *Psicologia em Estudo*, v.17, N.1, p. 37-46, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722012000100005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100005&lng=en&tlng=pt)> Acesso em: 18 outubro de 2020

BONALDI, C. et al. **O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: IMS, UERJ, p; 53-72, 2007.

MERLO, A. R. C. **Trabalho Globalizado, Patologias da Solidão e Atenção à Saúde Mental.** In Braga, I. F., Velasques, M. C. C., Morosini, M. V. C., Batistella, R. R. C., Lima, J. C. F. & Chagas, D. C. (Orgs.). *O Trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p: 169-182, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2012/atencao-em-saude-mental-nos-servicos-especializados-em-dstaid-2012>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01\\_16\\_01\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html)>. Acesso em: 12 set. 2020.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **História da AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2019.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-tb-hiv-2019>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

\_\_\_\_\_, Ministério do Trabalho. **Portaria Nº 877, de 24 de Outubro de 2018**. Escola Nacional de Inspeção do Trabalho (ENIT). Brasília: Ministério do Trabalho, 2018.

BUENO, Marcos; MACÊDO, Kátia B. **A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras**. Ecos, v.2, n. 2, Goiás, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1010/723>>. Acesso em: 25 set. 2020.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989. Disponível em: <[http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU\\_\\_Pierre.\\_O\\_poder\\_simb%C3%B3lico.pdf](http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU__Pierre._O_poder_simb%C3%B3lico.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. C. (2017). **Clínica do trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores**. *Psicologia & Sociedade*, 29, 1-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e156376.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020

CALAZANS, G. J. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens**. São Paulo: Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2018. 223 p. Tese de Doutorado. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22102018-120508/en.php>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CANÇADO, V. L.; ANNA, A. S. S. **Mecanismos de defesa**. In F. O. Vieira, A. M. Mendes & A. R. C. Merlo (Orgs), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Juruá, p. 249-254, 2013.

CASTILHO, E.; CHEQUER, P. **Epidemiologia do HIV/Aids no Brasil**. In: PARKER, R. (Org.) *Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, ABIA, p. 17-44, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000147&pid=S1414-8145201200010001500002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000147&pid=S1414-8145201200010001500002&lng=pt). Acesso em: 13 out. 2017

CEZAR, V. M; DRAGANOV, P. B. **A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética**. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26042165006> Acesso em: 10 jan. 2019.

CHERQUER, P. **Direitos humanos, parceria com a sociedade civil e fundamentação científica: bases da resposta brasileira**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Histórias da luta contra a AIDS 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DANIEL, H.; PARKER, R. **Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. Iglu Editora, São Paulo, 1990.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIARUX, F. **Por um Trabalho, Fator de Equilíbrio**. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, vol. 33, nº 3, São Paulo, maio-jun. 1993. Disponível em: <http://rae.fgv.br/rae/vol33-num3-1993/por-trabalho-fator-equilibrio>. Acesso em 19 set. 2017.

DEJOURS, J. C. ABDOUCHELI, E. , JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1ª Edição. São Paulo: Atlas, 2014.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização. Dimensões esquecidas*. São Paulo, Atlas, p.149-173, 1993.

\_\_\_\_\_. **Subjetividade, trabalho e ação**. *Revista Produção*, São Paulo, v.14, n.3, p.27-34, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Fator Humano**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005

\_\_\_\_\_. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

\_\_\_\_\_. **Trabalho, Tecnologia e Organização**. Cadernos de TTO, 2 – A avaliação do trabalho submetida à prova do real. Orgs. Laerte Idal Sznelmwar e Fausto Leopoldo Mascia. São Paulo: Blucher, 2008a

\_\_\_\_\_. **Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem**. In, Lancman, S. & Sznelmwar, I. L.(Orgs). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. (2ª. ed., cap. 4, pp. 143-158). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ Brasília: Paralelo 15, 2008b.

\_\_\_\_\_. **A carga psíquica do trabalho**. In Dejours, C., Abdouchelli, E., Jayet, C., & Betiol, M. I. S. (Coords.). *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação do prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do Trabalho: Casos Clínicos**. Porto Alegre: Dublinense, 2017.

