



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL  
DO TRÓPICO ÚMIDO  
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

**MARCIA HELENA MAUES DE ABREU**

**SUBJETIVIDADE, TRABALHO E SAÚDE DOS SERVIDORES DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: PRAZER E SOFRIMENTO  
NA APOSENTADORIA**

Belém/PA  
2013

**MARCIA HELENA MAUES DE ABREU**

**SUBJETIVIDADE, TRABALHO E SAÚDE DOS SERVIDORES DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: PRAZER E SOFRIMENTO  
NA APOSENTADORIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosa Elizabeth Acevedo Marin.

Belém/PA  
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca do NAEA/UFPA)

---

Abreu, Márcia Helena Maués de

Subjetividade, trabalho e saúde dos servidores do Hospital Universitário João de Barros Barreto: prazer e sofrimento na aposentadoria / Márcia Helena Maués de Abreu; Orientadora, Rosa Elizabeth Acevedo Marin. – 2013.

115 f: il; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2013.

1. Subjetividade. 2. Auxiliares de enfermagem – Aposentadoria – Belém, Pa. 3. Hospital Universitário João de Barros Barreto. 4. Auxiliares de enfermagem – Saúde – Belém, Pa. I. Acevedo Marin, Rosa Elizabeth, orientadora. II. Título.

CDD 22. ed. 158.7098115

---

**MARCIA HELENA MAUES DE ABREU**

**SUBJETIVIDADE, TRABALHO E SAÚDE DOS SERVIDORES DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: PRAZER E SOFRIMENTO NA  
APOSENTADORIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento.

Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Elizabeth Acevedo Marin  
Orientadora – NAEA/UFPA

Prof. Dr. Durbens Nascimento Martins  
Examinador interno – NAEA/UFPA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cleide Guedes Moreira  
Examinadora externa IFCH-PPGP/UFPA

Avaliado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Às trabalhadoras do HJBB, que dedicaram toda sua vida laboral ao prazer em cuidar do outro, Diana Santos, Eleide e Walquiria (*In memoriam*).

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais: minha mãe, Maria da Conceição Maués de Abreu que me acompanhou todos esses anos, acreditou em mim e me impulsionou a seguir meu caminho com honra e dignidade e, ao meu pai, Edgar José de Abreu que, da sua maneira, me amou e me ajudou a perceber que devemos respeitar as pessoas independentes da nossa vontade.

À minha filha Heloísa Helena que chegou à minha vida para me ensinar que precisamos acreditar que nem sempre o que queremos é o que é melhor para nós, às vezes Deus reserva coisas mais maravilhosas do que aquilo que precisávamos para sentir felicidade; Obrigada filha.

Aos meus irmãos, José Francisco, Edson Antônio, Cid Tadeu e as minhas irmãs, Maria Ednice, Edinei do Socorro e Ana Cristina, pois ter vocês na minha vida me faz vencedora; Obrigada por todo amor, companheirismo, ajuda, bondade, sem vocês eu morreria.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas, Daniel, Danielle, Debora, Meyse, Mayron, Lorena, Edson, Lucas, Gabriel e Izabelle, vocês sempre foram minha inspiração, tiveram, tem e terão o melhor de mim; muito obrigada pelo afeto, carinho e respeito que sempre tiveram por mim, vocês fazem eu me sentir a melhor tia do mundo, amo demais vocês.

À minha prima/irmã Tânia Margareth por toda sua amizade, amor e companheirismo nos momentos alegres e principalmente nos momentos mais difíceis que estávamos juntas nos apoiando, eu vou sempre estar ao seu lado independente de qualquer escolha que você fizer na vida.

Às minhas amigas da Enfermagem: Maria Júlia Ferreira de Oliveira, Eliza Lima Silva, Elenice do Socorro Nazaré Lisboa, Maria Zila Camarão Farias, Maria do Espírito Santo dos Santos, Maria da Conceição Bentes, Sandra Lúcia Atanes, Ineluce Rocha, Márcia do Socorro da Silva Fernandes, Rejane Matos, Rosemeire Barata do Espírito Santo, Joana Soares, Gleyce, Maria Santana, Maria do Socorro Teles, Edina Marilac, Débora Souza, Lilia Débora Chaves, Dione do Socorro Batista,

Léonildes, Maria de Fátima, Meirilane Aguiar, Andréa Barbosa, Izabel Cunha, Micheline Benjamim e Luciene Vulcão vocês todas de alguma maneira me ensinaram a respeitar as diferenças e amar os amigos independentes da sua maneira de agir trabalhar e de se relacionar, para aonde eu for sempre levarei vocês na lembrança e no coração; Obrigada por todos os momentos difíceis e principalmente pelos felizes, pelas gargalhadas, pela facilidade de transformar o sofrimento do trabalho em prazer no trabalho, pelo amor e dedicação pelos pacientes e pela profissão de Enfermagem, pois me ensinaram a respeitar o significado que ela tem na vida de cada uma de vocês, muito obrigada pela amizade de vocês, eu e minha família estaremos sempre de portas abertas para recebê-las, obrigada por todo o apoio profissional e pessoal que sempre recebi de vocês, pelo suporte, compreensão e respeito pelas minhas escolhas, eu me sinto muito valorizada e reconhecida por vocês.

À minha analista e Mestre Tatiane Lima Santos que além da rica contribuição à minha formação, me ajuda a entender meus conflitos e a me fortalecer emocionalmente na busca de uma vida mais saudável.

A todos os meus amigos do mestrado em especial às minhas amigas Cristina Francinete, Iara Neves, Mislene Cisz, Ruthane Saraiva, Alexandra Ferreira e Rosana Chagas, pois nossa relação de amizade me enriquece muito e me sinto muito bem representada por vocês como técnico administrativo na UFPA e sinto um grande orgulho de ter conhecido pessoas tão especiais, espero que a nossa amizade se eternize para vivermos em comunhão e possamos ter muitos momentos de descontração e alegria nas nossas famílias.

Às minhas amigas da Psicologia Christiane Letícia Maciel Bol, Maria de Fátima, Daniele Fumie Yoshitome, Risolete Gesta, Andréa Cortes e Larissa de Azevedo Mendes que nossas vidas possam ser atravessadas pelos mais belos momentos de aprendizado e recompensa profissional e pessoal, amo vocês.

À minha orientadora, Rosa Elizabeth Acevedo Marin, pela sua paciência e respeito às minhas limitações enquanto mestranda, obrigada por acreditar em mim.

E finalmente à Ana Cleide Guedes Moreira, minha mestre e coorientadora, que sempre teve e sempre terá meu respeito e admiração pela sua contribuição à psicologia e à psicanálise no Pará e no HUJBB, pelo seu compromisso social com a profissão e pelos seus valiosos ensinamentos. Obrigada Ana, por acreditar em mim e no meu potencial, sem você eu me sentiria só mais uma na multidão dentro da psicologia e do HUJBB.



O caminho que eu escolhi é o do amor.  
Não importam as dores, as angústias, nem  
as decepções que vou ter que encarar.

Clarice Lispector

## RESUMO

Na busca da compreensão sobre a relação entre trabalhadores da Enfermagem com o seu trabalho no hospital, este estudo abre espaço para a discussão sobre subjetividade, trabalho, saúde, prazer e sofrimento das técnicas/auxiliares de Enfermagem do Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB- grupo constituído por mulheres com idade e tempo de serviço completo para a aposentadoria, que ainda encontra-se em pleno labor. O campo conceitual articula conceitos sustentados sobre a teoria de Dejours e da Psicanálise Freudiana. Na pesquisa predominou a abordagem qualitativa em consonância com a fundamentação teórico - metodológica de Dejours. A pesquisa empírica realizou-se nos próprios locais de trabalho das 18 técnicas/auxiliares de Enfermagem cujos relatos responderam a uma entrevista individual semi-estruturada que se juntou a um levantamento nos prontuários das mesmas. A análise de dados foi sustentada basicamente na teoria da psicodinâmica do trabalho. O prazer no trabalho foi apontado como categoria central mostrando-se presente em todos os relatos aqui analisados. Em contrapartida, o sofrimento aparece mais especificamente no processo de aposentadoria quando esta se representa como ameaçadora e fonte de sofrimento psíquico para a maioria dos sujeitos, para esse o prazer surge do ato de cuidar do outro, da sua relação com o paciente, daí o sofrimento no decorrer da ameaça da finitude dessa relação. Apesar da atividade no hospital se apresentar muitas vezes como fonte de sofrimento pela própria natureza do trabalho, constroem-se estratégias coletivas de defesa através de reuniões sociais periódicas realizadas tanto no próprio local de trabalho quanto fora deste, o que é interpretado como recurso para minimizar o sofrimento originado da dor, sofrimento e morte dos pacientes. Utiliza-se ainda uma gama de estratégias individuais de defesa que de acordo com a teoria da psicodinâmica do trabalho contribui a ressignificar o sofrimento e transformá-lo em prazer através das relações intra e intersubjetivas no trabalho.

**Palavras-chaves:** Prazer-sofrimento. Aposentadoria. Psicodinâmica do trabalho hospitalar. Saúde de técnicas/auxiliares de Enfermagem. Hospital Universitário João de Barros Barreto.

## **ABSTRACT**

In search of comprehension about the relationship between nursing workers with their work in the hospital, this study opens space for discussion about subjectivity, work, health, pleasure and suffering of technical / nursing assistants at the University Hospital João de Barros Barreto – HUUJBB. This group consists of women with age and time of service for retirement, which is still in full labor. The conceptual field articulates concepts supported by the Dejours and Freudian psychoanalysis theories. Qualitative board in line with the Dejours theoretical methodological substantiation was predominant in research. The empirical research was carried out in the work places of 18 technical / nursing assistants whose reports were individual semi-structured interviewed and were joined to a survey in the records of the same. The data analysis was supported basically on the theory of psychodynamic work. The pleasure in the work was appointed as a central category showing up in all this reports analyzed here. In return, suffering seems more specifically in the process of retirement when it is as threatening and a source of psychological distress for most of the people, whose pleasure comes from the act of caring for others, their relationship with the patient, give suffering during the threat of finitude the relationship. Despite the work in the hospital is often present as a source of suffering by the very nature of work, workers build collective defensive strategies through regular social gatherings conducted both in the workplace and outside of it, which is interpreted as a device to minimize suffering originate from pain, suffering and death of patients. Also use a range of individual strategies of defense that according to the theory of psychodynamic work contributes to reframe the suffering and turn it into pleasure through intra and inter work.

**Keywords:** Pleasure-suffering. Retirement. Hospital psychodynamic work. Health technicians / nursing assistants.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Tipos de aposentadoria.....	15
Gráfico 1 -	Participação dos grandes grupos de idade na população total residente.....	17
Gráfico 2 -	Indicadores construídos com estimativas e projeções calculadas pelo Departamento de População e Indicadores Sociais da FIBGE..	20
Quadro 2 -	Análise de prontuários.....	55
Figura 1 -	Mapa de Riscos.....	57
Gráfico 3-	Doenças de maior frequência adquiridas pelas trabalhadoras sujeitas da pesquisa.....	59
Gráfico 4 -	Número de doenças por idade das trabalhadoras afastadas por adoecimento no trabalho.....	60
Imagem 1-	Hospital João de Barros Barreto.....	67
Gráfico 5 -	Ilustração de respostas diretas.....	92

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acidente de Trabalho
ABB	Amigos do Barros Barreto
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
CID	Código Internacional de Doença
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DSST	Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho
EC	Emenda Constitucional
FADESP	Fundação de Amparo e Desenvolvimento a Pesquisa
FASUBRA	Federação dos Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Pública no Brasil
HU's	Hospitais Universitários
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NR	Norma Regulamentadora
NVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
PROGEP	Pró- Reitoria de Gestão de Pessoas
PSQVS	Programa de Saúde e Qualidade de Vida do Servidor
SEDUC/PA	Secretaria de Educação do Estado do Pará
SESSMT	Serviço, Engenharia, Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
UAC	Unidade de Atendimento Cirúrgico
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNAMA	Universidade Federal da Amazônia
UTI	Unidade de Tratamento intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>LUGAR DOS CONCEITOS E DAS TEORIAS.....</b>	<b>30</b>
2.1	O lugar das técnicas/ auxiliares de Enfermagem no hospital.....	45
2.2	Saúde e segurança do trabalhador da saúde no HUIBB.....	51
2.3	Subjetividade e intersubjetividade no trabalho da Enfermagem.....	61
2.4	Mecanismo de defesa individual e estratégia coletiva de defesa: fuga das galinhas.....	64
<b>3</b>	<b>O HOSPITAL BARROS BARRETO.....</b>	<b>67</b>
3.1	A coleta de dados: da familiaridade a estranheza.....	69
<b>4</b>	<b>PRAZER, SOFRIMENTO E APOSENTADORIA.....</b>	<b>74</b>
4.1	A entrevista.....	77
4.2	Entendo a disciplina como exercício.....	78
4.3	Prazer no trabalho: o amor pelo ato de cuidar.....	81
4.4	Sufrimento no trabalho: o ir além do seu limite.....	83
4.5	Aposentadoria: aposentar pra quê?.....	88
4.6	Outras categorias: porque a pior doença é a financeira.....	92
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>100</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>108</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dinâmica do trabalho hospitalar e sua complexidade demandam diversas pesquisas e investigações a respeito das relações entre trabalho e trabalhador nas diferentes hierarquias dessa instituição. Nessa linha temática, a pesquisa em pauta analisa a subjetividade dos servidores, do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), que já possuem idade e tempo de serviço para aposentadoria, no período de 2006 a 2012, mas ainda continuam em pleno exercício das suas funções. Tal fato interroga sobre esse sujeito e sua relação com o trabalho que exerce, bem como investiga sua relação com o processo saúde-doença.

Quando da oportunidade de perguntar às pessoas que estão com tempo e idade para aposentar ou se já pensaram em aposentadoria, obtiveram-se respostas como: “quero me aposentar pra ter mais tempo pra família, mas, vou me aposentar depois, de concluir meus estudos, por causa da carreira, para melhorar meu salário”; “vou terminar minha especialização por causa da carreira, aí sim posso passear, viajar”; “depois que minha filha se formar eu me aposento”; “não conseguiria ficar sem fazer nada, ainda estou nova”; “eu quero me aposentar, mas ainda não dá pra diminuir minha renda”; “eu até quero, mas aí penso, ah! Nem pensar! Sem meu trabalho o que eu vou fazer em casa?”.

Não raro, as perspectivas de futuro relacionadas à aposentadoria, são permeadas por desinformação e resignação, escrevem Bruns e Abreu (1997). Nesse tempo quase indefinido surgem, muitas vezes, os temores e as ameaças que são advindas com a aposentadoria, ou por outro lado, esperanças de mais qualidade nas relações familiares e conjugais, possibilidade de viagens e de lazer ou possibilidades de ganhos extras são entremeadas com o medo de instabilidade econômica ou de doenças na velhice. Desta forma é possível observar que a aposentadoria é idealizada, mas ao mesmo tempo protelada.

Em consonância, é possível interpretar que o desejo de realização pessoal representa uma visão de futuro que tem como momento realizável quando do advir da aposentadoria. Porém, quando esta chega, muitos aposentados ficam perplexos e frustrados, por se sentirem incapazes de gerir com qualidade suas vidas, sem uma ocupação profissional em uma organização formal. Em decorrência da falta de

projetos a serem construídos e consolidados na aposentadoria, eles tornam-se angustiados, solitários e dominados por uma sensação de vazio.

A Constituição Federal de 1988 insere a definição de aposentadoria como, o benefício que faz jus ao servidor que cumprir os requisitos constantes na Lei, em especial nas Emendas Constitucionais: EC-20/1998, EC-41/2003 e EC-47/2005.

No quadro a seguir organizam-se os tipos de aposentadoria a qual os servidores de efetivo exercício em cargo público na Universidade Federal do Pará (UFPA) se enquadram:

**Quadro 1** - Tipos de aposentadoria

APOSENTADORIA COMPULSÓRIA	Passagem obrigatória do servidor da atividade para a inatividade, por ter completado 70 (setenta) anos de idade, independente de sexo, com percepção de proventos proporcionais ao tempo de contribuição.
APOSENTADORIA POR IVALIDEZ	Passagem do servidor da atividade para a inatividade remunerada, com proventos integrais ou proporcionais ao tempo de contribuição/serviço, por estar incapacitado para o serviço público.
APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	É a passagem para a inatividade remunerada, após o preenchimento de TODOS os requisitos legais que garantam aquele direito.
APOSENTADORIA ESPECIAL	É a passagem para a inatividade do servidor que exerceu atividades no serviço público federal, em condições especiais, que prejudiquem a saúde ou a integridade física, exposto a agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, pelo período de 25 anos de trabalho permanente, não ocasional nem intermitente.

**Fonte:** Manual do Servidor - PROGEP/UFPA. 2012.

Neste quadro observa-se que, entre os tipos de aposentadoria, existe a Aposentadoria Especial, a qual dá ao servidor a antecipação à aposentadoria quando do exercício em condições especiais, que prejudiquem a saúde ou integridade física, que é exatamente o caso dos trabalhadores da assistência direta no HUUJBB, como os enfermeiros, médicos e em especial, técnicas e auxiliares de Enfermagem que passam mais tempo expostos a agentes nocivos, químicos, físicos e principalmente, biológicos, quando do manuseio quase constante, no cuidado a pacientes internados, ou em acompanhamento ambulatorial, acometidos de variadas patologias. No entanto, foi conferido nos arquivos que até o momento, não houve



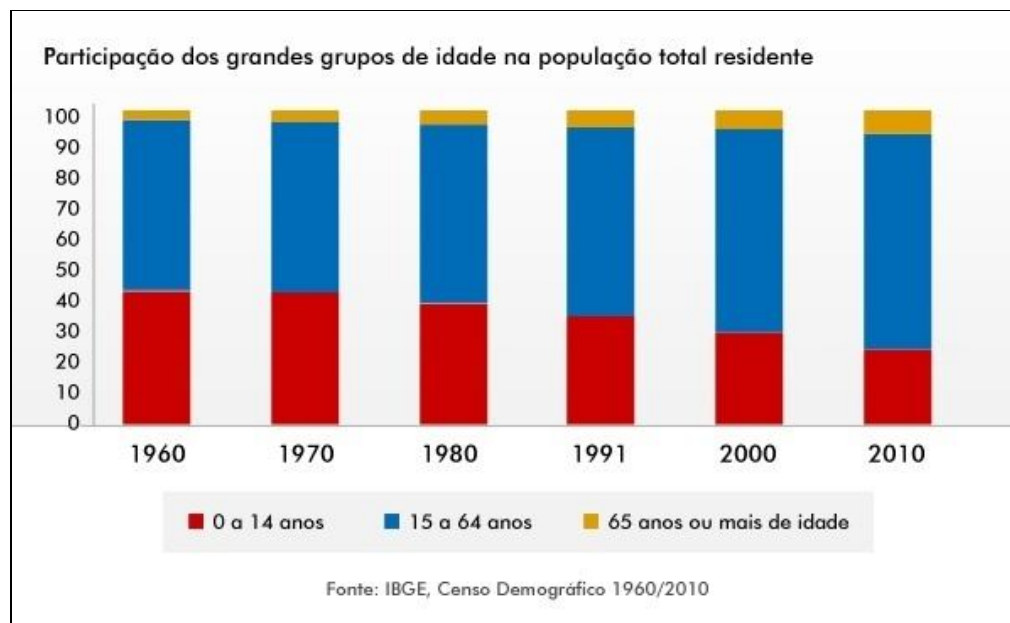
nenhum servidor que tenha optado por essa modalidade de Aposentadoria Especial, dentro do HUUJBB.

A UFPA, através da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas- PROGEP/UFPA, na busca de lidar com esta realidade e amparada pela Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994/ Estatuto do Idoso e Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996, que prevê, em seu capítulo IV, a criação e o estímulo à “manutenção de programas de preparação para a aposentadoria nos setores públicos e privados com antecedência mínima de dois anos de afastamento” criou o Programa de Preparação à Aposentadoria – PPA, projeto este destinado aos servidores que estão em processo de aposentadoria ou aqueles recém-aposentados. (UFPA, 2012, p. 5).

De acordo com informações colhidas em conversa informal com a coordenadora do programa, o projeto intitulado “Preparação para Aposentadoria, Renovação da Vida”, o público alvo é constituído por servidores da UFPA recém-aposentados ou em vias de se aposentar. O projeto promove módulos temáticos voltados para a reflexão sobre os aspectos físicos, psicossociais e financeiros do servidor aposentado (alimentação saudável, cuidados com a saúde, convivência familiar, autoestima, planejamento de vida, gestão financeira, voluntariado e empreendedorismo).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012), a expectativa de vida aumentou 25 anos em cinco décadas e também a instituição aponta que a expectativa de vida do brasileiro atingiu 73,4 anos em 2010, um aumento de 25,4 anos em comparação à década de 1960. É o que mostra o gráfico a seguir:

**Gráfico 1** - Participação dos grandes grupos de idade na população total residente.



**Fonte:** IBGE, Centro Demográfico 1960/2010

Essas mudanças alteraram a pirâmide etária, com estreitamento da base e o alargamento do topo, refletindo o aumento do grupo de população mais envelhecida, característica dos países mais desenvolvidos, de acordo com o IBGE.

No entanto, o que chama atenção é que a expectativa de vida apontada pelo IBGE, não parece atingir servidores públicos, pelo menos do HUIBB, pois só este ano de 2012, já faleceram quatro (4) técnicas de Enfermagem, na qual três (3) delas, já haviam cumprido o tempo, idade de aposentadoria e permaneciam na ativa, porém estavam na faixa etária entre 55 e 60 anos. Soma-se a isso o fato de existirem servidores com doenças graves, internados no CTI do hospital, ou mesmo ainda trabalhando diariamente; são pessoas relativamente jovens, mas gravemente adoecidas.

A Federação dos Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Pública no Brasil (FASUBRA), que representa política, legal e juridicamente os trabalhadores dos Hospitais Universitários (HU's) nas mesas de negociação com o governo federal, muito tem discutido em relação aos aposentados que se dedicaram sua força de trabalho anos após anos para a instituição, o que pode refletir diretamente na qualidade de vida do servidor na aposentadoria, a exemplo sabe-se que a FASUBRA criou uma cartilha aos aposentados no qual explicita que:

(Contudo), a luta dos (as) trabalhadores (as) aposentados (as) não diz respeito tão somente às questões legais ou jurídicas, mas, também à manutenção dos direitos de cidadania, do respeito à sua história de vida enquanto pessoa e enquanto sujeito atuante nos processos de desenvolvimento e transformação social. Nesse sentido, faz-se necessário enfatizar também os aspectos físicos e psicossociais que levam ao envelhecimento humano, suas consequências para o trabalhador (a) aposentado (a) e a importância de programas para sua adequação à nova realidade pós atividade laboral, com vistas à manutenção da qualidade de vida. (FASUBRA, 2009;2011, p. 20)

É com o passar dos anos e com o processo de envelhecimento avançado que surgem as necessidades de um maior investimento em saúde, para minimizar o sofrimento advindo com o adoecimento, tarefa esta que compete a estudiosos e técnicos, representantes das instituições governamentais que desenvolve ações nessa área. Alguns autores como Couto (2008), trazem relevantes contribuições a esta temática. O autor assinala que:

O aumento da população idosa é uma realidade com a qual muitos países têm se deparado. Novos desafios surgem para a sociedade e para os pesquisadores e planejadores de políticas sociais em decorrência do aumento da longevidade. É fundamental que esses profissionais se comprometam com projetos que busquem a geração de boas condições de vida para as pessoas dessa faixa etária. As capacidades e possibilidades de desenvolvimento e crescimento na velhice devem ser reconhecidas e estimuladas para que o indivíduo possa envelhecer de forma plena e bem-sucedida. (COUTO, 2008, p.1).

No Brasil, muitas têm sido as lutas para garantia do direito à cidadania do idoso. De acordo com a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/94 e regulamentada em 3 de Junho de 1996 através do Decreto 1.948/96, amplia-se significativamente os direitos dos idosos, já que, desde a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), as prerrogativas de atenção a este segmento haviam sido garantidas de forma restrita. Surge num cenário de crise essa política que está norteada por cinco princípios retirados da Política Nacional do Idoso:

1. Em geral na aplicação dessa lei, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
2. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
4. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;

As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade (BRASIL, 1993, p.1)

Em 2003 foi criada ainda a Lei n. 10.741, de 01.10.2003 que versa sobre o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e que reconhece as necessidades, capacidades de desenvolvimento na velhice. Desde logo, muito se tem avançado nesta luta através da criação dos Conselhos, estaduais e municipais que, através de estabelecimento de diretrizes, metas, ações e intervenções garantem o direito dos idosos. No âmbito desse Estatuto, os principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º, o qual preceitua:

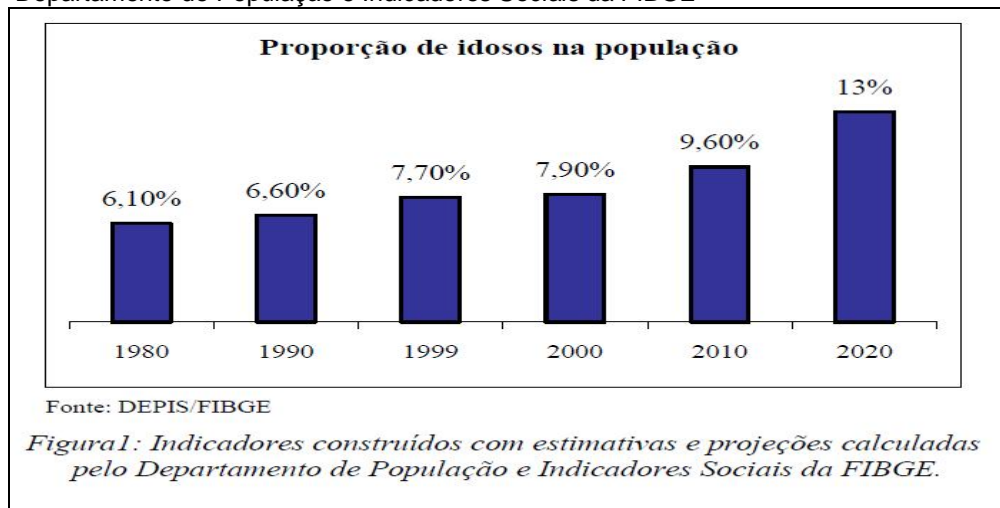
É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, p. 1).

Essas conquistas revelam a importância das lutas dos movimentos sociais dos idosos, mas para, além disso, precisamos avançar nesta luta e juntar esforços de toda a sociedade para que futuramente, porventura, não precisaremos mais de um Estatuto para a defesa e garantia dos direitos dos idosos. Para tanto é necessário que se compreenda a priori que todo cidadão, se não morrer antes, um dia chegará à velhice e terá as mesmas necessidades.

Assim, observa-se que o envelhecimento populacional trouxe uma série de consequências e desafios, desde o alto custo das previdências e a manutenção da saúde ao planejamento de vida para aqueles que desejam ou precisam se aposentar ou à necessidade de manter os trabalhadores por mais tempo no mercado do trabalho.

O próximo gráfico mostra o crescimento da população idosa no Brasil, cenário que requer a criação de projetos e políticas públicas que possam sustentar essa nova realidade populacional. O termo “população idosa” estabelece o teto de 60 anos para definir este grupo etário para o qual são definidos estatutos e políticas públicas específicas. Vejamos:

**Gráfico 2** – Indicadores construídos com estimativas e projeções calculadas pelo Departamento de População e Indicadores Sociais da FIBGE



Fonte: IBGE, Centro Demográfico 1960/2010

Como se pode observar no gráfico acima, o crescimento da população idosa é constante. O aumento de 1999 para 2010 foi maior que nas décadas anteriores de 1.9 % enquanto na década anterior (de 80) foi de 0.5 %. Essa aceleração requereu a intervenção do Estado para criação de políticas públicas que possam dar a estas pessoas uma melhor qualidade de vida, visto que se trata de sujeitos com maior exposição às doenças, como já discutido anteriormente. É necessário levar em consideração que por conta da elevação da expectativa de vida, aumenta também o tempo na atividade laboral o que conseqüentemente pode adiar a aposentadoria.

A FASUBRA (2011) defende, como se pode ler na Cartilha dos Aposentados que, no processo de envelhecimento da humanidade, no mundo, na América Latina, no Brasil, nas cidades, podem-se constatar “diferenças brutais” no comportamento social e nos diversos modos como são tratadas as pessoas pelo Estado e pela própria sociedade.

Acrescente-se que, sobre o dilema de tais diferenças, Ciavatta (2010) problematiza que, nunca, como nos dias atuais, a humanidade desfrutou de tantos recursos, de tantos bens de consumo, da produção de objetos e alimentos capazes de suprir de beleza e bem estar, porém, carregando um fardo de uma humanidade degradada nas condições de vida e de trabalho, de um mundo no qual um terço desfruta de todos os benefícios da riqueza social e dois terços travam batalhas diárias para sobreviver às condições de uma crescente desigualdade social. Muitos em situação de vulnerabilidade social e de extrema pobreza e, poucos, ostentando

uma vida de luxo e riqueza. Assim é representada a sociedade brasileira gerada pela acumulação do capital, pela subordinação consentida e pelas super-exploração do trabalho.

O economista e filósofo Karl Marx (1988) analisou já no século XIX o processo “enigmático” do fetichismo da mercadoria e da alienação do trabalho nas palavras seguintes:

De um lado, o processo de produção transforma continuamente a riqueza material em capital, em meio de expandir valor e em objeto de fruição capitalista. Por outro lado, o trabalhador sai sempre do processo como nele entrou, fonte pessoal de riqueza, mas desprovidos de todos os meios para realizá-la em seu proveito. Uma vez que antes de entrar no processo, aliena seu próprio trabalho, que se torna propriedade do capitalista e se incorpora ao capital, seu trabalho durante o processo se materializa sempre em produtos alheios. (MARX, 1988, p. 664).

Mas nem todos os trabalhos podem ser considerados como fonte de mal estar e alienação. No hospital, como se pôde observar no decorrer desta pesquisa, na produção dos meios de existência podem-se desenvolver atividades prazerosas, através das quais as relações sociais são aperfeiçoadas na vivência diária com os pares as quais são representadas como manancial de uma gratificante sociabilidade o que é aparentemente é constatado na análise das falas, mais adiante relatadas no hospital. A maioria desses sujeitos considera o trabalho uma fonte de prazer no qual é desenvolvido um vínculo afetivo com o trabalho. A partir dos sujeitos envolvidos sabe-se que o trabalho é a atividade que proporciona ao trabalhador um processo de humanização que vai se expandindo em conhecimento e num constante exercício de elaboração de novas concepções históricas.

As políticas sociais e programas que preparam o (a) trabalhador (a) para superar as dificuldades e desafios físicos e psicossociais face à nova realidade da aposentadoria não admitem que estes sejam suficientes e incompreensíveis formas para o seu público alvo. É necessário que os programas para preparação para a aposentadoria sejam específicos ao trabalho e considerar os tipos de relações sociais e institucionais estabelecidas nos HU's. Este é ponto de partida para fazer as propostas de atividades inerentes a este tipo de trabalhador da saúde.

Sabe-se que uma parcela importante dos trabalhadores dos hospitais universitários no Brasil encontra-se em uma faixa etária que condiz com a aposentadoria e muitos já alcançaram a idade e o tempo de serviço. Porém, devido a diversas variáveis, entre elas a falta de realização de concurso público, somado a

ausência de políticas públicas ou o enfraquecimento destas, ainda conferem-se muitas dificuldades na busca de qualidade de vida no trabalho. Desta forma, considera-se que a contribuição deste estudo pode ser diretamente vinculada aos trabalhadores da saúde que almejem trabalhar até onde desejarem, mas de forma saudável para eles. Neste sentido é necessário, além de um programa de preparação para a aposentadoria, que sejam desenvolvidas atividades interdisciplinares que possam acompanhar e dar suporte, médico, psicossocial, entre outros, aos (as) trabalhadores (as) que mesmo com o tempo e idade completa para a aposentadoria decidam em permanecer no trabalho.

Ainda ressalta-se que a UFPA busca mudanças em sua gestão e investe na qualidade de vida dos seus servidores, portanto, este trabalho virá contribuir para que a administração elabore estratégias inovadoras de ação preventiva que indiquem meios e instrumentos para favorecer a saúde e a qualidade de vida de seus servidores, dos HU's, no trabalho, servindo de modelo para outras instituições.

A partir da situação exposta, em relação à aposentadoria e subjetividade dos servidores do HUUJBB, analisaram-se os materiais empíricos desta pesquisa à luz da psicodinâmica do trabalho sob os pressupostos de Dejours, no qual a relação estabelecida entre trabalhador e trabalho evoca prazer e sofrimento que se refletem na subjetividade e intersubjetividade - conceitos que foram desenvolvidos no decorrer deste estudo em interlocução com as servidoras, tanto da sessão de assistência como as que atuam como técnicas e auxiliares de Enfermagem no ambulatório.

No ano de 2002 iniciei minha experiência acadêmica no HUUJBB, quando desenvolvi pesquisa de Trabalho de Graduação (TG), como parte de avaliação para conclusão da graduação de Bacharel em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA), com o tema: "A morte na perspectiva do pediatra". Quatro anos depois retornei para cumprir estágio curricular regular como quesito à formação em psicóloga, desta vez meu estágio foi em psicologia hospitalar e atuei no CTI. Somando-se a isso cito minha experiência profissional como Técnica de Enfermagem atuando neste HU desde 1994. Atualmente, desenvolvo minhas funções na divisão de saúde e segurança do trabalho, neste setor tenho condições de observação cotidiana das histórias de vida dos trabalhadores em diversos estágios: ingresso, construção de trajetória e fim de carreira no hospital.

Desde fevereiro de 2009, trabalho na Secretaria de Educação do Estado do Pará (SEDUC), na qual exerço atividades como Psicóloga lotada na Gerência de Assistência ao Servidor, atuando em uma equipe multiprofissional. Durante este curto tempo de trabalho teve-se conhecimento da morte de quatro servidores que estavam com idade e tempo para aposentadoria e que ainda estavam na ativa, por outro lado existem servidores que após aposentadoria compulsória ainda estão exercendo função em cargo comissionado. Diante disso desejei conhecer mais a respeito da aposentadoria, enquanto mudança na rotina de vida e espaço de relações sociais construídas pelo e no trabalho, ao mesmo tempo, geradora de tensões individuais e coletivas.

De início foi esboçado um tema de estudo dentro dessas realidades sobre as quais se procurou “conhecer” ou reconhecer os problemas, havendo formulado visões e formalizado opiniões. Porém, Bachelard (1996) faz o alerta que o espírito da ciência impede que o pesquisador tenha opinião a respeito do que não conhece claramente. É necessário saber problematizar os fenômenos e reconhecer que no âmbito da ciência os problemas não são espontaneamente formulados. Ainda na perspectiva de Bachelard (1996), o pesquisador deve se desprender de seus conhecimentos anteriores e opiniões pessoais a respeito do que julga como verdade, pois se corre risco de cair em meio ao vão, da ciência. Para se sustentar na sua essência, o pesquisador tem necessidade de se opor radicalmente à opinião.

De acordo com Minayo (1993), a sequência teoria/prática na produção de conhecimento é invertida e assume forma dinâmica por meio da ação-reflexão-ação, que propicia a articulação de vários conteúdos e envolve a interdisciplinaridade, relacionando a saúde na sua integralidade conforme.

No que diz respeito à interdisciplinaridade Nogueira (2011) infere que esta seria o caminho para integrar conhecimentos cada vez mais compartimentalizados e desarticulados superando ainda, a adição e justa posição de conhecimentos como proposto pela multidisciplinaridade, buscando dar respostas, cuja explicação vai além do escopo unidisciplinar.

A proposta de sustentação teórica para este estudo baseia-se nas Ciências Sociais mais especificamente através da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho, por ser esta oriunda da interdisciplinaridade, o que facilita o diálogo com outras instâncias do saber como a Sociologia do Trabalho.



Denzin e Lincoln (2006) falam que a pesquisa qualitativa é, em si mesmo, um campo de investigação. Ela atravessa disciplinas, campos e tempos. Em torno do termo *pesquisa qualitativa*, encontra-se uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposições. Entre eles, estão as tradições associadas ao funcionalismo, ao positivismo, ao pós-funcionalismo, ao pós-positivismo, ao pós-estruturalismo e as diversas perspectivas e/ou métodos de pesquisa qualitativa relacionada aos estudos estruturais e interpretativos. Existem literaturas independentes e detalhadas sobre um grande número de métodos e de abordagem classificados como pesquisa qualitativa, tais como o estudo de caso, a política e a ética, a investigação participativa, a entrevista, a observação participante, os métodos visuais e a análise interpretativa.

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes e é seu objeto o universo da “produção humana”, repleto de representações e intencionalidades que não pode ser explicado através da objetividade de números e indicadores.

Chizzotti (2003) traz uma reflexão dizendo que, o termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível. Após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa.

A pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre. Delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e intensifica o estudo sobre os mesmos. Sua pretensão é compreender, em níveis mais aprofundados, tudo o que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou mesmo de um grupo ou sociedade. Por isso exige observações de situações cotidianas em tempo real e requer uma descrição e análise subjetiva da experiência. (CANZONIERI, 2010, p. 38).

A respeito dessa condição à pesquisa qualitativa, Silva (2012) descreve que Psicodinâmica do Trabalho, desde sua primeira fase, tem se voltado para analisar a constituição do sofrimento mental a partir da percepção dos próprios trabalhadores, sem se deter, porém, no estudo das configurações assumidas pelas patologias a que o sofrimento poderia dar a esse lugar. A disciplina se concentrava no estudo das vinculações entre o sofrimento e a organização do trabalho, examinando também as

dinâmicas pelas quais se constrói sistemas coletivos de defesa e de compromisso ético – instâncias diferenciais entre si – nos locais de trabalho.

Martins (2007) em seus estudos pontua que, a pesquisa qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados e caracterizados pela heterodoxia no momento da análise.

Isso é pertinente também nas colocações de Denzin e Lincoln (2006), quando afirmam que, a pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos – estudo de caso, experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevistas, artefatos, textos e produções culturais, textos observacionais, históricos, interativos e visuais – que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Portanto, os pesquisadores dessa área utilizam uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na esperança de sempre conseguirem compreender melhor o assunto que está ao seu alcance. Entende-se, contudo, que cada prática garante uma visibilidade diferente ao mundo. Logo, geralmente existe um compromisso no sentido do emprego de mais de uma prática interpretativa em qualquer estudo.

Portanto, o fato de a investigação do fenômeno desta pesquisa voltar-se sobre processos subjetivos torna adequada a realização de um estudo de caso com uso, predominante, da abordagem qualitativa com observação direta ou participante e entrevista semiestruturada.

O ato de observar é um dos meios mais frequentemente utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações. Observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade. É mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados. (QUEIROS, et al, 2007, p. 278).

Conforme também Canzonieri (2010):

O estudo de caso caracteriza-se pelo estudo de um ou de poucos objetos permitindo uma investigação mais ampla e detalhada do conhecimento. Não há um roteiro a ser seguido, porém é importante que fiquem claras informações como: delimitação da unidade caso; coleta de dados; análise e interpretação dos dados e redação do relatório. (CANZONIERI, 2010, p. 48)

O principal instrumento utilizado para a coleta de dados nesta pesquisa foi a entrevista que, de acordo com Minayo (2004), se mostra como um instrumento privilegiado de coleta de informações nas ciências sociais, pois a fala configura-se como reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, transmitindo através de um porta-voz as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

A escolha desse instrumento ocorreu pela entrevista semiestruturada, o que possibilitou a junção de perguntas fechadas e abertas, colocadas de uma forma para que facilitasse ao entrevistado falar sobre a temática proposta sem a ordem de categorias preestabelecidas pelo entrevistador. Os sujeitos participantes dessa pesquisa foram as servidoras do HUIBB, profissionais de Enfermagem do nível médio, que já possuem idade e tempo de aposentadoria, mas ainda continuam em pleno exercício de sua função.

Os seguintes critérios de inclusão foram definidos no relativo aos participantes: a) Ser servidora da UFPA, lotada no HUIBB; b) Com escolaridade de nível médio; c) Que já tenham idade e tempo de serviço para a aposentadoria, mas, ainda estão na ativa; d) Apresentar disponibilidade para participar da pesquisa; e) Ter ciência e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A questão norteadora deste estudo surgiu pelo fato de que a experiência de trabalho do pesquisador deste estudo indaga-o no seguinte: de que formas são vivenciadas as relações de trabalho dos servidores do HUIBB e porque, pessoas que mesmo com a saúde debilitada e com a ocorrência de doenças decorrente do exercício do trabalho, ainda estão trabalhando?

E outros questionamentos decorreram dessa primeira indagação: por que alguns trabalhadores conseguem desenvolver uma carreira profissional e se aposentar aparentemente sem problemas que afetam sua saúde, enquanto outros adoecem e até vão a óbito logo depois da aposentadoria ou mesmo pouco tempo antes de aposentar? Que relação é esta entre esses servidores e o trabalho? O que representa para eles a aposentadoria?

É a partir da forma como o sujeito estabelece a relação com a dinâmica do trabalho e com as normas e regras instituídas no hospital, numa relação de domínio na qual envolve prazer e sofrimento, que recebe influência na construção do

processo saúde-doença e isso reflete na permanência, ou não, na instituição após a aposentadoria, o que se propõe como hipótese orientadora.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a relação entre subjetividade e trabalho num hospital público universitário em Belém e a ocorrência de sofrimento psíquico, bem como a transformação de sofrimento em prazer, que o sujeito vivencia com o advir da aposentadoria. Como objetivos específicos destacam-se: Reconhecer e examinar as estratégias coletivas de defesa existentes na instituição e como isso reflete na qualidade de vida dos servidores que permanecem trabalhando, após o cumprimento de tempo e idade para a aposentadoria e identificar as dimensões presentes na subjetividade e intersubjetividade e a relação que os trabalhadores dessa instituição estabelecem com o processo saúde-doença.

As entrevistas individuais permitiram compreender o caminho profissional percorrido por cada servidor, possibilitando a interpretação de sua história articulada com a experiência coletiva no cotidiano do hospital, bem como a ocorrência de sofrimento psíquico e o prazer no trabalho e na aposentadoria. Os principais tópicos analisados foram: prazer e sofrimento no trabalho e na aposentadoria, repercussões em atividades extralaborais e história de vivências no trabalho.