DIAS, R. S. **Diagnóstico de HIV após 35 anos do início da epidemia: o olhar dos usuários**. 111f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

DI PIETRO, M. S. Z. Servidores públicos. **Direito administrativo**. 25. ed. São Paulo: Atlas, p.583-584, 2012.

DIAS RIBEIRO, G. Di Paula. **A Residência Multiprofissional em Saúde: sentidos atribuídos por psicólogas egressas**. 98f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará.

DUARTE, F.S; MENDES, A.M. **Da escravidão à servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica no Brasil**. *Revista Farol*. v. 3, p. 68-128, 2015. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/2579/1519>>. Acesso em 10 out. 2017.

FONSECA, A. F. **Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1999.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. **Autoproteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação**. Acta Paul. Enferm., v. 17, n. 4, p. 1-7, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400007)> Acesso em: 14 nov. 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRENTE PELA VIDA (Orgs. Sociedade Civil). **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. Versão 2 – 15 de Julho, 2020.

FREIRE, D. A. L.; ELIAS, M. A. **Levantamento dos mecanismos de defesa dos profissionais de enfermagem frente à deterioração das condições de trabalho**. Revista Adm. Saúde, V. 17, N. 68, Jul-Set, 2017.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda da construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro, ABIA, 2000.

GERNET, I.; DEJOURS, C. **Avaliação do trabalho e reconhecimento**. In: P. F. Bendassolli & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho*, p. 61-70, São Paulo: Atlas, 2011.

GERHARDT, J. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs). **Método de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOLDENBERG, M. A. **A Arte de Pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, R. M. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

GONZÁLES, F. L. R. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo, Cengage Learning, 2005.

GRANJEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária**. Rev. Panam. Salud Publica/ Pan Am/ Public Health, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

GRANJEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. **A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço.** Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública. V. 26, n. 12, p. 2355-2367, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 17 dez. 2018.

GRECO, D. B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501553&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501553&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 dez. 2018.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S.; HELOANI, R. **Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação.** Revista Produção, São Paulo, v.14, n.3, p.77-86,2004.

LOYOLA, M. A. **Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente.** Ciência Saúde Coletiva, v. 13 (Supl.), p. 763-778, 2008.

MACÊDO, K. B.; HELOANI, J. R. M. **A arqueologia da psicodinâmica do trabalho no Brasil.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 21, n. 1, p. 45-59, 2018.

MAGNABOSCO, G. T.; LOPES, L. M; ANDRADE, R. L. P.; BRUNELLO, M. E. F.; MONROE, A. A.; VILLA, T. C. S. **Assistência ao HIV/Aids: análise da integração de ações e serviços de saúde.** São Paulo, Escola Anna Nery, 22 (4), 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt\\_1414-8145-ean-22-04-e20180015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180015.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MAIA, E. C. A. DIAS, R. S. **Práticas de cuidado dos profissionais de saúde na Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids.** 106f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

MARÇAL, H. I. F.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C. **Prazer e Sofrimento na Polícia Militar: uma Revisão de Literatura.** Revista Trabalho (En)Cena. Palmas, V. 5, N. 1, p. 111-135, 2020.

MARIANO, P. P.; CARREIRA, L. **Estratégias defensivas no ambiente laboral da enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos.** Revista Gaúcha de Enfermagem, V. 3, N. 37, Set, 2016.

MARQUES, M.C. da C. **Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil.** Hist., Ciênc., Saúde-Manguinhos, Vol. 9, p. 41-65, 2002.

MARTINS, S. R. Metodologias e Dispositivos Clínicos na Construção da Clínica Psicodinâmica do Trabalho. In: Moraes, R. D. & Vasconcelos, A. C. L. (Orgs.): **Trabalho e Emancipação: a Potência da Escuta Clínica**. Curitiba: Juruá, p. 87-110, 2015.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas**. São Paulo, Caso do Psicólogo. 2007.

MENDES, A. M.; MULLER, T. C. **Prazer no Trabalho**. In F. O. Vieira, A. M. Mendes & A. R. C. Merlo (Orgs), Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, p. 289-292 . 2013.