Nos prontuários das servidoras entrevistadas realizou-se uma pesquisa que foi previamente solicitado formalmente à Direção de Saúde e Segurança do Trabalho (DSST) do HUIBB. Foram examinadas, no prontuário, informações de registros da equipe interdisciplinar, que puderam contribuir para história pregressa da servidora, em relação aos cuidados que a mesma teve com prevenção à saúde. Tal estudo serviu para embasar informações da situação e histórico do processo de saúde-doença da servidora entrevistada.

O próximo passo foi a realização das entrevistas de modo dirigido, num total de 18 servidoras sendo, técnicas e auxiliares de Enfermagem, com idade e tempo completo para aposentadoria e ainda estão na ativa; Tais entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital em sala apropriada o qual garantiu o sigilo necessário. Tal local foi previamente reservado, no centro de estudo, pela pesquisadora, através de protocolo local. Foi realizada gravação da entrevista com prévia autorização da entrevistada.

O tempo para os procedimentos de observação e entrevista, não tiveram limite. A pesquisadora realizou registros dos relatos, leitura, transcrição dos dados

coletados os quais serviram para o desenvolvimento da pesquisa, bem como para a elaboração do relatório que deu subsídio para a dissertação e demais artigos científicos se for o caso.

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a entrevistada da pesquisa tomou ciência sobre sua participação, porém, pode-se afirmar que, por se tratar de pesquisa de processos subjetivos não houve riscos biológicos, inerente ao projeto, para esse sujeito e em caso de mobilização de sofrimento psíquico o próprio pesquisador pôde prestar suporte psicológico e/ou encaminhá-la a um serviço especializado.

A pesquisa realizou-se no HUIBB que é uma instituição da UFPA e têm como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de Ensino e Pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. É referência regional em Pneumologia, Infectologia e Endocrinologia e Diabetes e Referência Nacional em AIDS.

Esse estudo foi apresentado à direção do HUIBB é conseqüentemente submetido à avaliação do Comitê de Ética e após a autorização, realizada através da Plataforma Brasil, deu-se início a coleta de dados com estabelecimento da amostra de sujeitos. Para que a servidora pudesse conhecer e entender os objetivos da pesquisa, bem como a intenção da publicação, foi proposto a ela e realizado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os benefícios deste estudo servirão para os membros da comunidade científica na investigação de processos subjetivos, bem como para a categoria de Enfermagem que poderá interpretar os resultados e transformar em ações dirigidas ao grupo com a finalidade de reduzir o "sofrimento psíquico" na aposentadoria.

No primeiro capítulo discorre-se sobre o lugar dos conceitos e das teorias no qual se justifica a investigação da relação de trabalho sustentada pelos estudos de Dejours, mas especificamente sobre a relação na dinâmica do trabalho hospitalar. Aborda-se a relação de poder existente no trabalho hospitalar baseada na teoria de Foucault. Discorre-se sobre o lugar das técnicas/auxiliares de Enfermagem no HUIBB, suas funções, bem como as características do trabalho hospitalar. Aborda-se a respeito da saúde e segurança do trabalhador da saúde no HUIBB. Pontuam-se os conceitos de subjetividade e intersubjetividade no trabalho de Enfermagem e

por fim apresentam-se as estratégias coletivas de defesa utilizadas pelas trabalhadoras de Enfermagem do HUIBB.

No segundo capítulo apresenta-se o HUIBB em sua dimensão e funcionamento, fazendo um breve histórico de sua existência e quais os serviços que esse dispõe para a sociedade. Nesse capítulo apresenta-se a realização da coleta de dados dessa pesquisa num minucioso caminho percorrido pela pesquisadora.

O terceiro capítulo apresenta a discussão sobre prazer e sofrimento na aposentadoria a partir da psicodinâmica do trabalho postulada por Dejours, apresenta a entrevista e as análises de dados realizados através das entrevistas e por fim apresentam-se as considerações finais desse estudo.

## 2 LUGAR DOS CONCEITOS E DAS TEORIAS

Para uma investigação da relação de trabalho, tempo de aposentadoria, prazer e sofrimento evocam-se os estudos de Dejours que trabalha com vários conceitos entre eles o da organização do trabalho. Dejours (1992) defende que, organização do trabalho não se refere só à divisão do trabalho, isto é, a divisão de tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também e, sobretudo, a divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.

Um hospital representa um espaço social de hierarquias com uma divisão de tarefas prescritas no saber médico associado a uma forma de administrar os papéis e que são propostos para a eficiência interna (das equipes) e externa (dos usuários). Enquanto hospital de ensino e pesquisa o HUIBB mantém peculiaridades que o caracterizam e nele encontram-se desenhados os tempos de trabalhos de cada servidor de acordo com a organização que exige um hospital-escola. Então, a partir dos conceitos e teorias aqui apresentadas busca-se compreender, como se apresenta essa unidade de trabalho e de serviços que interage profundamente com o subjetivo dos seus quadros e dos seus usuários e intersubjetivamente com a instituição.

Mendes (2011), levando em consideração o sistema capitalista, aborda a relação do homem com o trabalho que, paradoxalmente proporciona libertação e prisão. As condições de trabalho e o psiquismo são identificados com possibilidades de resistência e de emancipação:

Para Mendes (2011), o trabalho na sociedade capitalista contemporânea tem assumido diversos sentidos para os trabalhadores, ora oferecendo condições emancipadoras, ora escravizantes. Nesse contexto, muitas vezes, o psíquico é envolvido no jogo e na trama da dominação social, associada às leis de racionalidade econômica, refletidas nos princípios da produtividade, da flexibilidade e do consumo, levando os trabalhadores a não ter saídas, prevalecendo à sujeição no lugar da resistência e da emancipação.

Ao instituir-se o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e desejo dos sujeitos, aparece o

sofrimento patogênico como afirma Dejours (1992). A partir dessa percepção o autor explica em que consistem as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar esse sofrimento e como elas surgem e evoluem. Mendes (2011) apresenta importante contribuição no sentido de entendimento das dimensões intersubjetivas na relação que o trabalhador enquanto sujeito estabelece com seu trabalho, como mostra a seguir:

Todas essas dimensões produzem e são produtoras de uma intersubjetividade particular no contexto de trabalho. Isso significa que o trabalho para a psicodinâmica faz parte da constituição do sujeito, implica ação do sujeito sobre a realidade, sendo o real o que se faz conhecer pelo sujeito. [...] Nesse contexto, é fundamental o reconhecimento como uma construção que permite esse engajar-se para transformar a organização do trabalho. Esse é o momento da emancipação do sujeito, apropriar-se do sofrimento para significá-lo, superá-lo e transformá-lo, sendo, desse modo, uma ação antecipada sobre as condições concretas da organização do trabalho. (MENDES, 2011, p. 14).

Será que o conflito a que se referem os autores acima está ou esteve presente nas relações dos servidores desta pesquisa? Trata-se de trabalhadores que, na sua maioria, iniciaram o trabalho no hospital quando ainda eram jovens e alguns, atualmente, já somam mais de 30 anos de instituição. Poderemos ver na análise dos resultados que os relatos dos sujeitos mostram que muitos usam estratégias para enfrentar tal sofrimento e como se organizam na busca da emancipação ressignificando o sofrimento e transformando-o em prazer.

Seguindo ainda as contribuições de Mendes (2011) pode-se conceber que, o objeto de pesquisa da psicodinâmica do trabalho é o estudo do sofrimento frente às contradições da organização do trabalho e as estratégias usadas na resistência buscando ressignificar e transformar o sofrimento em prazer, para que o trabalhador não venha “enlouquecer pelo trabalho” e possa sentir prazer e assegurar a saúde mental. Esta relação trabalhador-trabalho provoca uma dinâmica na qual prazer e sofrimento não se separam, o prazer se transforma em sofrimento e o sofrimento em prazer dependendo das condições sociais, éticas e políticas da organização do trabalho.

O psíquico e o social são articulados na construção do trabalho. Uma realidade social, representada na organização do trabalho que mobiliza e é mobilizada pelos sujeitos, que se engajam neste contexto com sua subjetividade, construindo assim a intersubjetividade no trabalho; A partir daí a contribuição dos sujeitos dessa pesquisa, que se encontram em tempo de aposentadoria, puderam



dar a este estudo suporte nas teorias aqui representadas.

Em se tratando desse assunto, Dejours (1994, p. 04) pontua que “a subjetividade no contexto de trabalho é intersubjetividade”. A partir de tal afirmação pode-se entender que, intersubjetividade diz respeito às relações entre sujeito trabalhador e trabalho enquanto instituição, permeado por regras, normas, dominação por parte desta, enquanto aquele resiste para enfrentar o sofrimento e buscar o prazer e a emancipação gerados nessa interação.

Dejours e Abdoucheli (1990) fazem referência ao conceito de organização do trabalho pelo contraste com as condições do trabalho, sobre as quais a maioria dos pesquisadores médicos e ergonômicos focalizava seus estudos. Por condições de trabalho entendem as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho. As pressões ligadas às condições de trabalho têm por alvo principal o corpo dos trabalhadores, onde elas podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas.

Essas organizações de trabalho estão intimamente representadas no trabalho da Enfermagem, mas especificamente no trabalho do técnico/auxiliar de Enfermagem como se pôde observar no HUIBB. Trabalhadores que atuam em trabalho exaustivo, prolongado e penoso, exposto a riscos físicos, ergonômicos, biológicos e de acidente o que pode contribuir para o adoecimento dos trabalhadores. Por isso precisou-se ter base em autores que contribuísse para a compreensão dessa organização de trabalho. A partir dessas discussões sobre a relação entre trabalho e trabalhador Mendes (2004) pontua que:

A combinação entre as condições de trabalho, a relação entre trabalhador com o trabalho e os aspectos referentes à sua psicodinâmica e a sua história de vida, pode vir a definir o sofrimento ou doença provocada ou desencadeada pelo trabalho [...] Aspectos do trabalho como produtores de sofrimento exigem investimento do trabalhador tanto na transformação do mundo externo, onde se estabelece suas relações sociais e econômicas, quanto transformação no que pode ser entendido como mundo interno, onde estas relações se articulam com aspectos da subjetividade e da psicodinâmica do indivíduo. (MENDES, 2004, p. 10)

Dejours e Abdoucheli (1990) fazem, em seus estudos, o histórico da psicodinâmica do trabalho enquanto disciplina como sintetizado no parágrafo abaixo:

A psicodinâmica do trabalho é uma das disciplinas que se constituíram, na França, num processo de construção de novas perspectivas de análise, apontando outra dificuldade para pesquisa na área: a defesa dos próprios trabalhadores diante das ansiedades, medos e frustrações geradas nas

relações de trabalho. Os sistemas defensivos atuam sobre a percepção das fontes de sofrimento e funcionam como regras, no sentido de pressupor um acordo partilhado. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990, p. 127).

O trabalho da Enfermagem é permeado por todos esses sentimentos e sintomas como, ansiedade, medo, frustrações que surgem a partir da atividade exercida no cuidado com o paciente que se encontra em sofrimento real e que mobiliza toda equipe gerando estratégias defensivas que ajudem a lidar com essas situações de dor, sofrimento e morte. Esta é a realidade dos trabalhadores da Enfermagem no HUIBB, por isso a importância desse hospital servir como laboratório dessa pesquisa.

Neste estudo, a partir das bases epistemológicas da psicodinâmica utilizam-se os conceitos da psicanálise freudiana para subsidiar a ideia de que o trabalho funciona como forma estruturante do psiquismo e suas relações com as vivências de prazer-sofrimento no trabalho. Para tanto é necessário discorrer sobre algumas ideias presentes na teoria freudiana como a teoria da Pulsão e Sublimação, subsidiando através dessas contribuições a dinâmica do prazer e do reconhecimento no ponto de vista da psicodinâmica.

Relacionando o problema apresentado neste estudo, discorre-se sobre o fato de que, a aposentadoria traz sentimentos antagônicos de sofrimento e prazer, visto que desligar-se do trabalho não é tarefa fácil para muitos e para entender de que forma os trabalhadores do HUIBB, em tempo de aposentar-se, lidam com essa realidade já que para eles o trabalho simboliza o que explica as teorias tanto de Freud, no que diz respeito aos conceitos de Pulsão e Sublimação como a de Dejours com a teoria da psicodinâmica do trabalho como podem ser reconhecidas no desenrolar deste estudo, quando das observações de campo e das análises dos resultados.

Como sugere Silva (2011), a psicanálise propõe que o psíquico se constrói a partir de uma tentativa de organização que visa direcionar a energia pulsional para fins específicos, estabelecendo um modo de satisfação.

Segundo Kehl (2002) o homem contemporâneo quer ser despojado não apenas da angústia de viver, mas também da responsabilidade de arcar com ela; quer delegar à competência médica e às intervenções químicas a questão fundamental dos destinos das pulsões, como, por fim, quer eliminar a inquietação que o habita em vez de investigar seu sentido. “Mas, não percebe que é por isso

mesmo que a vida lhe parece cada vez mais vazia mais insignificante” (SILVA, 2011, p. 07) e continuando neste raciocínio Kehl continua afirmando que:

Se, para a psicanálise, a condição humana é marcada por essa divisão, sendo inevitável ao homem o *pathos* que o habita, o destino dado a esse *pathos-lógico* pode variar. Se a pressão constante da pulsão não pode ser controlada ou cessar, o destino dado a ela pode variar. O desejo se constitui a partir de uma falta ou hiância. Mas se o que há é a falta resta ao sujeito a possibilidade de criar-lhe formas. Criar um estilo singular, que o sujeito possa reconhecer como seu, ao contrário do sintoma, em que o sujeito não se reconhece. O sujeito na psicanálise é convidado a ser autor de seu romance pessoal, de forma que a psicanálise toma parte na empresa de criação desse sujeito como autor de si mesmo que é, antes de mais nada, o autor de sua própria fala. (KEHL, 2002, p.135).

Freud (1930) postula que, trabalhar é um dos melhores caminhos que podem levar o homem a encontrar a felicidade, pois o trabalho se constitui numa via de escoamento para as pulsões, pode assumir um papel importantíssimo na vida do homem, transformando-se em uma das dimensões da sua existência. O trabalho, ainda, facilita um dos mecanismos mais evoluídos do psiquismo que é o processo de Sublimação, através do qual é possível vivenciar trabalho e prazer, uma vez que a Pulsão é ressignificada em gratificação social.

Para provocar uma reflexão no leitor pensemos então na atuação de um técnico de Enfermagem, que faz uma escolha profissional na qual precisa na sua prática lidar com atividades que vão da aferição de temperatura, pulso e pressão arterial dos pacientes que estão ao seu cuidado, até cuidados como banhos, higiene íntima (limpeza das excretas dos pacientes), limpeza de feridas infectadas (curativos), limpeza de materiais contaminados (papagaios, escarradeiras e etc...). Como compreender a ressignificação da Pulsão em gratificação pessoal em tais atividades?

A teoria freudiana contribui para a compreensão dessas vivências de prazer e de sofrimento. A teoria psicanalítica apresenta o método primário de funcionamento mental, em que o indivíduo, principalmente numa idade mais tenra, tende a satisfazer suas necessidades pela busca do prazer: princípio do prazer. (FREUD, 1976, p. 88).

Em obra posterior, este autor reconhece que a busca do prazer encontra barreiras na realidade do mundo externo, o que dificulta ou impossibilita a obtenção do prazer. O indivíduo experimenta sensações de desprazer ao se confrontar com a realidade. Freud (1976) esclarece:

Esse último não abandona fundamentalmente a obtenção de prazer, exige e efetua o adiantamento da satisfação. O abandono de uma série de possibilidades de obtê-lo e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer (FREUD, 1976, p. 43).

A restrição e o adiamento da gratificação pulsional, para Freud (1927-1931), são o preço para amar e trabalhar na sociedade civilizada. Ele sugere que a cultura não pode ser construída como uma sobra do paraíso, mas como resultante da restrição e do adiamento da gratificação pulsional. Assim sendo, a liberdade está associada ao adiamento dessa gratificação. Persistir na busca do paraíso, um dia experimentado pode gerar grande vivência de sofrimento. No processo de civilização, o adulto deixa tal paraíso “idealizado” para tomar conta de um paraíso construído nas relações sociais, o qual permite a entrada no mundo do trabalho e a mobilização na direção de obter a gratificação.

No caso do técnico de Enfermagem, este pode, ao confrontar-se com a realidade do trabalho que o faz sofrer ou causar-lhe desconforto, inconscientemente adia sua satisfação e pode vivê-la no momento em que se sente recompensado pela melhora e alta hospitalar do paciente que recebeu seus cuidados.

Na interpretação freudiana o homem instintivamente coloca à disposição da atividade civilizada uma extraordinária quantidade de energia, em virtude de uma singular e marcante característica: sua capacidade de deslocar seus objetivos sem restringir consideravelmente a sua intensidade. A essa capacidade de trocar seu objetivo sexual original por outro, não mais sexual, mas psiquicamente relacionado com o primeiro, chama-se capacidade de sublimação.

A **sublimação** (grifo nosso) consiste num deslocamento que o homem faz de seus impulsos agressivos e investe em uma atividade de trabalho que pode ser um esportista, um bancário, um psicólogo, uma enfermeira, um cirurgião, um psicólogo e etc. Freud (1927-1931) diz que as obras de arte, as ciências, a religião, a filosofia, as técnicas e as invenções, as instituições sociais e as ações políticas, a literatura e as obras teatrais são sublimações ou modos de substituição do desejo sexual de seus autores.

Sendo assim, a sublimação permite a substituição do que não foi realizado na escala amorosa, por meio de um deslocamento para uma atividade valorizada socialmente, segundo a psicanálise, mas que para Dejours (2004), seria o julgamento do outro sobre aquilo que estamos fazendo para que resultasse nesse valor social.

A sublimação é caracterizada por três elementos: ela se dá no campo social e notadamente no trabalho, ela é sempre associada às aspirações narcisistas, ela é animada pela parte perversa da sexualidade, ou seja, pulsões ditas parciais que não são submetidas à autoridade e ao primado do genital (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994). A sublimação pode ficar apenas no nível da engenhosidade ou estabelecer relações mais complexas com o trabalho, mantendo a presença do ideal e de valores, como o narcisismo e o amor de si (DEJOURS, 2011). Além de ser operacionalizada em inteligência prática, a sublimação também gera criatividade.

A partir da definição psicanalítica de sublimação, Dejours considera que, quando o trabalho assume sentido, passa a ter sua função sublimatória e favorecer a saúde mental. E para contribuir Silva, (2011) garante que, o trabalho que permite a sublimação é também fonte de prazer e enriquece a identidade. Ocorreria o oposto no trabalho submetido a imposições que, restringindo a liberdade, bloqueiam a sublimação ao se tornarem inibidores da criatividade.

A perspectiva acima tem outro nome relevante nos trabalhos da pesquisadora Magnolia Mendes (2011) que pontua:

A sublimação é um processo inconsciente e encontra-se na base da estruturação da personalidade do sujeito, diferenciando-se completamente da repressão, que traz de forma subjacente a ideia de alienação. O caráter transformador da sublimação significa que, quando uma energia pulsional é sublimada, pressupõe-se criatividade, inovação e participação, sendo uma negociação bem-sucedida entre o desejo e a realidade, não implicando resistências a mudanças, passividade e conformismo, mas favorecendo a transformação do sofrimento advindo de uma organização do trabalho adversa. (MENDES, 2011, p. 18).

A partir daí pode-se definir que, através da energia sublimada a pulsão alimenta a sua própria satisfação. Logo quando não é possível sublimar ocorre uma insatisfação e o adoecimento ocasionando sofrimento psíquico ao sujeito. É aí então que se considera que o trabalho é uma das possibilidades para o sucesso da sublimação, o prazer significa a satisfação das necessidades representadas intensamente pelo sujeito.

Em consonância ainda com as contribuições de Mendes (2011) conclui-se que, o prazer, vivenciado de modo direto pela sublimação ou indireto pela resignificação do sofrimento, é fundamental para a estruturação do sujeito trabalhador, à medida que permite a atuação dos processos sublimatórios

responsáveis pela gratificação das pulsões, dimensão central para a construção da subjetividade e da saúde.

Através desses conceitos sustenta-se a pesquisa representada neste trabalho que investiga a relação do servidor do HUIBB em todas as dimensões, tanto na relação com a instituição e com os diversos servidores como também com as relações intrapsíquicas, buscando um entendimento da dinâmica do trabalho, da organização do trabalho, da subjetividade e finalmente de como este trabalhador chega na aposentadoria, levando em consideração sua história de vida, sua saúde e sua identidade social aqui representada pela profissão de técnico/auxiliar de Enfermagem.

A partir das teorias abordadas foram desenvolvidas discussões sobre a importância de entender a subjetividade dos trabalhadores dos hospitais e o processo de saúde-doença que cada um percorre ao longo do seu exercício de trabalho e conseqüentemente como se encontra a saúde física e mental dos trabalhadores do HUIBB que continuam trabalhando, mesmo com quesitos necessários a aposentadoria, cumpridos. É mister considerar que, o processo saúde e doença, não pode desvincular-se do contexto no qual se realiza o trabalho.

O hospital tornou-se o lugar social e cientificamente reconhecido para tratar das pessoas doentes - aponta Pitta (1990) dessa maneira, os profissionais da saúde, especificamente, as técnicas e auxiliares de Enfermagem trabalham dia a dia numa linha tênue entre vida e morte o que as coloca de frente com a fragilidade do ser humano e certamente com sua própria fragilidade e certeza de sua finitude. Essa realidade pode desencadear sofrimento físico e psíquico.