MENDES, A. M.; VIEIRA, F. O. **Diálogos entre a psicodinâmica e clínica do trabalho e estudos sobre coletivos de trabalho e práticas organizacionais**. Rev. de Estudos Organizacionais e Sociedade, N.1, p. 144-189. 2014

MENDONÇA, P. M. E.; ALVES, M. A.; CAMPOS, L. C. **Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/Aids no Brasil**. RAE – Eletrônica, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590\\_S1676-56482010000100007.pdf](http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S1676-56482010000100007.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Direito Administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, p.268-27, 2015.

MERLO, A. R. C; MENDES, A. M. B. **Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação**. In: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 12, n. 2, p. 141- 156, 2009.

MERLO, A. R. C.; TRAESEL, E. S.; BAIERLE, T. C. **Trabalho imaterial e contemporaneidade: um estudo na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, N. 63, pp. 94-104, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000300010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000300010)>. Acesso em: 05 out. 2020.

MIQUELIM, J. D. L. et al. **Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS**. Dst. J. Bras. Doenças Sex. Transm., v. 3, n. 16, p. 1-8, 2004.

MIRANDA, A. A.; BELINE, S. **A influência dos movimentos sociais para a consolidação do acesso à justiça no Brasil: um estudo de caso do movimento nacional de luta contra a**

**Aids**. Curitiba, Revista de Movimentos Sociais e Conflitos, v. 2. N. 2, p. 1-22, 2016. Disponível em: <

[https://www.researchgate.net/publication/313844047\\_A\\_influencia\\_dos\\_movimentos\\_sociais\\_para\\_a\\_consolidacao\\_do\\_acesso\\_a\\_justica\\_no\\_Brasil\\_um\\_estudo\\_de\\_caso\\_do\\_movimento\\_nacional\\_de\\_luta\\_contra\\_aids](https://www.researchgate.net/publication/313844047_A_influencia_dos_movimentos_sociais_para_a_consolidacao_do_acesso_a_justica_no_Brasil_um_estudo_de_caso_do_movimento_nacional_de_luta_contra_aids)>. Acesso em: 14 nov. 2018

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

MORAES, R. D. **Sofrimento criativo e patogênico**. In F. O. Vieira, A. M. Mendes & A. R. C. Merlo (Orgs), Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, pp. 421-425. 2013.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L.; CUNHA, S. C. P. **Prazer no trabalho: o lugar da autonomia**. Rev. Psicologia, Organizações e Trabalho, v. 12, n.2, p. 217-228. Florianópolis, 2012.

MOREIRA, A.C.G. Cuidados no diagnóstico de HIV/AIDS: a escuta psicanalítica como dispositivo clínico no hospital geral. In: MOREIRA, A. C. G.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. (Orgs.) **Cuidado e Saúde: práticas e sentidos em construção**. Belém: Pakatatu, p. 45-72, 2014.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G. **Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XIX, n. 185, São Paulo, p. 52-65, março, 2006. Disponível em: < [http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/185\\_06.pdf](http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/185_06.pdf) >. Acesso em: 04 out. 2017.

PARKER, R.; CAMARGO, K. R. Jr. **Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos**. Cadernos de Saúde Pública [on line], v. 16 (Supl. 1), p. 89-102, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20000007000008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20000007000008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 14 nov. 2018.

PEDUZZI, M. A. **A Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. **A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas**. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, 2011.

RAMOS, S. **O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental**. Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 1067-1078,

2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400027&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400027&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 14 nov. 2018.

REVOREDO, M. S. **As estabilidades do servidor público na administração pública brasileira: contornos jurídicos à luz do ordenamento brasileiro e da jurisprudência**. 68f.: Monografia (Graduação em Direito) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Direito. Natal, 2018.

RIBEIRO, A. L. **A Psicologia e o cuidado nos serviços de saúde: formação e trabalho**. 1 ed., Curitiba: Appris, 2014.

RIBEIRO, R. P.; MARTINS, J. T.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. **O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa**. Revista Escola de Enfermagem, v. 46, n.2, p. 495 – 504, 2012.

RODRIGUES, P. F.; ALVARO, A. L. T.; RONDINA, R. **Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours**. Revista Científica Eletrônica de Psicologia, Ano IV, n.º 7, São Paulo, Novembro, 2006. Disponível em: <[http://www.fae.f.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/lh21p1iEajxIWcK\\_2013-5-10-15-30-2.pdf](http://www.fae.f.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/lh21p1iEajxIWcK_2013-5-10-15-30-2.pdf)>. Acesso em 24 set. 2017.

SANTOS, E. M.; CARVALHO, A. M. T. **Crônicas da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV/aids e trabalho em saúde**. Cad. Saúde Coletiva, 7 (2), 1999.

SANTOS, R. C. S.; SCHOR, N. **As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais**. São Paulo, Psic. Rev. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 45-59, 2015.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Edições Almedina, Coimbra, 2020.

SILVA, C. L. C. **ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social**. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, v. 14 (Sup. 2), p. 129-139, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000600012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000600012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SILVA, C. F.; OLIVEIRA, P. T. R.; MACIEL, C. A. B.; PIANI, P. P. F. Trabalho e Saúde: um ensaio analítico psicodinâmico. In: PIMENTEL, A.; LEMOS, F. C. S.; FREITAS, R. (Orgs.) **A Escuta Clínica na Amazônia**. Belém: Universidade Federal do Pará. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Psicologia, v. 1, p. 87-104, 2017.

SILVA, C. D. S.; JUNIOR, C. A. O. M.; INADAC, J. F. **Psicologia Social, Representações Sociais e AIDS**. Rev. Ens. Educ. Cienc. Human, Londrina, v. 18, n.4, p. 458-463, 2017. Acesso em 26.07.2018. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensino/article/view/3578/3739>

SOBROSA, G. M. R. **Saúde mental e contexto hospitalar: uma investigação em técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 113 p. 2017.

PERUCCHI, J.; RODRIGUES, F. D. **Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: algumas reflexões**. Psicologia e Sociedade, Minas Gerais, v. 23, p. 72-80, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400010)>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SEFFNER, F.; PARKER, R. **Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à Aids**. Interface, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 292-304, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200293&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200293&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 14 nov. 2018.

TOMAZINI, T. **As vivências dos trabalhadores de um shopping center em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica**. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Católica de Goiás, 2009.

VAGNER, Cezar Mendes; DRAGANOV, Patrícia Bover. **A História e as Políticas do HIV no Brasil sob uma ótica da Bioética**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

VASCONCELOS, A. C. L. **Sofrimento ético**. In F. O. Vieira, A. M. Mendes & A. R. C. Merlo (Orgs), Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, pp. 421-425. 2013.

VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I.; BERARDINELLI, L. M. M.; BORENSTEIN, M. S.; MEIRELLES, B. H. S.; ANDRADE, S. R. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Profissionais de Saúde e Atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência no Pará**”. Essa pesquisa está sendo realizada pela aluna de mestrado **Michele Torres dos Santos de Melo**, da Universidade Federal do Pará – UFPA, sob a orientação do **Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**. Tal estudo, tem como objetivo geral: analisar os processos de subjetivação dos profissionais de saúde atuando com pacientes HIV/Aids, na sua relação com aspectos da organização do trabalho, em um hospital de referência no Pará.

A pesquisa contará com um roteiro de entrevista, na qual, apresenta perguntas sobre as vivências dos profissionais de saúde, na sua relação com a organização do trabalho com pacientes HIV/Aids. A entrevista será gravada, se assim você permitir. No que se refere aos riscos envolvidos na pesquisa, há o risco mínimo de que ao falar sobre o tema os/ as participantes possam reviver sensações de desconforto ou constrangimentos relativos às vivências. **Portanto, sua participação nesse estudo não é obrigatória e você poderá desistir e pedir para sair da pesquisa a qualquer momento e a sua entrevista não fará parte do estudo.**

Se você aceitar participar da pesquisa, a sua identidade, o seu nome e os seus dados pessoais não serão revelados no processo da pesquisa e nem na publicação dos resultados. Sendo assim, você será apresentado (a) por um nome fictício, ou seja, um nome inventado, para preservar a identidade do (a) participante, para não expor nenhuma informação pessoal.