Ao mesmo tempo em que, se avança em tecnologia de equipamentos de alta complexidade, se defronta com a realidade da precariedade das condições de trabalho o que resvala nas relações no trabalho visto que este é considerado suporte central de manutenção da vida e significação do eu no coletivo.

Situações de tensão e sentimento de impotências vividas pelos trabalhadores de um hospital frente às demandas de pacientes e familiares, de um modo geral são constituídas por componentes de diversas significações e marcado historicamente por transformações técnicas e subjetivas. (NARDI, 2007, p. 40).

A complexidade do trabalho no hospital necessita ser considerada. Nos dias de hoje essa instituição é legitimada e estruturada para prestar serviços de cuidados

de média e alta complexidade, é o lugar da cura e/ou da morte. Lugar onde os trabalhadores usam sua força de trabalho. Lugar que para além das necessidades específicas oriundas da tecnologia exige permanente interação social entre diversos profissionais, desde médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, administradores, técnicos administrativos, pessoal de serviços gerais, segurança, lavanderia, cozinha entre tantos outros profissionais que alongam essa lista.

Entre esses profissionais está constituída uma rede de relações necessárias à realização de diversas atividades hospitalares, no qual o caráter principal e essencialmente coletivo leva ao objetivo maior que é prestar um serviço de qualidade ao usuário que ali chega à procura de assistência. Esse usuário pode vir com uma simples demanda ambulatorial, que pode ser resolvida com orientação médica ou da Enfermagem ou desencadearem-se em vários serviços como, exames laboratoriais, exames de imagem, exames de alta complexidade, como ressonância magnética, até a necessidade de internação para tratamento clínico ou cirúrgico. Logo fica atrelado ao serviço coletivo a realização de qualquer assistência ao paciente.

Pitta (1990) em suas pesquisas sobre o trabalho hospitalar pontua que a constante exposição a fatores que produzem doença e/ou sofrimento laboral é decorrente da própria natureza do trabalho. Dor, sofrimento, morte está no ofício, se dá dentro da organização do trabalho hospitalar que é essencial e contínuo e essa própria natureza é determinante para desencadear sofrimento psíquico, por forças internas e externas que agem de forma dinâmica entre si.

O significado do trabalho para maioria dos trabalhadores o coloca numa posição social na qual ele passa a ser socialmente reconhecido pela sua atividade laboral. Neste contexto Mendes (2004) traz uma contribuição na qual pontua o lugar do sofrimento no trabalho que é decorrente dessas atividades laborais como podemos ver na citação a seguir:

O trabalho como construtor de identidade e inclusão social atua sobre o indivíduo interferindo na sua vida como um todo, inclusive na relação saúde-doença, contribuindo, em alguns casos, para o aparecimento de problemas físicos ou psíquicos. Ao se analisar o trabalho, pode-se verificar que a multiplicidade de fatores objetivos e subjetivos que atuam na relação trabalho-trabalhador pode vir a desencadear ou determinar adoecimentos. (MENDES, 2004, p.34).

Por outro lado esse mesmo objeto de trabalho é capaz de produzir satisfação e prazer, através de mecanismos de defesa de natureza sublimatória, a partir do momento que ocorrem condições favoráveis permitindo ao trabalhador a percepção de valorização de seu trabalho o que pode ser percebida com a melhora do paciente, no alívio da sua dor e sofrimento bem como na recuperação da sua saúde quando da alta hospitalar. Nessa perspectiva e de acordo com a citação a seguir, Martins, Robazzi e Bobroff afirmam que:

Embora o trabalho possa ser fonte de sofrimento, por outro lado, proporciona vivências de prazer, pois é por meio dele que o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo laboral, não somente como forma de sobrevivência, mas também para realização pessoal e profissional. Assim, o trabalho possibilita o processo de formação do indivíduo, em sua produtividade técnica, política, cultural, estética e artística envolvendo a subjetividade. (MARTINS, ROBAZZI; BOBROFF, 2010, p.1108).

Toda a nossa vida é baseada no trabalho e desta feita “O trabalho é um definidor do sentido da existência humana” (ZANELLI, 2010, p. 25). Os processos de socialização primária e secundária nos preparam para isto, mesmo quando ainda não entendemos de modo mais preciso tais significados. A construção do amadurecimento do ser humano, portanto, constitui processo relativamente longo, que percorre a infância, a adolescência, a fase adulta e a terceira idade. Acentuadas relações de dependência são características dos humanos ao nascerem, principalmente em seus primeiros anos de vida. A maturidade, espera-se, deve acentuar e se vincular, por via de regra, a inserção do ser humano no mundo do trabalho.

O significado do trabalho, para o trabalhador, parece ir além das necessidades básicas de sobrevivência, como, se vestir, alimentar-se e se autossustentar, surgem outras necessidades que são fundamentais e intrinsecamente que repercute na qualidade de vida dessa trabalhadora e Mendes, afirma abaixo que:

O trabalho vem se tornando cada vez mais fundamental na vida das pessoas. Essa centralidade traz consequências paradoxais para a integridade física, psíquica e social dos indivíduos. Por um lado, o trabalho - como atividade produtiva ontológica -, constituinte da identidade do trabalhador assume papel essencial para assegurar à saúde; em contrapartida, os contextos nos quais ele se insere levam a uma precarização de condições e oportunidades, contribuindo para um possível adoecimento dos trabalhadores. (MENDES, 2012, p. 14).



Em se tratando especificamente do trabalho no HUIBB, laboratório desta pesquisa, diversos profissionais lidam com uma complexa e difícil tarefa, a de prestar cuidados à saúde da população. Para tanto é necessário que os campos do saber aqui presentes estejam em constante renovação de tecnologias assistenciais e de cuidados específicos que o trabalho hospitalar exige numa permanente interação entre os profissionais, o paciente e seus familiares, levando em consideração que o HUIBB é um hospital de ensino e pesquisa e que além de seus servidores existem também um vasto número de estudantes acadêmicos de diversas áreas como, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Fisioterapia, Nutrição, Administração, entre outras que são ocupadas por acadêmicos para serem treinados em suas práticas.

Pitta (1990) lembra que, na Idade Média, a morte e sofrimento estavam nas salas de visita; Nos dias atuais, ela se esconde nos hospitais, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e são controladas por guardiões nem sempre esclarecida da sua penosa missão socialmente determinada, que é ser trabalhador da saúde. Nessas relações entre o doente e o trabalhador se constrói a representação, de um lado, o doente que necessita de cuidados e, do outro, o cuidador que presta tal serviço. A reflexão de Pitta sobre as relações sociais entre esses dois agentes indica sentido interpretativos:

O homem moderno, pelo horror de adoecer e de sua própria morte, necessita do saber e da técnica como refúgio para o seu medo e precariedade. Outros homens vendem a sua força de trabalho, administrando tais incômodos, construindo histórica e socialmente um processo de trabalho onde o poder e a técnica se encarregam de diluir o impacto e o sentimento de impotência desconcertante. (PITTA, 1990, p. 25).

Historicamente no HUIBB vem se delineando vários estudos, cujo objetivo é de procurar entender o processo de trabalho hospitalar como um espaço de práticas institucionais que estão entrelaçadas com as demais práticas sociais e submetido a determinadas regras políticas, sociais e históricas. A exemplo disso, Oliveira (1997), pesquisando o sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar e utilizando como laboratório de pesquisa o HUIBB afirma que, o trabalho coletivo inerente às práticas de saúde impôs uma realidade aos hospitais modernos em que participam da divisão social e técnica do trabalho. Trata-se de várias profissões com diferentes qualificações convivendo, médicos, pessoal da Enfermagem e outros técnicos e

auxiliares em uma mesma enfermaria. Um trabalho em que as atividades mais complexas são atribuídas aos médicos e aos profissionais de nível superior. Na base da pirâmide estão os auxiliares de Enfermagem, realizando atividades pretensamente rotineiras.

Neste sentido o autor fala de uma hierarquia trazida para discussão nesta pesquisa. O técnico/auxiliar de Enfermagem é disciplinado a enfrentar diariamente penosas tarefas por ocuparem um lugar que é disciplinado pela função do exercício do poder realizado pela enfermeira o qual Foucault (1979) interpreta que a organização do hospital ocorreu, essencialmente, a partir da tecnologia política da disciplina. É importante que se diga que a disciplina é uma técnica do exercício do poder, sendo aperfeiçoada durante o século XVIII, embora já tivesse sido inventada e empregada muito antes. A disciplina caracteriza-se pela individualização através dos espaços, inserindo os corpos num espaço individualizado, classificatório e combinatório. Ela exerce seu controle sobre o desenvolvimento de uma ação e não sobre seu resultado. A vigilância é constante e perpetua sobre os indivíduos, vigiando todo o tempo sua atividade, mantendo-o sob vários olhares e continuamente registrando seus movimentos. Dessa forma, a disciplina tem como alvo e resultado os indivíduos em sua particularidade.

É nesse lugar subjugado que a disciplina, que muitos trabalhadores, aqui no caso cita-se o técnico/auxiliar de Enfermagem, falaram em seus relatos e que podemos entender a teoria no qual Foucault (1979) descreve o processo de disciplinarização no hospital desde uma perspectiva inusitada na qual fala que a disciplina:

Colocou-se então o problema de uma relação específica de poder sobre os indivíduos enclausurados que incidia sobre seus corpos e utilizava uma tecnologia própria de controle. E essa tecnologia não era exclusiva da prisão, encontrando-se também em outras instituições como o hospital, o exército, a escola, a fábrica. [...] foi esse tipo específico de poder que Foucault chamou de disciplina ou poder disciplinar. E é importante notar que ela nem é um aparelho, nem uma instituição, na medida em que funciona como uma rede que as atravessa sem se limitar as suas fronteiras. Mas a diferença não é apenas de extensão, mas de natureza. Ela é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são "métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 1979, p. 139).

A relação de poder, a qual é atravessada pela disciplina, como disse o autor acima, existe também nos hospitais. Pitta (1991) analisa que, a organização do

trabalho hospitalar recupera a disciplina enquanto técnica, facilitando e contendo os corpos, através de uma competente estratégia de controles e olhares hierarquizados, aproveitando a mesma hierarquia instituída com base no saber. As tarefas dos auxiliares e atendentes são as mais intensas, repetitivas, social e financeiramente também as menos valorizadas.

Esta pesquisa aponta essas relações de poder existente no HUIBB, que como instituição hospitalar hierarquizada, não poderia estar de fora desta análise, é o corpo se tornando força de trabalho pelo sistema político e de dominação característico do poder disciplinar do qual se refere Foucault (1979).

Assim também, Nardi e Ramminger (2007) apontam que, em relação ao trabalho, não deve ser analisado apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas deve-se considerar a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. Estas também variam conforme o contexto social, histórico e econômico, apontando para diferentes processos de produção de subjetividade, diferentes sujeitos trabalhadores. A relação com o trabalho certamente é vivida de forma distinta entre o cidadão e o escravo na Grécia, ou o senhor e o servo na Idade Média, entre o operário da indústria fordista e o jovem analista de sistemas nas atuais empresas. E por que não dizer entre a enfermeira e os auxiliares em um hospital?

Numa perspectiva bastante atual Bianchesse (2006), defende que, o hospital permanece definindo estratégias de gestão de pessoas, através de técnicas de poder disciplinar demarcando os espaços e os tempos, através de uma hierarquia de dispositivos disciplinares para organizar e fazer funcionar essa “máquina” complexa que se tornou o hospital.

É necessária que exista, no hospital, uma rede de relações entre os profissionais para que as diversas atividades possam ser desenvolvidas, tendo um caráter essencialmente coletivo, cujo principal objetivo deva ser o de prestar um serviço de qualidade ao paciente que ali vai buscar tratamento. Tal serviço envolve, desde a consulta e acompanhamento médico, passando por diversas atividades profissionais que se inter-relacionam, como registros e protocolos administrativos, diversos cuidados de Enfermagem, exames simples como os laboratoriais e os de alta complexidade – desde os diagnósticos por imagem até atividades de esterilização de equipamentos e materiais bem como a higiene e limpeza de

espaços físicos. Soma-se a isso o trabalho dos diversos profissionais da saúde como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos e auxiliares de diversas modalidades assistenciais. Desta forma, Bianchesse (2006) sugere pensar que:

O cenário hospitalar como está configurado hoje, contém aspectos extremamente contraditórios. Por um lado está inserido num sistema de saúde constantemente em dificuldade políticas e econômicas, por outro é portador de uma potencia representada pela tecnologia e pelos profissionais capacitados tecnicamente para enfrentar situações de doenças gravíssimas superando limites, antes não imaginados, restabelecendo a saúde e prolongando vidas. (BIANCHESSE, 2006, p. 40)

Nesse sentido Menezes (2004) diz que a relação afetiva é parte integrante do exercício de atividade diária para que sua tarefa seja realizada. Duas realidades se contrapõem. De um lado, o trabalhador precisa e estabelece o vínculo, para que sua atividade seja desenvolvida. Por outro, é uma relação profissional mediada por todas as questões formais que advêm do trabalho, tais como normas, horários, salário, escalas. Assim, a relação afetiva é interdita. Um grande conflito se estabelece: vincular-se afetivamente *versus* não vincular-se afetivamente.

Mas adiante desse dilema veremos que, apesar de todas as regras e normas institucionais advindas da relação de poder no qual é atravessada pela disciplina como já vimos problematizado anteriormente, os servidores do HJBB apresentam uma história na qual se vê claramente a existência de um vínculo afetivo com a instituição, mas isto será mostrado quando da análise dos dados.

Como analisa Pitta (1990), não somente os auxiliares e atendentes sofrem com o trabalho nos hospitais, de uma forma geral, todos, em especial os profissionais da saúde, lidam diariamente com situações limites como sofrimento, dor e morte dos pacientes internados. Cada trabalhador, a seu modo, encontra formas subjetivas de conviver e dar vazão a esta tensão.

Mas quando o trabalhador não encontra espaço para dar vazão ao sofrimento e, como já vimos nas discussões sobre psicodinâmica do trabalho, transformar esse sofrimento em prazer é como se instalasse o adoecimento, mas é importante entender como se instala o processo saúde-doença e como o sujeito protagoniza sua história de adoecimento no trabalho.

Segundo Oliveira (2001), o processo saúde-doença é uma totalidade, não podendo ser reduzido ao estritamente biológico e individual, pois a essência do processo é o reconhecimento de seu caráter social e sua determinação histórica; mesmo o processo biológico presente no processo saúde-doença, também tem um caráter social. Essa concepção identifica a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos, rompendo com o pensamento médico dominante do caráter histórico da biologia humana. A medicina dominante, ao enfatizar o caráter biológico no processo saúde-doença, oculta o seu verdadeiro caráter de ser um processo biológico e social.

De acordo com Canguilhem (1995), o homem faz a sua dor e a sua doença, julgando se estas serão normais ou se deixarão a sê-lo. Voltar a ser normal é retomar uma atividade interrompida. Uma terapêutica deve respeitar um novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal. A vida não conhece a reversibilidade, mas admite reparações (as curas) que são inovações fisiológicas. A cura não implica a saúde, necessariamente. A cura pode estar mais próxima da doença ou da saúde, se, na estabilidade que ela proporciona, encontra-se ausente ou presente a abertura a eventuais modificações.

Numa sociedade em que a medicalização do sofrimento psíquico torna-se cada dia mais intenso, vale refletir, sobre o que é uma patologia psíquica e o que significa tratá-la, mesmo que a reflexão esteja na contramão das exigências de consumo dos diversos tratamentos disponíveis.

A saúde constitui certa capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica. Biologicamente, assegurada pela vida, a saúde significa o luxo de se poder cair doente e se reestabelecer. As possibilidades do estado de saúde são superiores as capacidades normais. No que se refere ao psiquismo humano, a norma é a reivindicação e o uso da liberdade para revisão e instituição de normas, o que implica “normalmente” o risco da loucura. O conceito de normal será sempre, por conseguinte um conceito normativo e fisiológico.

Mas como lidar com essas questões de processo de adoecimento do trabalhador do hospital, quando esse trabalhador já está com a idade avançada, como é o caso dos sujeitos da pesquisa que já estão no tempo da aposentadoria e que por tanto o corpo, já esta envelhecendo e não tem mais a mesma vitalidade?

## 2.1 O lugar das técnicas/auxiliares de Enfermagem no hospital

O trabalho da Enfermagem possui um caráter tipicamente feminino em todas as épocas conforme Pitta (1990). Trata-se de uma profissão, de um saber, de uma vocação, de uma doação e destas formas tem sido interpretada. Timby (2007) explicita que a Enfermagem é uma das mais jovens profissões existentes, ainda que seja uma das artes mais antigas. Esta surgiu das regras familiares de educação e cuidado. As primeiras responsabilidades incluíam a assistência à mulher durante o parto, a amamentação dos recém-nascidos saudáveis e a ajuda aos doentes, idosos e desamparados, no íntimo de seus lares ou nas comunidades vizinhas.

Para Angelin (2006), na Idade Média, as mulheres que exerciam o cuidado ao enfermo foram consideradas charlatãs pelas autoridades, porém possuíam um elevado poder social nas localidades em que atuavam. Nesta época, sua imagem foi vinculada à figura das bruxas. Estas mulheres, em suas atividades, conheciam e entendiam sobre o emprego de plantas medicinais para curar doenças e pestes nas comunidades onde viviam. Analisando-se o histórico desta época, percebe-se que elas exerciam o papel que hoje conhecemos de parteiras, enfermeiras e assistentes. Sua atividade era único recurso de atendimento de saúde de pessoas pobres.

É característica do trabalho hospitalar a grande porcentagem de mulheres que o realiza. É secular a responsabilidade das mulheres pelo cuidado à saúde, de bruxas a doutoras, de religiosas a enfermeiras. Os guetos profissionais geram situações específicas no processo de trabalho de Enfermagem, onde a desvalorização, o desprestígio e o próprio processo de negação da dor são transformados em devotamento e abnegação.

Ao longo da atuação do elaborador desta pesquisa no HUIBB foi possível perceber que o trabalho das técnicas/auxiliares de Enfermagem é declarado por muitas como, fonte de prazer na qual reconhecem que é muito gratificante cuidar e ajudar na recuperação dos pacientes, porém, o trabalho também é permeado por desgaste físico e emocional que tem origem, entre outros fatores, no ritmo de trabalho intenso, na necessidade de conviver com a dor, o sofrimento e morte dos pacientes.

No cotidiano do trabalho hospitalar, em se tratando do trabalho das técnicas/auxiliares de Enfermagem, do HUIBB, pode ser observado neste estudo que, tais trabalhadoras declaram que sentem muito prazer em suas atividades

laborais, apesar de conviverem diariamente com a angústia advinda do confronto diário com sofrimento, dor, angústia dos pacientes e familiares e a morte.

As técnicas/auxiliares de Enfermagem, que doravante estão enquanto sujeitos dessa pesquisa, assumem grande parcelas dos cuidados diretos além de executarem procedimentos complexos e de risco para o paciente. São elas também que realizam o trabalho mais pesado, cansativo, mas imprescindível ao tratamento dos doentes que ali se encontram sob seus cuidados, como por exemplo, a higienização, auxílio na alimentação, a promoção de conforto e bem estar, o transporte dos pacientes para a realização de exames interno e externo ao hospital, preparo, manuseio e ministração de medicação prescritas pelos médicos, anotações de Enfermagem na evolução dos pacientes, entre outras atividades exaustivas que precisam executar ininterruptamente.

Pitta (1990) pontua que esse contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha de ocupação ou um exercício cotidiano de ajuste e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas. Neste caso se refere os ajustes que o psiquismo de cada um estabelece para alcançar um grau mínimo de satisfação com as profissões escolhidas.

As técnicas/auxiliares de Enfermagem encontram-se expostas, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares, enfermeiros e médicos. No entanto, comumente, não são valorizados pelos pacientes e familiares e nem pelas suas chefias e pela instituição. Tal falta de valorização e reconhecimento para com esses profissionais podem estar no fato de exercerem uma atividade de trabalho manual, braçal, trabalho este desvalorizado em relação ao trabalho intelectual. Mas, ações gerenciais adequadas podem ser criadas para valorizar essas servidoras que sentem prazer no cuidar do outro mesmo com todos as tensões e sofrimento que o labor possa lhes trazer.

Além disso, o trabalho da Enfermagem é dividido por escalas e equipes em turno de trabalho: manhã, tarde e noite e um dos fatores que fadigam essas trabalhadoras é o cansaço, por terem que cumprir uma exaustiva escala de plantões, na qual, devem cumprir uma carga horária mínima de 120h mensais

somadas as escalas de horas extras – que no caso do HUIBB – essas horas extras são chamadas de Adicional de Plantão Hospitalar (APH) que fica em torno de 160h mensais. Silva (2011) acredita que para tentar impedir a exacerbação do cansaço e da exaustão, são desenvolvidas condutas defensivas conscientes, individuais e coletivas, assunto que será tratado em um item específico.

No que tange a relação entre as enfermeiras denominadas geralmente de enfermeiras chefes e os técnicos/auxiliares de Enfermagem existem alguns conflitos que são ocasionados por variados fatores culturais como por exemplo no HUIBB é muito comum que técnicas/auxiliares de Enfermagem tenham ou estejam cursando uma graduação, existem equipes de trabalho nas quais as técnicas/auxiliares de Enfermagem tem formação superior e atuam em outros locais de trabalho exercendo determinada profissão como psicóloga, enfermeira, assistente social, pedagoga entre outras.

Paralelo a isso no HUIBB existe uma condição cultural na qual os médicos, psicólogos, fisioterapeutas entre outros profissionais da saúde, são chamados de “doutores”, as enfermeiras de “Dona Fulana de Tal” e as técnicas/auxiliares de Enfermagem são chamadas de “funcionárias” e é muito comum ouvir também uma enfermeira se referir à técnica/auxiliar de Enfermagem como, “minha funcionária” ou, “eu estou trabalhando com um número mínimo de funcionárias” quando se refere a carência de pessoal no setor que atua.

O trabalho ocupa um importante papel na vida humana. O fato de fazer parte da rotina do trabalho mais ou menos intelectualizado, dentro da mesma instituição, não quer dizer que um tenha que ter mais privilégio que o outro. Situações naturalizadas e banalizadas, como as referidas à cima, podem contribuir para criação de culturas que tolhem pessoas – impõem regras – aprisionam sonhos, ideias e ideais. Como pontuam Zanelli, Silva e Soares (2010) a seguir:

No processo produtivo em que o ser humano transforma e é transformado, o trabalho, como ação humanizada, impõe assimilações em aspectos fisiológicos, morais, sociais e econômicos. É elemento-chave na formação das coletividades, e, portanto, dos valores que tais coletividades difundem. Os valores são crenças hierarquizadas sobre estilo de vida e formas de existência que orientam nossas atitudes e comportamentos. Valores são difundidos a nossa volta a todo instante. É o que ocorrem, por exemplo, quando se vinculam atividades e *status* ocupacional de um trabalhador. Como consequência, as pessoas que executam tarefas manuais ou operacionais, em múltiplas circunstâncias, tendem a ser



desdenhadas. Já aquelas que planejam ou tomam as decisões são atribuídas melhores recompensas e considerações. (ZANELLI, SILVA; SOARES, 2010, p. 25).

As técnicas/auxiliares de Enfermagem encontram-se expostas, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares, enfermeiros e médicos. No entanto, comumente, não são valorizados pelos pacientes e familiares, e nem pelas suas chefias e pela instituição. Tal falta de valorização e reconhecimento para com esses profissionais podem estar no fato de exercerem uma atividade de trabalho manual, braçal, trabalho este desvalorizado em relação ao trabalho intelectual.

Para Pitta (1990, p.56) uma separação radical entre o trabalho de concepção (intelectual) e a execução de tarefas, além de produzir uma divisão de trabalho socialmente perversa e “racista”, separando de um lado a minoria pensante e de outro a maioria alienada, executora das atividades desqualificadas e repetidas, parece não estar dando os resultados previstos sequer para os detentores dos meios de produção ou, no nosso caso, os responsáveis pelas organizações.

E no HUIBB, laboratório de pesquisa deste estudo, essas diferenças são notórias nas relações hierárquicas. Não somente na organização do trabalho das chefias de Enfermagem que, disciplinam o serviço da assistencial no hospital, como também nas interações entre profissionais e o usuário, este muitas vezes respeita mais o médico, que socialmente e culturalmente, é colocado como o detentor do saber maior dentro de um hospital, do que um auxiliar de Enfermagem que executa tarefas operacionais. É desses valores que os autores à cima se referem. E a forma como o profissional lida, subjetivamente e intersubjetivamente, com suas limitações de autonomia e liberdade, nas relações sociais no trabalho, durante sua vida laboral, pode influenciar diretamente sua qualidade de vida na aposentadoria.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Descrevem-se, a seguir, as competências profissionais do técnico e auxiliar de Enfermagem.

São técnicos de Enfermagem o titular do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente. O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe, assistir ao

enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem, na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave, na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica, na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar; na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde, executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e integrar a equipe de saúde.

O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuído à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe, preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos, observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação, executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como: ministrar medicamentos por via oral e parenteral, realizar controle hídrico, fazer curativos, aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio, executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas, efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis, realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico, coletar material para exames laboratoriais, prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios, circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar, executar atividades de desinfecção e esterilização, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive, alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se, zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde, integrar a equipe de saúde, participar de atividades de educação em saúde, inclusive orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas, auxiliar o enfermeiro e o técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde, executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes, participar dos procedimentos pós-morte.

Fez-se necessário descrever as atribuições e competências à cima para que o leitor deste trabalho possa perceber a diferença de competências existentes entre técnicos e auxiliares de Enfermagem, mas que, no entanto, parece estar só no papel, pois na prática e na organização do trabalho, prescrito pela enfermeira, não existem tais diferenças, todas as atribuições, tanto do técnico quanto do auxiliar de

Enfermagem são executadas por ambos. Vale ressaltar que, todas as entrevistadas têm vínculo empregatício como auxiliares de Enfermagem, porém já possuem título de técnicas de Enfermagem, por conta do incentivo a qualificação e da progressão funcional por capacitação existente no plano de carreira da UFPA, a partir dessa condição se entende que se deveria descrever o sujeito desta pesquisa como, técnico/auxiliar de Enfermagem.

Ao definir o sujeito desta pesquisa, se realiza um estudo documental sobre a quantidade de servidoras que preenchiam os quesitos exigidos para este trabalho e com isso foram selecionadas as servidoras à entrevista. A aproximação das técnicas/auxiliares de Enfermagem ocorreu através de visitas nos setores e quando abordadas perguntava-se há quanto tempo trabalhava e se já recebia abono de permanência, se a resposta fosse positiva começava um diálogo sobre a pesquisa e fazia um pré-convite verbal para à participação deste estudo, se a resposta fosse positiva marcava com um de caráter prático na relação que tinha em mãos, produto da pesquisa documental descrita anteriormente.

Outra forma de aproximação com o sujeito da pesquisa foi na área de atuação do pesquisador deste estudo que é a Direção de Saúde e Segurança do Trabalho (DSST) e que através do acolhimento às servidoras quando da entrega de atestados médicos, realização de exames periódicos ou outras demandas do serviço, se fazia a abordagem, perguntando sua idade e tempo de serviço e, se fosse o caso fazia o pré-convite verbal e listava-a para a entrevista.

A Enfermagem, como já foi dito, é uma profissão na qual a grande maioria é composta pelo gênero feminino e não obstante esta pesquisa se deu em sua totalidade com mulheres, Técnicas/Auxiliares de Enfermagem. No início, quando ainda era elaborando o projeto de pesquisa, a mesma deveria ser com servidores da saúde, médicos, enfermeiras e técnicas de Enfermagem. Com o desenrolar da pesquisa, outros rumos foram sendo tomados e se tornou conveniente fechar a pesquisa apenas com as profissionais da Enfermagem, enfermeiras e técnicas. No entanto, no decorrer da coleta de dados das 18 entrevistas realizadas, 100% foram com técnicas/auxiliares de Enfermagem e das 5 enfermeiras convidadas para participarem da pesquisa apenas uma se dispôs a ser entrevistada o que afunilou a pesquisa só para Enfermagem do nível médio que foram as dezotitos técnicas/auxiliares em processo de aposentadoria.

Em se tratando de técnicas e auxiliares de Enfermagem que já estão com tempo e idade para a aposentadoria – sujeitos da pesquisa - 100% das entrevistadas foram mulheres, visto que apenas um homem, técnico de Enfermagem, que preenchia o quesito para participar da pesquisa, tem vínculo empregatício com o Ministério da Saúde e não com a UFPA como era exigido na metodologia deste estudo.

O Projeto de pesquisa deste estudo foi submetido à análise e aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa do HUIBB, que através do programa do governo federal, que sistematiza e formaliza pesquisas científicas, Plataforma Brasil, liberou a pesquisa no dia 25 de junho de 2013 sob o a inscrição de Nº 012605/2013 e de parecer Nº 316.787.

## **2.2 Saúde e segurança do trabalhador da saúde no HUIBB**

As preocupações e as ações direcionadas à saúde e a segurança dos trabalhadores, de uma forma geral, vem sendo discutidas e construídas segundo Reis, (2012) desde o século IV a.C., quando Hipócrates descobriu as origens das enfermidades, que acometiam os trabalhadores das minas e, posteriormente, Aristóteles cuidou do atendimento as esses trabalhadores e da prevenção dessas doenças e segundo esse mesmo autor, Platão descobriu algumas doenças do esqueleto que eram comuns a determinados trabalhadores no exercício de suas profissões.

Ao longo das duas últimas décadas, acompanhando o processo de democratização do país, percebe-se que, uma série de práticas no âmbito da Saúde Pública, bem como em determinados setores sindicais e acadêmicos, configuram o campo que passou a denominar-se Saúde do Trabalhador.

Nos órgãos federais existe um protocolo que formaliza o atendimento e o serviço de assistência ao servidor, de acordo com o Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009, foi instituído o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS). Tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta,

autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Para que o leitor possa entender como se procede atualmente o atendimento aos servidores no HUJBB é necessário esclarecer que o SIASS já está funcionando na UFPA através da PROGEP e do Programa de Saúde e Qualidade de Vida do Servidor (PSQVS) e do Serviço, Engenharia, Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho (SESSMT). No entanto no HUJBB, atualmente está funcionando somente o SESSMT que é gerenciado administrativamente pela Fundação de Amparo ao Desenvolvimento da Pesquisa (FADESP). O SIASS está sendo implantado no HUJBB onde está sendo realizada mudança de espaço físico com suporte eletrônico e treinamento de pessoal para que possam manusear o sistema que será todo eletrônico, ou seja, os atendimentos aos servidores que são afastados por doença ou acidente de trabalho, periciados ou não, além de agendamento de exames periódicos será realizado via on-line.

De acordo com Reis (2012) quando um trabalhador deixa sua casa para se dirigir ao trabalho, leva consigo esperança, conhecimentos, expectativas, desejos e anseios de prover uma qualidade de vida melhor e de suprir suas necessidades e de seus familiares. O local de trabalho por tanto, seria a realização desses sonhos e não deve ser sinônimo de risco de acidente e de doenças profissionais, que constantemente seifam sonhos, saúde e às vezes vidas.

Trabalhar, enquanto significado de existência e dignidade humana, parece ir muito além da necessidade de sobrevivência, de alimentação, vestimenta, educação e manutenção da saúde de acordo com Zanelli e Silva (2008) considerando-se as mazelas e metamorfoses processadas na atualidade, o trabalho ocupa um inegável e largo espaço na constituição da existência humana. Insere-se entre as atividades mais importantes, constituindo fonte relevante de significado na constituição da vida humana associada. A ocupação de um homem, expressada por meio de suas atividades laborais diárias, ao satisfazerem suas necessidades básicas e motivacionais, compõe elemento central do seu autoconceito, que se torna vital à construção de seu processo saúde-doença da sua autoestima e a sua identidade social.

De acordo com Elias e Navarro (2006) as profissionais de Enfermagem são expostas a ambientes de trabalho intensamente insalubres, tanto no sentido material

quanto subjetivo e, por estarem submetidas a condições de trabalho precarizadas e à baixa qualidade de vida, são expostas a situações nas quais a manutenção da saúde está prejudicada.

A ideologia que perpassa a profissão desde sua origem significa abnegação, obediência, dedicação. O conflito para esses trabalhadores fica evidente dado que a motivação caracterizada por sentimentos idealizados da profissão conflita com a realidade determinada pelo mercado de trabalho capitalista. (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518).

Segundo Pitta (1990) adoecer nesta sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser, é vergonhoso; Logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outras pessoas, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente à sua situação anterior. Se um acidente de percurso acontece, administra o evento desmoralizador, deixando que o mito da continuidade da produção transcorra silenciosa e discretamente.

Existem inúmeros fatores que influenciam a saúde do trabalhador da Enfermagem. Quanto aos riscos a que estes profissionais normalmente são submetidos, alguns autores afirmam que são decorrentes da assistência direta que é prestada aos pacientes de diversos níveis de gravidade. Tal como Pitta (1990), a assistência da Enfermagem aos pacientes implica no manuseio de materiais perfurocortantes, de equipamentos pesados, da tensão emocional decorrente da dor e da morte, do contato com pacientes portadores de doenças infecciosas, contato direto e indireto com sangue e outros fluidos corporais. O trabalho noturno que implica em fadiga física e psíquica, a dupla jornada de emprego, especialmente em países com baixos salários, como no Brasil, que somados ao tempo de sono insuficiente e pouco tempo de convivência social e familiar, por conseqüência, implica na redução da capacidade cognitiva e execução das tarefas, favorecendo a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Porém, como destacam os autores, todos estes fatores precisam ser analisados em sua multicausalidade, compreendendo-se os processos de trabalho e produção, as formas de trabalho e condições de vida dos profissionais.

Outra característica presente no trabalho hospitalar é a **hierarquia** (grifo nosso); esta é instituída com base no conhecimento, já mencionados nesse estudo, em que os atos técnicos mais qualificados – a chefia e a supervisão - são

pertinentes à função do enfermeiro de nível superior, enquanto que a exposição de maior intensidade de tempo com enfermos, as tarefas mais repetitivas e intensas cabem aos auxiliares e técnicos de Enfermagem. (PITTA, 1990, p. 50).

O setor responsável pela saúde do trabalhador no HUIBB é a DSST, está localizada na área externa do HUIBB, local conhecido como “antigo IML” pelo fato de que no passado funcionava o serviço do Instituto Médico Legal; Nessa área é atualmente composto pelos setores de transporte, secretaria de serviços gerais, sala de consultas ginecológica de servidoras, secretaria de psicologia, secretaria da Unidade de Atendimento Cirúrgico (UAC), sala de reunião do grupo filantrópico Amigos do Barros Barreto (ABB), sala de coleta de exames laboratoriais, sala da ouvidoria, farmácia ambulatorial, serviço de fisioterapia, o Serviço Especializado em Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho (SESSMT) e a DSST.

Em alusão a segurança do trabalhador Reis (2012), garante que a mesma não deve ser tida apenas como uma obrigação de cumprimento da lei, mas como uma maneira de desenvolver e valorizar o trabalhador, através do respeito à saúde e integridade física e ao bem estar, além de contemplar uma relação salutar entre os servidores e seus dirigentes.

Esta divisão é composta por: uma odontóloga, que gerencia o serviço, quatro médicos do trabalho, sendo um responsável pelos servidores da FADESP; um psiquiatra e outras duas médicas responsável pela avaliação de exames adimensionais, periódicos e demissionais, avaliação e homologação de atestados médicos e demais encaminhamentos e protocolos de afastamentos de servidores por questões de adoecimento por doenças e acidentes de trabalho ou não. Somam com esses profissionais um assistente social, duas psicólogas, uma enfermeira, duas técnicas de Enfermagem e uma assistente administrativa. No SESSMT trabalham dois técnicos de segurança do trabalho e uma engenheira de segurança do trabalho.

A DSST está submetida à Direção de Recursos Humanos que trabalha em parceria com o SESSMT. Apesar de ambos os setores serem gerenciados apenas por uma. Nesse setor são realizados acolhimento dos servidores que vem entregar atestados médicos, executa-se protocolos de recebimento de atestados e perícias médicas, sendo que esta última está sendo realizada na UFPA pelo SIASS. São ainda desenvolvidos elaboração, implementação e execução de projetos e

programas voltados à educação e saúde dos servidores além de visitas domiciliares para servidores afastados por longos períodos ou que realizaram cirurgia. Soma-se a isso visita técnica aos setores para a coleta de demandas e busca na melhoria da qualidade de vida no trabalho além de atendimento psicossocial, individual e familiar aos servidores.

É nesse setor também que estão arquivados os prontuários dos servidores, independente do vínculo empregatício. Foi realizada uma pesquisa nos prontuários que teve que ser realizada em dois sábados, pois durante a semana, alguns servidores precisam dos prontuários para realização de consultas e exames periódicos.

O estudo sobre o processo de saúde-doença das servidoras sujeitas da pesquisa foi realizado tanto em arquivo, em envelope padrão (prontuário propriamente dito) como em arquivos armazenados em um programa de computador chamado Protocolo de Afastamento utilizado para registrar, no computador, o recebimento, afastamento, Código Internacional de Doença (CID), período de afastamento e avaliação médica.

Durante essas coletas de informações pude observar que as informações mais detalhadas sobre as doenças que acometem as servidoras é que, durante as entrevistas, muitas dessas informações foram omitidas ou negadas pelas mesmas. Por este motivo se faz necessário expor o resultado da pesquisa nos prontuários.

A partir de um minucioso estudo nos prontuários das servidoras, participantes dessa pesquisa, pode-se verificar o tempo de serviço, a idade e que tipo de doenças tais profissionais da Enfermagem estão ou foram acometidas no decorrer das suas atividades laborais no HUIBB e se essas profissionais realizam exames periódicos regularmente. A partir de tal pesquisa obtivemos a descrição dos motivos de adoecimento que levam ao afastamento do trabalho. Para tanto se construiu uma tabela expondo tais situações como poderemos observar a seguir:

**Quadro 2 - Análise de prontuários**

NOME	TEMPO DE SERVIÇO	IDADE	DOENÇAS	EXAME PERIÓDICO
Flor	33 anos	58	Tuberculose/cefaleia, dor na coluna cervical, histerectomia( cirurgia ginecológica).	NÃO
Tulipa	19 anos	56	Doenças na coluna/ hipertensão arterial/ infecção respiratórias/ AVCI/doença ginecológica/doença da mama/Infecção gastrointestinal /cirurgia ginecológica /conjuntivites frequentes/enxaqueca/longo histórico de	NÃO



			afastamento para acompanhamento familiar	
Rosa	31 anos	63	Alergias respiratórias /Infecções respiratórias /enxaqueca/doença da mama/infecções virais frequentes /cirurgia gástrica /cirurgia ginecológica	SIM
Acássia	30 anos	52	Transtornos Psiquiátricos/doença da mama/Alergia respiratória/ infecção respiratória/cefaleia/ Doença da coluna/ cirurgia ginecológica	NÃO
Orquídea	34 anos	61	Infecção respiratória/cefaleia/enxaqueca/ Infecção gastrointestinal/Doença na coluna/Cirurgia ginecológica/hipertensão arterial/ Reumatismos e dores articulares e lombares em geral/ bronquite/ infecção do genitourinário	NÃO
Açucena	32 anos	67	Obesidade/ hipertensão, diabetes/ cirurgia ginecológica.	SIM
Dália	30 anos	58	Alergia respiratória	NÃO
Alfazema	30 anos	58	Doença na coluna/ dores articulares e lombares em geral/ infecção respiratória/Obesidade/hipertensão arterial/ hipercolesterolemia/diabetes/ cirurgia ginecológica	SIM
Gardênia	32 anos	53	Cirurgia ginecológica/hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade/, Doença Gastrointestinal/ infecção pélvica/ Infecção respiratória/ Doença da coluna/ dores nas articulações e dores lombares/	NÃO
Azaléa	19 anos	58	Dores nas articulações e dores lombares em geral/cefaleia/Alergia respiratória/ acompanhamento familiar/ aneurisma/ gastroenterite/ AVC/ Alergia cutânea/Infecção do genitourinário/Infecção respiratória/Varizes/Doenças ginecológicas.	NÃO
Hortência	19 anos	62	Doença na coluna/ Dores lombares e articulares em geral/varizes/Infecção respiratória/gastroenterite/Transtornos Psiquiátricos /Infecção viral/hipertensão arterial, Cirurgia ginecológica.	NÃO
Camélia	30 anos	58	Gastroenterite/ infecção respiratória/ dores lombares e articulares em geral/ reumatismo/Cirurgia Gástrica/alergia cutânea.	NÃO
Iris	30 anos	55	Infecção respiratória/ doença da coluna/hipertensão arterial.	SIM
Begônia	32 anos	59	Hipertensão arterial/gastroenterite, dores lombares e articulares em geral/ reumatismo/ Infecção respiratória/ alergia cutânea/Transtornos psiquiátricos/ Infecções respiratórias/ glaucoma/Infecção do genitourinário/Cirurgia ginecológica.	NÃO
Érica	30 anos	64	Infecção ocular/hipertensão arterial/ reumatismo/ diabetes/Infecção respiratória/ doença da coluna/AVC.	NÃO
Genciana	30 anos	56	Doença da coluna/ varizes/ infecção respiratória/ alergia cutânea/Infecção ocular/gastroenterite/.	NÃO
Gloriosa	33 anos	59	Infecção respiratória/ hipotireoidismo.	NÃO

Fonte: Do Autor. 2013.