Ainda que não haja um benefício direto, a sua participação ajudará em nossos estudos sobre a saúde mental no trabalho de profissionais de saúde atuando com paciente HIV/Aids. Este documento contém duas vias, a primeira ficará em suas mãos e a segunda será arquivada com os pesquisadores. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora **Michele Melo**, através do telefone (91) 98905-1488. É possível ainda entrar em contato com o **Comitê de Ética**, onde esse projeto foi submetido e avaliado: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal



do Pará (CEP/ICS-UFPA) – Complexo de sala de aula/ ICS - sala 13 – campos universitário,  
nº 1, Guamá. CEP:66.075-110 – Belém – Pará. Tel. 3201-7735.

Concordo em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste termo de consentimento assinada por mim, participante da pesquisa e pelos pesquisadores do estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Local e Data

*Michelle Dantas dos Santos de Melo*

Nome e Assinatura da Pesquisadora

*Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira*

Nome e Assinatura do Orientador

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Coordenador

**APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

**TÍTULO DO PROJETO:** Profissionais de Saúde e Atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência no Pará.

**ORIENTADOR:** Prof.º Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

**PESQUISADORA:** Michele Torres dos Santos de Melo

A pesquisadora do projeto acima identificada assume os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução CNS 510/2016 e suas complementares na execução deste projeto.

*Michele Torres dos Santos de Melo*

Assinatura

Belém-Pa, 02 de Outubro de 2019.

**APÊNDICE C – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR****TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, Professor **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, do Curso de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal do Pará, accito orientar o trabalho intitulado **“Profissionais de Saúde e Atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência no Pará”**, de autoria da aluna **Michele Torres dos Santos de Melo**. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 02 de Outubro de 2019

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Assinatura

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Coordenador

**APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO****DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO À UFP**

Declaro para os devidos fins que a realização da pesquisa **“Profissionais de Saúde e Atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência no Pará”**, que tem como pesquisadora, a discente Michele Torres dos Santos de Melo, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, não acarretará ônus financeiro à referida Universidade, uma vez que **a pesquisadora irá arcar com todas as despesas provenientes da pesquisa.**

Belém, 02 de Outubro de 2019.

Michele Torres dos Santos de Melo

Pesquisador (a) Responsável

## APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



UNIDADE JOÃO DE BARROS BARRETO E BETTINA FERRO DE SOUZA  
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA

### DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter conhecimento do projeto intitulado “Profissionais de saúde e atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um hospital de referência no Pará”, de responsabilidade do pesquisador Michele Torres dos Santos de Melo, além dos (as) alunos, que tem como finalidade e ter conhecimento de que o mesmo tem como instituição proponente a Universidade Federal do Pará e de que o referido protocolo deverá ser apreciado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa \_CEP da instituição co-participante o Hospital Universitário João de Barros Barreto. O projeto será realizado no setor de Ambulatório e Internação, no período de janeiro de 2020 a março de 2020.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Belém, 10/10/2019

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani  
Gerente de Ensino e Pesquisa

*Simone Regini S. de S. Conde*  
\_\_\_\_\_  
Simone Regini S. de S. Conde  
Chefe do Setor de  
Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Complexo Hospitalar-UFPA/EBSERH

- II.8 - instituição proponente de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;
- II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;

## APÊNDICE F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Profissionais de Saúde e Atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência no Pará.