Como se pode observar no quadro acima o adoecimento mais frequente está por conta de problemas na coluna e dores articulares em geral, o que não poderia deixar de aparecer neste estudo visto que, diante das atividades exercidas pelas técnicas/auxiliares de Enfermagem as mesmas são expostas a vários riscos

ambientais no trabalho. Para que possamos realizar uma análise mais adequada dos dados acima revelados identificaremos quais os riscos existentes no ambiente de trabalho hospitalar e pelos quais o técnico de Enfermagem está exposto na figura abaixo:

**Figura 1 - Mapa de Riscos**

RISCOS AMBIENTAIS				
NR-5 - Anexo IV - Tabela 1 - Mapa de Riscos				
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
VERDE	VERMELHO	MARROM	AMARELO	AZUL
Ruído	Poeiras	Vírus	Esforço Físico Intenso	Arranjo Físico Inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Levantamento e Transporte Manual de Peso	Máquinas e Equipamentos sem Proteção
Radiações Ionizantes	Névoas	Protozoários	Exigência de Postura Inadequada	Ferramentas Inadequadas ou Defeituosas
Radiações não Ionizantes	Neblinas	Fungos	Controle Rígido de Produtividade	Iluminação Inadequada
Frio	Gases	Parasitas	Imposição de Ritmos Excessivos	Eletricidade
Calor	Vapores	Bacilos	Trabalho em Turno e Noturno	Possibilidade de Incêndio ou Explosão
Pressões Anormais	Substâncias Compostas ou Produtos Químicos em Geral		Jornada de Trabalho Prolongada	Armazenamento Inadequado
Umidade			Monotonia e Repetitividade	Animais Peçonhentos
			Outras Situações Causadoras de Stress Físico e/ou Psíquico	Outras Situações de Risco que Poderão Contribuir para a Ocorrência de Acidentes

Fonte: Reis (2012)

Considerando o mapa de risco acima e o que sustenta a Norma Regulamentadora (NR) 32 que versa sobre a Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde, analisa-se que o técnico/auxiliar de Enfermagem encontra-se exposto a quase todos os riscos ambientais existentes nos ambientes hospitalares e aqui representados pelo trabalho no HUIBB, porém o risco de maior incidência é o

biológico, risco 3 representado na cor marrom, o de nº 4 representado pela cor amarela e o de nº 5 que é o de cor azul.

No grupo um (1), que é o risco físico, representado pela cor verde, os trabalhadores podem estar expostos, mais comumente, a radiações ionizantes e ao calor, principalmente os profissionais que atuam no setor de diagnóstico por imagem e no setor de esterilização de material; No grupo dois (2), que diz respeito aos riscos químicos representados na cor vermelha, esses trabalhadores geralmente estão expostos a vapores e produtos químicos que também são utilizados para desinfecção e esterilização de material e equipamentos.

No grupo três (3), risco biológico, representado pela cor marrom, os profissionais estão expostos a todos os agentes representados neste ponto do mapa por conta da natureza do trabalho hospitalar que é o de cuidar de pessoas doentes e o HUIBB é um hospital geral e como já foi mencionado neste trabalho, é um hospital escola de referência para tratamento de doenças infecto-parasitárias, AIDS, doenças pulmonares, além de tratamento do câncer entre outros. Daí a situação de exposição aos diversos agentes biológicos representados no mapa de risco acima ser evidente.

De acordo Marziale et al. (2004, p.37), os acidentes de trabalho causados por material perfuro cortante, entre trabalhadores de Enfermagem, são freqüentes, devido a elevada manipulação, principalmente de agulhas, que representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições. Tais acidentes podem oferecer riscos à saúde física e mental dos trabalhadores.

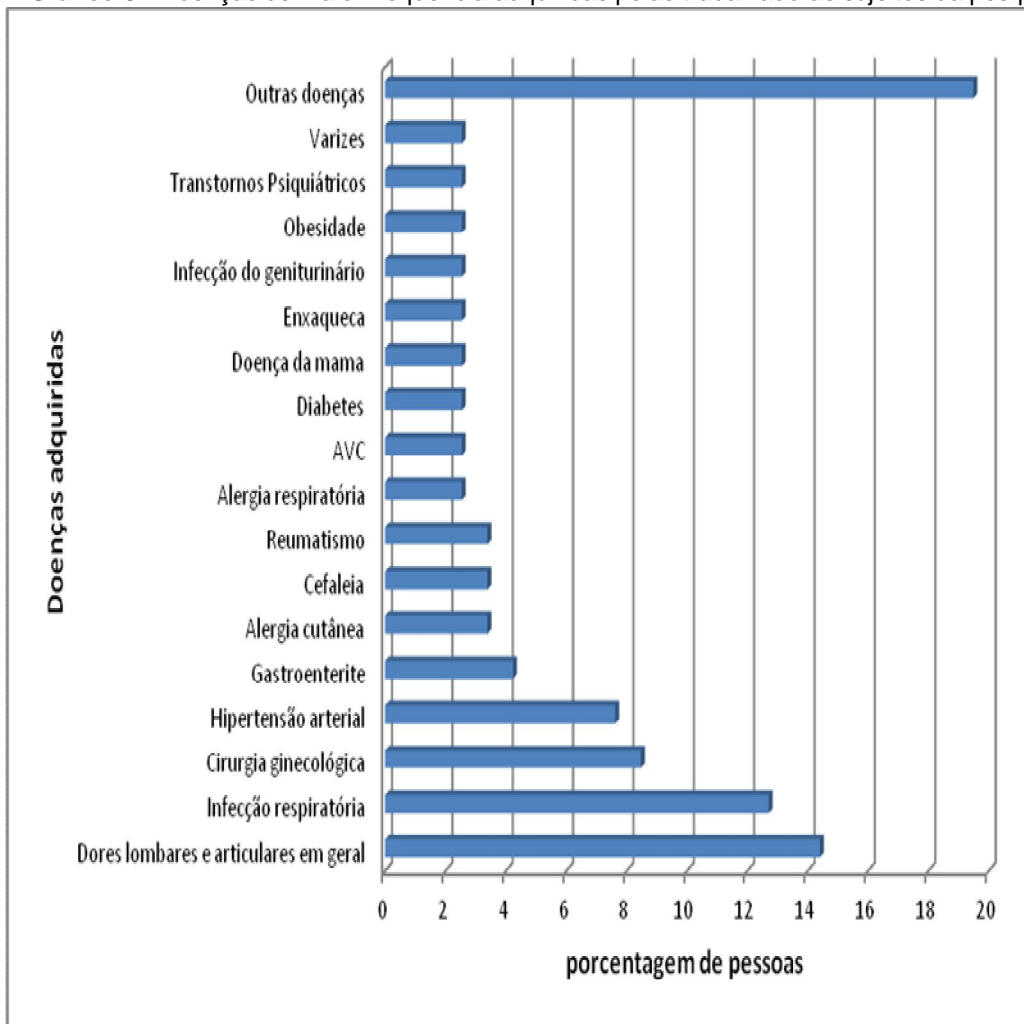
O grupo quatro (4) e de cor amarela, risco ergonômico, também representa uma forte exposição aos trabalhadores da saúde em especial os da Enfermagem, que estão expostos ininterruptamente a esforço físico intenso (quando do manuseio com pacientes com mudança de decúbito, transporte, banho no leito e etc.), exigência de postura inadequada (quando, por exemplo, de uma reanimação do paciente em parada cardiorrespiratória), serviço em turno diurno e noturno, jornada de trabalho prolongada e outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico.

E por último o grupo cinco (5) risco de acidente, na cor azul do mapa, não representa menor risco, pois, expõe o técnico/auxiliar de Enfermagem a agentes potenciais de acidentes como arranjo físico inadequado (como por exemplo falta de

manutenção de pisos que deixam o piso irregular), ferramentas inadequadas e sem proteção, como pode ser o caso de escalpes, jalecos, seringas e agulhas, utilizadas na punção venosa periférica e que não tenham um dispositivo de proteção que impeça a contaminação por agentes biológicos num acidente perfuro cortante muito comum nesta execução de trabalho dos técnicos/auxiliares de Enfermagem que trabalham na assistência. Juntam-se a estes agentes outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidente.

A partir da análise dos dados acima, justifica-se a análise dos prontuários mostrados no quadro dois, no qual os sujeitos da pesquisa são acometidos de diversos processos de adoecimento que podem ser proveniente do exercício do trabalho. Para ampliar essa análise segue um gráfico do quadro de análise dos prontuários:

**Gráfico 3 - Doenças de maior frequência adquiridas pelas trabalhadoras sujeitos da pesquisa**

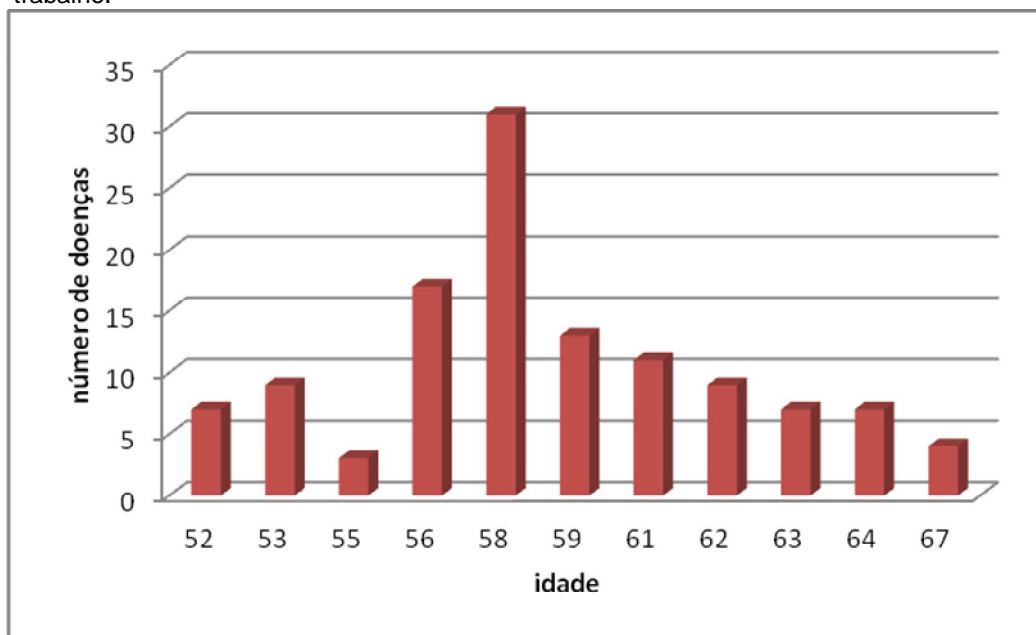


Fonte: Do Autor. 2013.

De acordo com a figura acima, as maiores doenças que afetam as pessoas afastadas do seu trabalho, no HUUJBB, foram por dores lombares e articulares em geral (14,41%), infecção respiratória (12,71%), cirurgia ginecológica (8,47%) e hipertensão arterial (7,63%). Percebe-se que as técnicas/auxiliares de Enfermagem sofrem maior exposição a riscos ergonômicos e biológicos que como foi visto no mapa de risco anteriormente exposto, coloca o técnico/auxiliar de Enfermagem numa situação de risco iminente e que portanto pode contribuir no processo de adoecimento das trabalhadoras da Enfermagem, devendo-se levar em consideração que as doenças da coluna, bem como os relatos de doenças alérgicas, que aparecem nos relatos das entrevistas aplicadas para esta pesquisa, mostram a vulnerabilidade na qual se encontram essas trabalhadoras da saúde.

A psicodinâmica do trabalho estuda a saúde ligada às relações intersubjetivas que ocorrem no contexto de trabalho. A saúde e a doença, assim como nossa capacidade de resistir ou ficar doente, estão intimamente relacionadas à qualidade das relações de trabalho. Para Dejours (1992) os obstáculos que se interpõem ao desenvolvimento psicoafetivo da criança ocuparão, mais tarde, um lugar central nas relações psíquicas do adulto no ambiente de trabalho

**Gráfico 4** - Número de doenças por idade das trabalhadoras afastadas por adoecimento no trabalho.



Fonte: Do Autor. 2013.

Os maiores índices de adoecimento foram encontrados nas trabalhadoras entre 56 e 59 anos de idade, apresentando com maior número de afastamento por adoecimento no trabalho, as pessoas com 58 anos de idade.

Como já pode ser visto no decorrer desse estudo sabe-se que no trabalho hospitalar, a Enfermagem constitui-se como maior força de trabalho, representada pelas categorias profissionais enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem, sendo esta a categoria escolhida para essa pesquisa. Os profissionais de Enfermagem estão expostos a condições de trabalho diversas, que incluem carga horária prolongada de trabalho em turnos desgastantes, nos rodízios de setores, em multiplicidade, repetitividade e monotonia de funções, intensidade e ritmo excessivo de trabalho, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual e no constante controle das chefias.

Toda essa condição de trabalho exercida por um trabalhador ainda jovem já sugere uma alta exposição ao adoecimento e afastamento do trabalho, como pode ser visto anteriormente na exposição do mapa de risco, imagine então um trabalhador com idade avançada, que pela própria natureza humana, se soma décadas de atuação na mesma função? É muito provável que esse trabalhador esteja muito mais vulnerável ao adoecimento, o que pode ser justificado por todas as discussões até aqui apresentadas a respeito da saúde dos sujeitos dessa pesquisa.

### **2.3 Subjetividade e intersubjetividade no trabalho da Enfermagem**

Dando início a essa questão se faz jus utilizar as considerações de Dejours (1992) que postula que, a subjetividade representa a possibilidade de compreensão da vida humana. O desenvolvimento dela atravessa a relação entre o sofrimento e o real, pois todo trabalho é vivido afetivamente pelo sujeito que o executa e cada trabalhador tem o seu jeito próprio de trabalhar, isso está relacionado diretamente com a vivência, a sensibilidade, a emoção e o modo de ser dele.

Com referência ao que Dejours discorre acima se pode considerar que, na Enfermagem existe uma variedade de atividades laborais na qual uma agrada um determinado grupo de trabalhadores e outras a outros grupos, ou seja, existe um tipo específico de trabalho para cada trabalhador. O trabalho na pediatria, por exemplo, exige que o trabalhador tenha um perfil que envolve paciência, carinho e compreensão com as crianças, além de certas habilidades que o cargo exige para a

execução das tarefas de manuseio, punção de veia periférica entre outras. Essa afetividade requer que o trabalhador traga subjetivamente representados os quesitos apropriados às funções, o que vai ser determinado pela sua história de vida e de como se relaciona consigo mesmo e com os seus pares.

Em virtude de questões como essas acima, Dejours (1992) defende que, a análise da afetividade e da subjetividade do trabalhador com o trabalho permite conhecer as condições de aliciação do corpo, da inteligência e da personalidade nas atividades de trabalho. Os requisitos físicos, cognitivos e psíquicos fazem parte da subjetividade e são importantes para a saúde. A análise detalhada da relação subjetiva com o trabalho revela que nenhum trabalho de qualidade é possível sem o engajamento de toda a subjetividade.

A subjetividade indica um mundo interno construído pelo homem como síntese de suas determinações que sempre se modificam, pois as experiências sempre trarão novos elementos para renová-las. Dejours (2004) afirma que o trabalho pode fortalecer a subjetividade, sendo esse um dos motivos pelos quais se justificam tanto investimento no trabalho. Em troca do sofrimento, podemos operar nossa transformação para mais amplamente realizarmos os poderes de nossa inteligência e de nossa subjetividade. Portanto, o trabalho desempenha papel importante na estruturação da subjetividade e na garantia da saúde psíquica dos trabalhadores.

Além disso, a subjetividade envolve colocar no trabalho o nosso jeito de ser e desse, a variabilidade interpessoal torna difícil a interpretação de certos sofrimentos relatados pelos trabalhadores, pois uma mesma causa pode produzir efeitos diferentes em indivíduos distintos ou, ainda, um mesmo fator da situação de trabalho pode afetar a saúde de um trabalhador, mas não a de outro. Além disso, o processo adaptativo frente aos fatores estressantes depende do indivíduo e das estratégias defensivas construídas a partir da sua história singular e da história coletiva vivenciada por ele. Ser humano é ser diferente, isso é a maior vantagem do homem para viver em grupo, a partir da sua subjetividade, ele procura os seus pares.

Para Mendes (2007), os processos de construção da subjetividade nos contextos de trabalho são estudados na clínica do trabalho. O acesso ao estudo dessa subjetividade se dá basicamente por meio da palavra, mas precisamente pela relação entre a palavra do trabalhador e a escuta do pesquisador, permitindo ao

sujeito que fala sobre seu trabalho uma clarificação de seu comportamento, colaborando para a mudança da sua percepção a respeito da situação vivida pelos trabalhadores, pois uma mesma causa pode produzir efeitos diferentes em indivíduos distintos ou, ainda, um mesmo fator da situação de trabalho pode afetar a saúde de um trabalhador, mas não a de outro.

Nessa pesquisa, percebeu-se que apesar do trabalho da Enfermagem ser permeado por regras, normas, disciplina, relações de poder, trabalho desgastante, exposição a intenso sofrimento, as pessoas amam sua profissão, amam cuidar do outro, mesmo que este cuidado evolva ações que para muitos outros trabalhadores poderia parecer asqueroso, repugnante, como cuidar de um corpo fétido pelo adoecimento e pelas excretas, ou mesmo, que esse trabalho limite a autonomia e a liberdade do trabalhador por se tratar da ação de um trabalho historicamente prescrito. Mesmo assim os relatos das entrevistas mostram que a categoria principal da análise é o prazer no trabalho que significa para o trabalhador o amor em cuidar do outro. Nada mais adequado para simbolizar a subjetividade.

Para Mendes (2007), o trabalho como regulador social é fundamental para a subjetividade. A construção da subjetividade é vista pela Psicanálise como um processo contínuo que acompanha a pessoa durante toda a sua existência. Dessa forma, o trabalho também contribui para a construção da subjetividade. O trabalho é essencialmente uma ação humana de transformação e melhoria da natureza com a qual mantém uma insubstituível relação histórica. Os processos de construção da subjetividade nos contextos de trabalho são estudados na clínica do trabalho.

A psicodinâmica do trabalho estuda a saúde ligada às relações intersubjetivas que ocorrem no contexto de trabalho. A saúde e a doença, assim como nossa capacidade de resistir ou ficar doente, estão intimamente relacionadas à qualidade das relações de trabalho. Para Dejours (1992), os obstáculos que se interpõem ao desenvolvimento psicoafetivo da criança ocuparão, mais tarde, um lugar central nas relações psíquicas do adulto no ambiente de trabalho. É no seio da família que a criança retira suas expectativas, valores e afetos e essa bagagem irá influenciar suas relações com as pessoas e com o trabalho. A pessoa leva para o trabalho as características que possui e vai se relacionar no trabalho com esse jeito de ser.

E o trabalho no hospital, em especial o da Enfermagem, parece ser uma continuidade do significado de família, no que tange as características pessoais para



o trabalho que requer valores com fraternidade, humildade, caridade e amor. Esses valores são facilmente encontrados na relação de mãe pra filho, entre irmãos, mas também na relação do profissional da Enfermagem com o seu objeto de trabalho.

O efeito da subjetivação sobre o trabalho não pode ser generalizado, pois irá depender da mobilização e do engajamento do sujeito no trabalho. “Quando a organização do trabalho permite o engajamento e a expansão da subjetividade, ela permite que o trabalho seja uma forma de investimento pulsional, de sublimação e ressonância simbólica” (MENDES, 2007 p.2). Dessa forma, o favorecimento da subjetividade leva à vivência de prazer, mas quando ela é desconsiderada e bloqueada, favorece as vivências de sofrimento.

Para Dejours (1992), o trabalho também é importante na construção da imagem do sujeito, comporta uma significação narcísica. O essencial da significação do trabalho é subjetivo. Se uma parte desta relação é consciente, esta parte não é mais do que a ponta do iceberg. A significação profunda do trabalho para cada indivíduo só pode ser revelada por técnicas particulares.

## **2.4 Mecanismo de defesa individual e estratégia coletiva de defesa: a fuga das galinhas**

Uma das coisas mais interessantes nessa pesquisa foi identificar como as técnicas/auxiliares de Enfermagem estabelecem os relacionamentos, participam freqüentemente da vida pessoal uma da outra.

Nesse contexto, Silva (2011) ao falar sobre defesas individuais e coletivas descreve que:

Tensão e fadiga se realimentam reciprocamente. A necessidade de buscar maneira de amenizar a tensão, sentida pelos trabalhadores dos mais diferentes setores e níveis de qualificação, manifestam-se através de variadas praticas individuais e coletivas. [...] Práticas grupais, como conversas sobre assuntos alheios ao trabalho – o futebol, por exemplo – por ocasião das pausas ou dos horários de entrada e saída, são frequentes. Na ‘hora do cafezinho’, o relato de anedotas e as brincadeiras tem a mesma função: descontraír. A colocação de apelidos e os chistes referentes aos chefes são práticas em que a catarse de mágoas e revoltas podem ser parcialmente aliviada. (SILVA, 2011, p. 377).

Para o entendimento e reconhecimento dos tipos de estratégias coletivas existentes para os ajustes no psiquismo dos trabalhadores da Enfermagem no HUJBB, as equipes de trabalho, em especial as do trabalho noturno, usam estratégias, como acordo informal, mas que já é cultural na instituição, de divisão de

horário para o descanso, sendo que, cada servidora deve descansar por três horas consecutivas, dessa forma, se, no plantão estiverem seis técnicas/auxiliares de Enfermagem, as três primeiras descansam da 00 hora até às três horas e as outras três servidoras descansam das três horas até às 6 horas da manhã. Observou-se ainda que, é muito comum encontrarmos, no posto de Enfermagem, um rádio ou um aparelho de televisão, que funcionam com o objetivo de distração e para evitar o sono, principalmente, durante o plantão noturno, nesses momentos, as trabalhadoras conversam sobre assuntos relacionados ao trabalho, a vida pessoal e familiar, descontraem-se, tomam café, contam anedotas, cantam, dão gargalhadas.

O trabalho pode gerar medos e ansiedades diversas, relacionadas tanto ao ambiente físico (riscos de acidentes e danos à saúde), como ao ritmo de trabalho e às relações humanas, o que exige o desenvolvimento de estratégias defensivas na tentativa de preservar a saúde física e mental. Mas segundo Dejours (1999), trata-se de uma operação mental, que não modifica a realidade dessa pressão. As estratégias de defesas coletivas são específicas para cada grupo de trabalhadores. Funcionam como regras. Supõem um consenso ou um acordo compartilhado.

A estratégia coletiva de defesa mais interessante no HJBB diz respeito há um encontro que é realizado periodicamente entre trabalhadoras da Enfermagem de um determinado setor do hospital. Esses encontros são realizados um final de semana por mês, momento em que as servidoras escolhem um lugar para se encontrar que pode ser, na casa de uma delas, um clube, num restaurante ou até mesmo numa praia e esse encontro é feito sem os maridos e sem os filhos das trabalhadoras e são chamados por elas de **A fuga das galinhas** (grifo nosso). O objetivo desse encontro é descontrair, expurgar, escoar tensões acumuladas pelo trabalho e uma das regras estabelecidas por elas é que “é proibido falar em trabalho”, o que nem sempre é tarefa fácil para um grupo que diariamente, dia após dia, vivencia situações específicas do trabalho hospitalar.

A regra é de fato possuída pelos indivíduos coletivamente e cessa de funcionar a partir do momento em que os sujeitos não desejam mais fazê-la funcionar de comum acordo. A diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se

sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim de condições externas. As contribuições individuais a estas estratégias são coordenadas e unificadas pelas regras defensivas.

O técnico/auxiliar de Enfermagem precisa de recursos internos que possibilitem esses mecanismos de defesa individual, pois para lidar dia a dia com dor, sofrimento e morte no trabalho, ele precisa ser sustentado por esses mecanismos. O exemplo dessa sustentação pode ser extraído de uma situação de morte de uma criança que conviveu por meses em um hospital e que, uma das entrevistadas revelou ter estabelecido, com essa criança, um vínculo afetivo e, no momento de sua morte ela sofre, mas lança mão de seus recursos internos que dão a ele sustentação para prosseguir, de forma humanizada, que o permite estabelecer vínculos com outras crianças, mesmo sabendo que elas podem também vir a óbito. Por outro lado, para outro trabalhador a mesma situação poderia parecer insustentável e ele adoecer ou utilizar um mecanismo de defesa que o faça agir de forma desumanizada com os próximos pacientes, mantendo uma relação distante e sem estabelecimento de vínculo afetivo para evitar sofrimento com uma provável perda.

A primeira trabalhadora citada pode conversar, sobre o ocorrido, com os seus pares e até com familiares. Isso pode ajudá-la a sustentar o sofrimento sem adoecer ou se defender de forma inadequada. Em contra partida o outro trabalhador poderia preferir não falar no assunto e em dado momento não conseguir dar atenção para alguém da família que precise de sua ajuda ou até mesmo adoecer em função desse evento. Sobre essas possibilidades de defesas, Dejours (1999) postula que as estratégias de defesas não se limitam apenas ao ambiente de trabalho, mas vão invadir o espaço privado também, uma vez que não há independência entre vida no trabalho e vida fora do trabalho. Isso ocorre porque as estratégias de defesas transformam o funcionamento psíquico, que não muda de um lugar para o outro. Dessa forma, não se deixa o funcionamento psíquico como se deixa a roupa no vestiário, podendo haver conseqüências sobre o funcionamento dos cônjuges e dos filhos.

### 3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

O Hospital universitário João de Barros Barreto possui 46 (quarenta e seis) anos de existência. No início, prestava serviços voltados apenas para tratamento de pacientes portadores de tuberculose. Passou por diversas transformações e em 2004, além da implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE), o HUJBB foi certificado como Hospital de Ensino, respeitando o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, caracterizando-o como Hospital Universitário.

Atualmente, o HUJBB é considerado um dos principais prestadores de serviços de saúde do estado do Pará e da Região Norte, sendo Referência Nacional em combate ao vírus da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e Referência Estadual em pneumologia, infectologia, endocrinologia, diabetes e atenção à saúde do idoso.

**Imagem 1** - Hospital João de Barros Barreto.



Fonte: [www.hujbb.com.br](http://www.hujbb.com.br)

O edifício hospitalar corresponde a uma área construída de 17.520 (dezesete mil e quinhentos e vinte) metros quadrados e conta com 300 (trezentos) leitos, sendo 271 (duzentos e setenta e um) leitos operacionais e 29 (vinte e nove) de retaguarda, 30 (trinta) consultórios, 4 (quatro) salas de cirurgia, 3 (três) salas para cirurgia ambulatorial e 1 (uma) Unidade de Terapia Intensiva, na Área de Assistência; O HUJBB oferece ainda consultas e internação em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Psicologia,

Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia e também ainda dispõe de um Centro de Diagnóstico que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional. Por tudo isso, o HUIBB é considerado um dos principais serviços de saúde do Estado do Pará e Região Norte. (UFPA 2010).

Como podemos observar na imagem anterior, em sua estrutura, o HUIBB preserva sua forma em “H”, caracterizando as alas leste e oeste em todos os andares e tal estrutura foi construída, para que o sol da manhã pudesse alcançar as duas alas, pois o hospital inicialmente recebia somente pacientes com Tuberculose e esses doentes precisavam tomar banho de sol pela manhã.

Na área externa do HUIBB pode-se ver que existe certa preservação de um espaço verde, árvores com mangueiras, jameiros, açazeiros, palmeiras diversas, eucalipto, cuja suas folhas são juntadas do chão por pessoas que a utilizam como medicamento para problemas respiratórios. Além das árvores, o que chama a atenção é a grande quantidade de veículos que circulam e usam o estacionamento sempre congestionado.

O HUIBB pela complexidade dos serviços oferecidos mantém em seu cotidiano um grande fluxo de pessoas em seus compartimentos, no hall de entrada é possível observar a aglomeração de pessoas que são: pacientes, familiares, servidores/ trabalhadores e acadêmicos/residentes que se cruzam. Os pacientes e familiares esperando algum tipo de encaminhamento e os demais passam por este hall em direção aos seus locais de trabalho ou simplesmente, param, para aguardar a marcação da entrada ou saída do plantão no relógio digital que registra frequência. Esse hall de entrada está hoje como único acesso ao interior do hospital, visto que existem vários departamentos em reforma, como é o caso da Triagem que dá também tal acesso.

O hospital possui 230 (duzentos e trinta) leitos distribuídos em 5 (cinco) andares no qual o primeiro funciona os ambulatórios médicos; Neste setor encontram-se em exercício a maior parte de servidores que possuem tempo e idade para aposentadoria e ainda estão trabalhando, por se tratar de um setor no qual é oferecido um serviço ambulatorial que, “não exige tanto do servidor”. As tarefas

realizadas são mais voltadas às consultas e exames especializados como, por exemplo, Eletrocardiograma, Endoscopia e Ultrassonografia. É diferenciado da assistência também pela escala, pois as técnicas e auxiliares de Enfermagem trabalham em dias alternados e folgam finais de semana, dias facultados e feriados.

Já os outros pavimentos são oferecidos o serviço considerado mais penoso e cansativo pelas suas especialidades. No 2º andar funciona a Pediatria, o CTI, o Centro Cirúrgico e a central de esterilização de material. No 3º andar funciona o setor de Doenças Infecto Parasitárias, no 4º andar é Pneumologia onde é oferecido o serviço de assistências a pessoas com doenças pulmonares, mais especificamente a Tuberculose. No 5º e último piso funciona a Clínica médica e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

Quanto aos profissionais que atuam nesse hospital, parte deles encontram-se vinculados a UFPA enquanto outros estão vinculados a FADESP que é uma fundação de ensino e pesquisa e que mantém parte de recursos humanos como partes integrantes do corpo de funcionário do hospital. Ainda existem outros trabalhadores com vínculos do estado e do município cedidos para o hospital.

O setor responsável pelo acolhimento de servidores que estão sendo admitidos é a Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho e neste setor é muito comum ouvir os anseios e perspectivas de servidores que estão iniciando no hospital. Geralmente os anseios revelados dizem respeito ao tamanho do hospital, as especialidades médicas como, Doença Infecto Parasitárias, em especial a AIDS que revela certo medo de atuarem neste setor. Outros medos revelados aparecem também em relação ao trabalho noturno, pois têm profissionais que por medo de fenômenos paranormais, vinculado à história de mortes constantes no hospital, não consegue trabalhar nesse horário. Porém com o passar do tempo e o treino com as familiaridades e peculiaridades das tarefas do trabalho esses medos parecem que vão se diluindo.

### **3.1 A coleta de dados: da familiaridade a estranheza**

Decorrido os tramites legais e a seleção dos sujeitos que iriam participar da pesquisa passou-se para a fase da pesquisa de campo. Esta talvez tenha sido a fase mais interessante e trabalhosa, pois a redatora deste estudo estava se

apresentando como psicóloga do trabalho e pesquisadora do mestrado, em um lugar no qual foi, por muitos anos, representada como técnica de Enfermagem e servidora deste hospital, o que permitiu conhecer e reconhecer as dinâmicas de trabalho e ter familiaridade com a instituição além de ter um vínculo, até mesmo de amizade, além de colega de trabalho, com muitas entrevistadas. Com essa realidade teve-se que fazer um contínuo e importante exercício de estranheza e distanciamento do lugar que já estava instituído para um lugar que estava se instituindo, que é o de pesquisadora.

Por outro lado, a história de vida no trabalho das técnicas/auxiliares de Enfermagem que se ouviu durante a coleta de dados se assemelha em muito com a história do pesquisador no hospital como, por exemplo, as dinâmicas do trabalho, as relações sociais com os profissionais e o próprio adoecimento facilitado pelo exercício do trabalho. Daí a proximidade e intimidade com a pesquisa proporcionou sentimentos antagônicos de facilidade de entendimento das dinâmicas hospitalares e dificuldade de estranheza das mesmas, todavia foi um rico exercício, pois se fez necessário aguçar todos os sentidos de um legítimo pesquisador que teve que filtrar escutas e ter um olhar técnico/ científico para buscar uma leitura diferente das quais já se havia feito enquanto servidora. Assim, o espírito científico em relação à própria implicação deste pesquisador neste estudo, contribuiu para a incursão deste pelo hospital.

A seleção dos sujeitos realizada previamente como descrito anteriormente facilitou seleção dos setores, o horário de visita e as pessoas escolhidas. O primeiro setor procurado foi o ambulatório, pois já se sabia que lá estavam muitos dos sujeitos, por se tratar de um setor que é composto, em sua maioria, por profissionais que pela idade e tempo de serviço já foram remanejados da assistência.

As coletas de dados foram realizadas em dias alternados num total de 20 dias, nos diversos turnos, manhã, tarde e noite. Como já havia sido realizado a seleção e já havia sido feita uma pré-seleção, se procurou as sujeitas da pesquisa de acordo com os horários e setores na qual as mesmas encontravam-se trabalhando.

No setor de ambulatório foram realizadas 6 (seis) entrevistas, sendo que 4 (quatro) foram feitas com servidoras do turno da manhã e 2 (duas) no turno da tarde; 3 (três) profissionais deste setor estão lotadas na sala de fisioterapia, 1 (uma)

está em desvio de função e trabalha no registro e arquivo de prontuários e 1 (uma) trabalha na sala de Enfermagem para a verificação de altura, peso e pressão arterial de pacientes que vão ser consultados; Foi ainda realizado entrevista com uma servidora que trabalha no meio diagnóstico, sala de endoscopia que funciona no ambulatório.

Estar ali no ambulatório, observando a dinâmica de trabalho e as relações sociais dos profissionais desse setor serviram para perceber as diferenças de intensidade e ritmo de trabalho dos mesmos. Neste setor as escalas são intercaladas, sendo que tem uma equipe dos dias pares e outra dos dias ímpares e o trabalho funciona das 7h até as 18h. Em algumas salas o trabalho é mais intenso, como por exemplo, a sala de função respiratória, na qual o trabalho é tenso e demorado. Por outro lado existe um trabalho que aparentemente é menos penoso que é o da consulta de Enfermagem, na qual o profissional acolhe o paciente que vai consultar em algumas especialidades como, endocrinologia, cardiologia e nutrição, verificação de pressão, peso e encaminhar o paciente para a consulta.

O segundo local da coleta de dados foi a Pediatria, onde foram entrevistadas 5 (cinco) servidoras, distribuídas nos horários tarde e noite, sendo 2 (duas) no horário da tarde e 3 (três) no noturno. A entrevista foi realizada na sala de informática que é utilizada, também, para reuniões de trabalho, bem como para comemorações de aniversariantes do mês entre outros festejos. Na pediatria as equipes são divididas em escalas manhã, tarde e noite, sendo 1 (uma) equipe da manhã, 1 (uma) da tarde e 3 (três) da noite. Além da escala de plantões é cumprida também uma escala de atividades diárias prescrita pela enfermeira chefe. Atualmente a pediatria possui 24 (vinte e quatro) leitos distribuídos em 4 (quatro) enfermarias e 4 (quatro) isolamentos, para estes vão preferencialmente crianças acometidas de doenças infecto-contagiosas, como meningite e rubéola; como também crianças em estado grave de saúde, que necessitam de cuidados mais intenso e especializado.

Interessante ressaltar que as equipes de trabalho, da pediatria são geralmente fixas, existindo pouco rodízio de servidores e de horários. Isso facilita para que as relações sociais se fortaleçam, pois as pessoas trabalham juntas, por toda semana e muitas vezes em plantões de 12 h nos finais de semana – no caso das equipes manhã e tarde – e acabam adquirindo intimidade nas relações de



trabalho e estabelecem encontros periódicos por diversos motivos que vão desde a comemoração de aniversário de uma delas ou de familiares, até encontros específicos chamados por elas de **A fuga das galinhas** (grifo nosso), encontro este que realizado só pelas mulheres em um local pré-estabelecido, como foi dito anteriormente.

Talvez essa dinâmica nas relações seja entendida pelo fato de que quase 100% (cem por cento) das profissionais desse setor é composto por mulheres, existindo, do sexo masculino, apenas 1 (um) enfermeiro e 1 (um) assistente administrativo. São mulheres de várias idades, solteiras e casadas, de nível de escolaridade médio ou superior, com diferentes vínculos empregatícios, com salários diferenciados, pois as servidoras da UFPA tem um salário bem maior em relação às da FADESP. Mas parece que essas diferenças se diluem no vínculo afetivo que estabelecem no trabalho. Vale ressaltar que, a exigência do trabalho, na pediatria, ser por mulheres está relacionado ao fato de que, historicamente, houveram relacionamentos afetivos/sexuais entre as acompanhantes, mãe e ou responsáveis das crianças internadas, com trabalhadores do setor, daí a preferência por mulheres, além do que, para trabalhar com crianças a servidora tem que ter uma competência pessoal que exige, sensibilidade materna, um pouco de espírito infantil, empatia e solidariedade com a dor das outras mulheres.

O terceiro setor da coleta de dados foi o centro cirúrgico no qual participou da entrevista 1 (uma) servidora. Nesse setor houve pouco acesso para obter uma leitura técnica das dinâmicas do trabalho, por se tratar de um local fechado e com acesso apenas para servidores do local. A entrevista foi realizada na ante-sala que é composta por 1 (um) sofá e 1 (uma) mesa com telefone ramal. As equipes de trabalho desse setor também seguem o cumprimento de uma escala de plantões e outra de serviços diário prescrito pela enfermeira chefe responsável pelo gerenciamento do centro cirúrgico. No entanto, durante a semana a quantidade de profissionais das equipes manhã e tarde é bem maior do que no noturno e final de semana devido a demanda de cirurgia ser maior naqueles horários.

Ainda sobre o centro cirúrgico, ressalta-se que, a maior atividade laboral se dá através dos cuidados com equipamentos e materiais cirúrgico, se comparado aos cuidados com os pacientes, visto que estes são acolhidos somente para realização de procedimentos e intervenções cirúrgicas, porém todos os esses cuidados com

limpeza, esterilização de equipamentos e matérias devem ser realizados de forma responsável e ética, por se tratar de um setor que pode expor um maior risco de infecção hospitalar, por realizar procedimentos extremamente invasivos.

Seguindo a busca da coleta de dados explorou-se a pneumologia, setor aparentemente resistente, profissionais sérios e de poucas palavras. Neste setor foram realizadas 3 (três) entrevistas em equipes do noturno. No primeiro dia da entrevista aconteceu na sala de prescrição médica, visto que no horário a noite não havia profissional médico prescrevendo e poderíamos ter privacidade.

O 4º andar é composto por ambos os lados, leste e oeste, destinado ao tratamento de pessoas acometidas por doenças pulmonares, aparentemente é um lugar sombrio. Talvez a aparência taciturna dos servidores se dê devido ao fato de que as doenças pulmonares são, na sua maioria, transmitidas por gotículas salivares e o contato próximo com vias aéreas superiores, um trabalho que requer cuidados de Enfermagem como, por exemplo, aspirações de secreções de vias aéreas (boca, nariz e traqueia), cuidado de limpeza e desinfecção de escarradeiras. Os pacientes acometidos por Tuberculose em fase avançada apresentam Hemoptises que muitas vezes requer cuidados específicos da equipe. É comum neste setor o tratamento a pessoas com complicações por Tuberculose Multirresistente, o que aumenta o risco de contaminação. Talvez a resistência de interação descrita acima, por parte dos servidores da pneumologia, esteja associada as patologias presentes nos doentes desse setor e aos cuidados que a equipe precisa dispor para lidar com os riscos de contaminação.

Vale pontuar que nos estudos realizados nos prontuários dos sujeitos dessa pesquisa, o qual será exposto a seguir, das 18 ( dezoito) pessoas entrevistadas, apenas 1 (uma) foi contaminada por Tuberculose, mas em um total, se pode observar que a ocorrência de adoecimento de servidores por Tuberculose é alta, em média 3 (três) casos de contaminação por ano.

#### 4 PRAZER, SOFRIMENTO E APOSENTADORIA

A partir da psicodinâmica do trabalho postulada por Dejours, muito se tem discutido sobre prazer e sofrimento no trabalho. Os autores que seguem essa linha interpretativa são Pitta (1990). Mendes em vários estudos (2004, 2006, 2010, 2011); Moraes (2011); Nogueira (2011); Silva (2011) entre outros que serviram de sustentação teórica para este trabalho, no entanto inova-se, aqui, quando se propõe discutir, nessa perspectiva, prazer e sofrimento na aposentadoria, como categoria principal. Para dar início a uma discussão sobre a aposentadoria, pode-se observar em Santos (1990) que:

No modo de produção da sociedade na qual existimos que, em geral, supervaloriza a produção e aliena o trabalhador do processo produtivo, a aposentadoria é geralmente experienciada como a perda do sentido da vida, configurada como uma espécie de morte social. Ao se valorizar apenas aqueles que produzem do ponto de vista racional e econômico, deprecia-se o ser humano aposentado. (SANTOS, 1990, p. 2).

Em virtude disso Zanelli (2010) pontua que, talvez o conceito mais comum que se faz à aposentadoria seja a de velhice e morte. Observa-se que tais conteúdos não se manifestam necessariamente ao nível consciente. Ao contrário, são crenças que aparecem muitas vezes de maneira velada.

A aposentadoria pode ser vivenciada como um momento de crise para muitos trabalhadores, pois podem sofrer preconceito e se sentirem excluídos do meio social, além de desvalorizados e inúteis, o que pode ser ocasionado pela forma como se caracteriza a aposentadoria na cultura ocidental. Vejamos na argumentação a seguir como é trata o aposentado:

O aposentado é mencionado em dados estatísticos e registros formais como percentual "inativo". O que pode significar que, a aposentadoria é ligada ao ócio, sem função. O aposentado se sente, sem planos para o futuro. Por tal motivo, a grande maioria das pessoas não aceita a aposentadoria. Muitos não pensam sobre o assunto e quando acontece vivem momentos de inquietação e crise. (CEFET, 2004, p. 1).

Apesar de todas as mazelas presentes no exercício do trabalho este parece ocupar uma condição *sine qua non* para a sobrevivência do sujeito. Nas organizações de trabalho as pessoas são identificadas conforme o papel que desempenham, nos hospitais, por exemplo, tem-se uma variedade de profissionais que dedicam décadas, dia após dia, de sua vida no exercício de um trabalho cuja

finalidade principal deve ser a de prestar um serviço de saúde de qualidade, até que um dia chega à aposentadoria, momento importante e tenso na vida deste trabalhador.

França (2010) traz importante contribuição como se pode constatar a seguir:

Se, para a sobrevivência, o trabalho deveria satisfazer pelo menos as necessidades básicas diárias, na perspectiva psicológica é uma categoria central no desenvolvimento do autoconceito e uma fonte importante de autoestima. É a atividade fundamental para o desenvolvimento do ser humano. Estabelece suas aspirações e seus estilos de vida. Em suma, é um forte componente da pessoa que convive bem consigo mesma, acredita e orgulha-se de si. Em virtude disso, muitos problemas humanos derivados da aposentadoria têm origem na súbita perda da identidade que acompanha o término do ciclo normal da vida profissional. A explicação para tal está no fato de que nossa autoimagem ocupacional é uma parte essencial de nossa autoimagem total. Para muitas pessoas é a parte mais relevante (FRANÇA, 2010, p. 25).