**Pesquisador:** MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25981219.5.0000.0018

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Pará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.747.021

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a organização do trabalho de profissionais de saúde atuando com pacientes de HIV/Aids, em um hospital de referência no Pará; identificar as possíveis vivências de prazer e sofrimento psíquico neste trabalho; investigar os mecanismos de defesa individuais e estratégias defensivas coletivas adotadas por estes profissionais, no enfrentamento à realidade existente. A metodologia adotada será de cunho exploratório e pesquisa qualitativa, utilizando-se o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Os instrumentos de análise serão de entrevista semiestruturada, com utilização das técnicas de entrevistas individuais e coletivas. A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, vinculado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, em atendimento à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Para a análise dos dados, utilizar-se-á a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS), adaptada da técnica de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (1977). Esta pesquisa contribuirá com saberes e reflexões atuais em saúde pública, no que concerne à saúde mental de trabalhadores atuando com pacientes HIV/Aids.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar os processos de subjetivação dos profissionais de saúde atuando com

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.747.021

pacientes HIV/Aids, na sua relação com os aspectos da organização do trabalho, em um hospital de referência no Pará. Objetivo Secundário: - Compreender os principais aspectos da organização do trabalho onde os referidos profissionais de saúde estão inseridos; - Identificar as possíveis vivências de prazer e sofrimento psíquico na realização do trabalho, nestes profissionais; - Investigar os mecanismos de defesa individuais e estratégias defensivas coletivas adotadas por estes profissionais, no enfrentamento à realidade existente neste trabalho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os riscos e danos desta pesquisa são mínimos, haja vista que os participantes terão assegurado o sigilo da sua identidade, sua integralidade e dignidade, bem como os dados fornecidos para o estudo. Em caso de desconforto emocional durante ou após a entrevista, o participante poderá desistir a qualquer momento, sendo de livre escolha em interromper sua participação. Caso seja verificada a necessidade de atendimento psicológico, a pesquisadora providenciará de imediato o encaminhamento para realização de atendimento na Clínica de Psicologia, da Universidade Federal do Pará, sem qualquer ônus financeiro.

**Benefícios:** Esta pesquisa contribuirá com saberes e reflexões atuais em saúde pública, no que concerne à saúde mental de trabalhadores atuando com pacientes HIV/Aids, possibilitando um espaço para pensar e falar acerca dos processos de subjetivação na relação destes com esta organização de trabalho. Proporcionará ações futuras que possam melhorar as práticas de cuidado nos serviços de atendimento e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, em nosso país e, mais especificamente, no estado do Pará.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.		
Bairro:	Guamá	CEP:	86.075-110
UF:	PA	Município:	BELEM
Telefone:	(91)3201-7735	Fax:	(91)3201-8028
		E-mail:	cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.747.021

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1448817.pdf	22/11/2019 09:06:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	29/10/2019 00:31:21	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	08/10/2019 12:47:11	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	07/10/2019 11:12:20	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ.pdf	07/10/2019 10:59:51	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_Comite.pdf	07/10/2019 10:58:58	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Termo_Aceite_Orientador.pdf	07/10/2019 10:57:47	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Declaracao_Isencao_Onus_Financeiro.pdf	07/10/2019 10:56:00	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Pesquisador.pdf	07/10/2019 10:26:24	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 05 de Dezembro de 2019

Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

## APÊNDICE G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP CO-PARTICIPANTE

UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Profissionais de Saúde e Atuação em HIV/Aids: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, em um Hospital de Referência no Pará.

**Pesquisador:** MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25981219.5.3001.0017

**Instituição Proponente:** Complexo Hospitalar UFPA - EBSERH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.912.239

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a organização do trabalho de profissionais de saúde atuando com pacientes de HIV/Aids, em um hospital de referência no Pará; identificar as possíveis vivências de prazer e sofrimento psíquico neste trabalho; investigar os mecanismos de defesa individuais e estratégias defensivas coletivas adotadas por estes profissionais, no enfrentamento à realidade existente. A metodologia adotada será de cunho exploratório e pesquisa qualitativa, utilizando-se o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Os instrumentos de análise serão de entrevista semiestruturada, com utilização das técnicas de entrevistas individuais e coletivas. A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, vinculado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, em atendimento à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Para a análise dos dados, utilizar-se-á a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS), adaptada da técnica de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (1977). Esta pesquisa contribuirá com saberes e reflexões atuais em saúde pública, no que concerne à saúde mental de trabalhadores atuando com pacientes HIV/Aids.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487  
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephu@bb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.912.229

Analisar os processos de subjetivação dos profissionais de saúde atuando com pacientes HIV/Aids, na sua relação com os aspectos da organização do trabalho, em um hospital de referência no Pará.

Objetivo Secundário:

- Compreender os principais aspectos da organização do trabalho onde os referidos profissionais de saúde estão inseridos;- Identificar as possíveis vivências de prazer e sofrimento psíquico na realização do trabalho, nestes profissionais; - Investigar os mecanismos de defesa individuais e estratégias defensivas coletivas adotadas por estes profissionais, no enfrentamento à realidade existente neste trabalho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos e danos desta pesquisa são mínimos, haja vista que os participantes terão assegurado o sigilo da sua identidade, sua integralidade e dignidade, bem como os dados fornecidos para o estudo. Em caso de desconforto emocional durante ou após a entrevista, o participante poderá desistir a qualquer momento, sendo de livre escolha em interromper sua participação. Caso seja verificada a necessidade de atendimento psicológico, a pesquisadora providenciará de imediato o encaminhamento para realização de atendimento na Clínica de Psicologia, da Universidade Federal do Pará, sem qualquer ônus financeiro.

Benefícios:

Esta pesquisa contribuirá com saberes e reflexões atuais em saúde pública, no que concerne à saúde mental de trabalhadores atuando com pacientes HIV/Aids, possibilitando um espaço para pensar e falar acerca dos processos de subjetivação na relação destes com esta organização de trabalho. Proporcionará ações futuras que possam melhorar as práticas de cuidado nos serviços de atendimento e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, em nosso país e, mais especificamente, no estado do Pará.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante e exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em conformidade.

**Recomendações:**

Ampla divulgação dos resultados na Instituição.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487  
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cepujbb@yahoo.com.br

**UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 3.912.239

A coordenação tem a obrigatoriedade de manter atualizado todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1485520.pdf	07/01/2020 09:54:41		Aceito
Outros	Declaracao_de_Isencao_Onus_Financieiro_HUJBB.pdf	07/01/2020 09:53:34	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Declaracao_de_Responsabilidade.pdf	07/01/2020 09:50:59	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Coparticipante.pdf	07/01/2020 09:49:59	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	29/10/2019 00:31:21	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	07/10/2019 11:12:20	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/10/2019 10:59:51	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_Comite.pdf	07/10/2019 10:58:58	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE	Aceito

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cepujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.912.239

Outros	Carta_de_Encaminhamento_Comite.pdf	07/10/2019 10:58:58	MELO	Aceito
Outros	Termo_Aceite_Orientador.pdf	07/10/2019 10:57:47	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito
Outros	Declaracao_Isencao_Onus_Financeiro.pdf	07/10/2019 10:56:00	MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 12 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**João Soares Felício**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephu@bb@yahoo.com.br

**APÊNDICE H - Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tem filhos: \_\_\_\_\_ Se sim, quantos: \_\_\_\_\_ Moram com você: \_\_\_\_\_

Tempo de Vínculo e/ou Atuação na Instituição: \_\_\_\_\_

Turno de Trabalho: \_\_\_\_\_ Jornada de Trabalho: \_\_\_\_\_

1. Conte-me sobre quando você começou a atuar em HIV/Aids.
2. O que você percebe da reação das pessoas ao tomarem conhecimento que você atua em HIV/Aids?
3. Descreva sua rotina diária e jornada de trabalho, nesta atuação profissional específica.
4. Como é a sua relação com os outros colegas de trabalho do seu setor?
5. Você sente ou percebe alguma dificuldade na realização do seu trabalho?
6. Fale sobre as condições físicas e de organização do seu local de trabalho.
7. Comente sobre o que gosta no seu trabalho.
8. Comente sobre o que não gosta no seu trabalho.
9. Como você avalia a sua relação com as Pessoas Vivendo com HIV/Aids que atende em seu trabalho?
10. Sente que há reconhecimento no trabalho que você realiza?
11. Você já adoeceu em decorrência do trabalho?
12. Atualmente, o que significa para você trabalhar em HIV/Aids?
13. Você tem outro trabalho? Caso afirmativo, o que te faz ter outro trabalho?
14. Tem algo que você ainda gostaria de dizer?