Nesta relação entre trabalhador e trabalho existe uma relação particular entre o trabalhador e o grupo como defendido a seguir por Zanelli, Silva e Soares (2010):

Nos grupos de convívio no trabalho, é desejável que sejam estabelecidos mecanismos para que cada um de seus participantes se identifique com o grupo de modo que possam ser reconhecidos como profissionais e como pessoas. A identidade de cada um é firmada quando corroborada por outras pessoas que configuram objetivos similares. Criam-se vínculos, desenvolvem-se afetos. Vão sendo moldados hábitos e costumes peculiares ao grupo que se diferencia e se torna único. [...] quanto mais estreitas as relações e maior a satisfação pelo convívio com o grupo, somadas aos laços com o trabalho em si e projetos que se tenha mais dificuldade pode-se ter no rompimento. É o que se vê acontecer tanto no desemprego quanto na aposentadoria. (ZANELLI; SILVA; SOARES, 2010, p.37).

Não obstante pode-se identificar na pesquisa realizada no HUIBB que os trabalhadores estabelecem vínculos afetivos não só com os seus pares como também com a instituição, muitos deles iniciam sua vida laboral ainda muito jovens e convivem durante muitos anos com o mesmo grupo de pessoas fortalecendo laços e instituindo-se enquanto parte da instituição. Talvez por esse motivo seja a aposentadoria um processo tão difícil para os trabalhadores como veremos nas discussões a seguir.

Como a sociedade brasileira se apresenta diante desse fenômeno? Miranda et al (2009), apresenta os seguintes argumentos:

Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja pelo seu valor econômico (subsistência) seja pelo aspecto cultural (simbólico), tendo, assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. Em

decorrência do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das pessoas, sendo forte a garantia de subsistência e de posição social. A falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda de emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e da sua família (MIRANDA et al., 2009, p.712).

Com o passar dos anos a vitalidade física do indivíduo vai paulatinamente diminuindo, a força de trabalho já não é mais a mesma, porém a capacidade cognitiva parece não acompanhar esse declínio físico, parece que os efeitos do envelhecimento não estão diretamente relacionados à diminuição da capacidade cognitiva. Neste sentido, França (2010) postula que:

É inegável uma diminuição da eficiência no âmbito da motricidade e da percepção no idoso, mas não quanto à atividade representativa da mente ou do discurso, capaz até de progredir qualitativamente com a idade, ainda mais se depender da experiência e da capacidade decisória dela decorrente. Muitas são as contradições da aposentadoria, principalmente num país que é repleto de desigualdades sociais. Grande parte da adaptação à aposentadoria irá depender do envolvimento de cada indivíduo com o trabalho, da sua história de vida e de como ele deseja viver seus próximos anos, suas expectativas e suas limitações. Escrever sobre a aposentadoria é também analisar o trabalho e seu significado. (FRANÇA, 2010, p.10).

Dependendo do estilo de vida, das escolhas estabelecidas ao longo da vida, juntando-se a isso a forma como se deu o processo de saúde-adoecimento do trabalhador, este escreve sua trajetória e vivencia a perda do trabalho de forma singular, podendo sofrer menos ou mais no desapego do trabalho.

Sabe-se que, com o processo de envelhecimento, o trabalhador acarreta não só as conseqüências da diminuição da força de trabalho e da vitalidade como também vêm acumulando perdas ao logo de sua trajetória morrem parentes, amigos, colegas de trabalho e na aposentadoria precisa ressignificar a sua representação social diante de mais uma perda significativa que advém no afastamento das suas atividades laborais.

Santos (1990), estudando a relação entre identidade pessoal e aposentadoria, concluiu que existem duas maneiras de encarar a aposentadoria: como crise e como liberdade. Enquanto crise, através da recusa em aceitar a condição de aposentado ou pela necessidade de sobrevivência, os sujeitos continuam trabalhando geralmente na mesma atividade profissional ou em outra ocupação. Enquanto liberdade, podendo realizar assistência aos familiares ou buscar o prazer pelo lazer, sentindo-se livres, fazendo projetos para o futuro na busca de realização do que não tiveram oportunidade de fazer anteriormente.

O desejo do sujeito deve-se levar em consideração, como também, o modo como ele se relaciona com o trabalho, o prazer pelo trabalho, a capacidade física e cognitiva que ele apresenta nessa fase da vida e principalmente considerar a subjetividade que se apresenta na relação com a sua vida laboral e é isso que se propõe nesse estudo. Daí pode-se contribuir para saúde e qualidade de vida dos servidores dos hospitais que se encontram com tempo e idade para aposentar, mas que consideram o trabalho como fundamental para sua sobrevivência e que portanto, enfrentam dificuldades, resistência e sofrem com a possibilidade de perderem, o que para muitos pode ser a única fonte de prazer, diante de todas as perdas que já sofreram na vida.

#### **4.1 A entrevista**

O roteiro da entrevista foi construído de acordo com as necessidades da pesquisa, contendo um total de 21 (vinte e uma) perguntas, como pode ser visto em anexo ao final desta pesquisa. Antes de iniciar a entrevista, se fez necessário apresentar e explicar seus objetivos, em seguida apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para ser lido e assinado, em seguida solicitar a participação para entrevista, ser gravada com a autorização da convidada e em seguida dando início as perguntas.

Os locais reservados para as entrevistas eram sempre o próprio local de trabalho e, geralmente em um horário que pudéssemos ter um pouco de privacidade visto que algumas perguntas poderiam suscitar algum tipo de sofrimento psíquico e para garantir o sigilo e a fidedignidade da pesquisa.

De uma forma geral as entrevistas ocorreram sem problemas, talvez pelo fato do pesquisador já ter tido um diálogo anterior ao convite explicando o objetivo do trabalho. Por outro lado o tema Aposentadoria causava sempre certa inquietude nas convidadas, que foi perceptível nas entrevistas e que vão ser mostradas a partir das análises aqui apresentadas. Por outro lado, esta interação pode ter sido facilitada pelo vínculo de trabalho já existente entre o pesquisador e as servidoras, no entanto sempre era necessário apresentar-se como pesquisadora do mestrado o que era imediatamente aceito por elas.

As perguntas foram feitas de maneira esclarecedora e procurando buscar informações sobre toda a vida e trabalho no HUIBB, desde o início do trabalho até

os dias de hoje. As entrevistadas foram respondendo as perguntas de forma tranqüila sendo que algumas perguntas causavam mobilização de sentimentos que eram acolhidos no decorrer da entrevista.

#### **4.2 Entendo a disciplina como exercício do poder: “manda quem pode obedece quem tem juízo”**

Algumas entrevistadas fizeram uma reflexão sobre as relações hierárquicas de ontem com as dos dias atuais, puderam falar das relações com as chefias, como eram no passado e como são hoje. E é interessante que na fala de algumas aparece a indignação pelo lugar de submissão, e, por outro lado a subserviência diante da necessidade de obediência a chefia como no relato a seguir:

Hoje as regras estão bem mais fáceis. Eu sempre digo, que quando eu entrei aqui, nós estávamos na época da ditadura, mas tudo era com muita responsabilidade. As regras tinham que ser cumpridas desde a vestimenta. Eu assinei uma advertência por uso de um gorro descartável. Deveríamos usar os gorros que eram limpos pela lavanderia do hospital. Certos dias, ao chegarmos para o plantão, os gorros não estavam disponíveis e toda a equipe técnica usou os descartáveis para não ficarmos sem gorro. Quando a enfermeira chegou, nós informamos o problema, e ela levou as informações à chefia maior, que determinou a advertência para toda a equipe técnica. Essa situação marcou muito pra mim. Essa regra era obedecida. Hoje o hospital não tem regra em relação a roupas. Antigamente as regras eram bem duras, mas era mais organizado. (GARDÊNIA, 2013).

Diante disso partiremos agora a problematizar questões relacionadas ao poder e a disciplina, tal com analisados em Foucault (1979) o qual defende que, o homem como produção de poder surge, pela primeira vez na história, representado de forma singular, individualizada e com uma função de exercer uma ação sobre o corpo regulando comportamento e normalizando o prazer, através do adestramento de gestos cujo objetivo é o de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar. Paralelo a isso precisa se representar como objeto de saber. E a disciplina representa para ele uma técnica utilizada na relação de poder.

E o relato de Gardênia acima mostra exatamente essa representação a qual Foucault se refere. Tal relato fala de uma época em que o Brasil estava em plena ditadura militar, como o Governo de João Figueiredo no início da década de 1980, o que configura um reflexo de linha dura inclusive nas instituições.

Você tinha que andar no seu silêncio sem direito a falar quase nada, para se dirigir tinha que ser obrigado, sim senhor, um chefe passava você estava sentada você tinha que levantar, era obrigado a usar um gorrozinho para distinguir que você era menor que o enfermeiro, custamos muito a tirar, cansou de dizer que era para proteger, mas ela não usava. (CAMÉLIA, 2013).

Fazendo algumas conjecturas podemos dizer que a obrigação do uso do gorro pelas técnicas/auxiliares de Enfermagem e não pelas enfermeiras, parece demarcar a hierarquia, que inclui a punição pelo não uso desse equipamento. Esse tipo de poder, como já vimos, Foucault (1979) chama de Disciplina que é uma técnica do exercício do poder e nesse caso específico teve o objetivo de individualizar e controlar a ação do outro, parafraseando um bordão muito utilizado pelos trabalhadores no HUIBB, “manda quem pode obedece quem tem juízo”. No relato a seguir ampliaremos essa problemática em outra ótica como podemos observar:

Então logo que eu comecei a trabalhar era rígido, rígido entre aspas, porque assim tem que cumprir as normas, regras, ainda mais tratando de hospital onde o ser humano fica lá durante um tempo pra cuidar da sua saúde, então estamos lidando com seres humanos também, então tem que haver a regra pro funcionário, ele tem que obedecer as regras, as normas porque o ambiente de trabalho a gente não pode tá chegando a hora que quer, fazer o que quer, então tudo tem que obedecer as normas, as regras, ter um bom relacionamento, também, a ética, embora a gente saiba que há falhas, não existe a perfeição. (BEGÔNIA, 2013).

A esse respeito Foucault (1979) fala que o poder deve ser analisado como algo que circula, como algo que funciona em cadeia e que o poder não se dá unicamente pela repressão ou por outras formas negativas de controle dos corpos, mas que o poder pode ser exercido legalmente e como tal pode ter um lado positivo, produtivo e transformador e através dessa forma pode funcionar para aprimorar e conter os corpos, os conduzido ao aperfeiçoamento aproveitando suas potencialidades.

Em outro relato pode-se ver que vigora a hierarquia imposta pela enfermeira para sustentar a relação de poder disciplinar. Vejamos:

[...] porque cada instituição tem uma norma, tem uma rotina e eu sempre segui todas do Barros Barreto. Até hoje eu sigo essas normas, eu procuro seguir, não sei se eu to saindo de linha, mas eu gostaria que fosse como antigamente. Hoje não existe mais isso aqui no hospital, hierarquia, hoje não tem aqui no hospital, sabe? é auxiliar gritando com enfermeira. No meu tempo, quando eu entrei aqui, a hierarquia era respeitada, agora ninguém respeita mais nada. (ACÁSSIA, 2013.)



Ao que parece encontramos nesta pesquisa um valor atribuído a hierarquia por seu efeito de reduzir conflitos, desnecessários, no cotidiano do trabalho. Parece que no relato à cima a servidora sente que as relações hierárquicas no passado, funcionavam muito bem, pois estabeleciam um respeito aos “superiores” e que o que parece incomodá-la é a ausência do respeito dos subordinados (auxiliar de Enfermagem) a sua chefia (enfermeira). Talvez pelo fato de que na divisão do trabalho da Enfermagem, no hospital, o representante da ordem e do poder enquanto disciplina é a enfermeira e que na atualidade, esta, não está exercitando adequadamente sua função na relação de poder disciplinar que é atribuída a ela e a partir daí pode parecer que desorganiza o sistema de relação de poder o qual para de circular, de funcionar em cadeia.

Por outro lado podemos fazer uma leitura que configura as mudanças, políticas e sociais, nas relações de poder no trabalho hospitalar, no sentido de que as chefias atualmente estão percebendo que os trabalhadores responsáveis pela execução das tarefas prescritas, no caso aqui as técnicas/auxiliares de Enfermagem, já não aceitam mais ordem cegamente, se impõem, reivindicam, fazem valer seu direito de voz e de voto, como pode estar representado no relato a seguir:

Quanto à hierarquia eu consigo me relacionar bem tanto faz com menor ou maior, meu reitor, diretor, eu consigo manter um bom relacionamento, ter uma boa conversa, consigo levar minhas críticas, sugestões, questionar, colocar questões que não são minhas, mas de colegas. Eu tenho voz. Consigo me posicionar. (CAMÉLIA, 2013.)

Conforme explica Mendes e Facas (2011) a organização do trabalho real surge de conflitos sociais, técnicos e psicoativos. Representa assim um feito intersubjetivo, evolutivo, determinado pela categoria da comunicação, considerando-se que é subproduto do compromisso e negociação entre sujeitos. O caráter intersubjetivo dá a essa organização a possibilidade de ser representada de diferentes maneiras pelos diversos atores do processo de trabalho.

Em consonância com a teoria do sujeito em psicodinâmica, Dejours (1999) postula que, o trabalhador é um sujeito que pensa sua relação com o trabalho. Organiza-se através da ação que realiza interpretando sua função na relação com o trabalho, do qual é protagonista de uma história ímpar refletida na compreensão que constrói a respeito do significado do trabalho. Trava então uma luta pela manutenção de sua saúde mental e sua principal característica é agir na relação

com os seus pares, o que torna toda sua experiência, relativa ao trabalho, fruto da relação intra e intersubjetiva, valorizando assim a articulação entre o psíquico e o social.

E parece ser esta função exercida por Camélia, pois em seu relato aponta que é porta voz de um grupo quando diz que não discute apenas seus interesses, mas de outras colegas de trabalho, isso mostra sua ação na relação com seus pares e na busca da valorização intra e intersubjetiva através de seus posicionamentos de acordo com a relação que estabelece com seu próprio psiquismo e intersubjetivamente com os seus pares.

Por outro lado, atualmente, no HJBB existem forças políticas que influenciam as relações, por se tratar de um hospital de ensino e pesquisa da UFPA, tais influências se dão por movimentos sociais e sindicais que são compostos também pelos próprios servidores e acaba existindo uma resistência à obediência e à disciplina e uma busca constante pela democracia o que pode desencadear em conflitos no trabalho, mas acaba culminando numa maior liberdade de atuação e expressão dos trabalhadores. E o relato à cima fala de um lugar no qual a servidora sente liberdade para se expressar de forma democrática.

E sobre esta vertente Mendes (2007) defende que, os conflitos no trabalho podem ser construtivos no momento em que as dimensões oferecem oportunidades para negociação, quando existe uma margem de liberdade para o trabalhador buscar ajustar a realidade do trabalho aos seus desejos e necessidades. A organização do trabalho precisa ser flexível, as condições de trabalho devem ser adequadas e as relações sociais entre os profissionais devem ser abertas democráticas e justas.

Vale ressaltar que o trabalho no hospital precisa funcionar sistematicamente no qual se retroalimentem as diversas funções para que num trabalho com característica interdisciplinar possa ter como resultado um serviço de saúde de qualidade.

#### **4.3 Prazer no trabalho: o amor pelo ato de cuidar**

Muitas participantes desta pesquisa falaram do prazer em trabalhar nesse HU desde o início, narram uma experiência permeada pela satisfação pelo trabalho na Enfermagem, pelo sonho realizado, pela necessidade de um lugar socialmente

instituído. Falaram de quando ainda eram jovens e de como construíram sua vida e que tipo de relação estabeleceram na instituição, como pode ser visto em seus relatos mostrados a seguir:

Para mim é um prazer trabalhar durante 28 anos nesse hospital, eu amo a minha profissão. Mesmo porque eu amo o que eu faço. Isso aqui é mais que a minha casa. Sempre colocam o trabalho como a segunda casa para mim é minha primeira casa. Me sinto melhor aqui dentro da instituição do que lá fora carregando os problemas de família que eu carrego. (CAMÉLIA, 2013).

Assim em outro discurso aparece novamente essa relação de amor pelo trabalho e pela instituição:

Eu gosto daqui do Barros Barreto, faço com amor, é vestir a camisa, gosto mesmo. A prova é que eu nem penso em me aposentar. Cheguei aqui novinha sem cabelo branco, sem ruga. Eu vejo hoje que com o tempo veio muito aprendizado também. Gosto mesmo! (GLORIOSA, 2013).

Acompanhemos então mais um relato:

Trabalhar nesta Instituição é um grande prazer. Eu sempre me identifiquei com o hospital. Gosto e não tenho nada a dizer sobre o hospital. Mas antes, bem antes, no nosso trabalho, trabalhávamos muito. Eu sempre comento sobre isso, porque na época o hospital não permitia acompanhantes. O técnico tinha que fazer e saber tudo. Mas o hospital, pra mim, é a minha segunda casa. Gosto do hospital e gosto daquilo que eu faço isso é muito importante. Trabalhar aqui é um grande prazer (GARDÊNIA, 2013).

Esta pesquisa encontrou várias inter-relações entre o prazer no trabalho e o vínculo afetivo com a instituição, como pode ser percebido nos relatos acima. Ferreira e Mendes (2001) contribuem para essa discussão quando enfatiza que o prazer é um dos objetivos do trabalhar. Ele resulta do sentir-se útil, produtivo e aparece inseparável dos sentimentos de valorização e reconhecimento. O prazer no trabalho é vivenciado pelo sujeito quando este percebe que o trabalho que realiza é significativo e importante para a instituição.

Parece que para muitas trabalhadoras o prazer no trabalho aparece na relação com o paciente, no momento em que este contato proporciona um momento mútuo de bem-estar como se pode observar no relato a seguir:

Trabalhar aqui pra mim significa Vida, porque eu transmito vida para os pacientes e até para a família, a gente leva apoio até psicológico. E o significado é esse: Vida. Porque a gente dá e a gente recebe, quando a gente faz o bem que a pessoa precisa e a gente sente que a pessoa recebeu, fica bem e até solicita que a gente fique mais perto dela. É claro

que a gente não pode porque nosso serviço requer certa correria infelizmente. Porque são poucos trabalhadores, muitos pacientes, muita medicação. Então a gente não tem o tempo que realmente precisa dar para esses pacientes e quando conseguimos dar esse tempo sentimos prazer e o paciente também, ficamos mais com ele, conversando, ouvindo. Porque o nosso serviço é este, ser além do serviço de Enfermagem, de simples administração de medicação. (TULIPA, 2013).

No relato a seguir fica claro mais uma vez o prazer no trabalho, muito mais evidenciado e que parece realmente sustentar o trabalhador apesar de todas as dificuldades enfrentadas por ele, vejamos:

Eu trabalho na função de técnica, de auxiliar de Enfermagem, assim com muito prazer, com muito amor, eu acho que por isso nesses anos todos que eu já trabalho, e que eu já atuei aqui e fora daqui não me pesaram tanto porque além de dedicação total existe o prazer e isso aí é uma coisa fundamental, porque acho que não é só o trabalho, existe uma troca, eu dou mas eu também recebo muito. Porque lidar com o ser humano com o paciente é assim a gente dá, mas a gente recebe uma troca muito grande e isso acho que me satisfaz como profissional. Eu gosto muito de trabalhar, eu venho trabalhar hoje com o mesmo prazer que eu vinha no primeiro ano, no primeiro dia, então, eu gosto muito por isso não me sinto assim tão cansada, tão lesada porque eu tenho uma satisfação muito grande no cuidar. (AZALÉA, 2013).

Nesses 20 anos de trabalho no HUJBB, percebeu-se que as profissionais da Enfermagem, das quais o pesquisador conviveu todos esses anos, estabelecem uma relação afetiva não só com o trabalho em si, mas com a instituição, algumas até dão nome carinhoso e que simboliza um vínculo afetivo com a instituição como, por exemplo, chamam o HUJBB de “João”, “Joãozinho”, “Barros”, “BB” e algumas quando vão falar que vão para o plantão dizem: eu vou pro “baile do João” como se ir trabalhar fosse como ir a uma festa e essa afetividade aparece muito claramente nos relatos acima.

Parece que tem uma importância muito grande no investimento do outro, investir na saúde do outro, investir no tratamento do outro, no acompanhamento do outro, mas acho que apesar de tudo, eu tenho perspectivas boas, cuido da saúde, vou atrás do que eu quero, estudo, trabalho, procuro outras coisas que me dê prazer, mas também sei que, esse investimento que faço no outro é exatamente o prazer que, **o amor pelo ato de cuidar** (grifo nosso), que é o trabalho da Enfermagem. (BEGÔNIA)

#### **4.4 Sofrimento no trabalho: o ir além do limite**

Para Dejours, (2004) Prazer e sofrimento são vivências subjetivas e apontam a experiência do sujeito em função do fracasso ou do sucesso de seus esforços para

resolver os conflitos que surgem no ambiente de trabalho. Mas o sujeito da psicodinâmica é um sujeito dado ao sofrimento. É no jogo entre o pré-consciente e o inconsciente que se negociam as relações de prazer, de sofrimento, de desejo e de saúde mental.

No caso das entrevistadas dessa pesquisa aparecem relatos que deixam muito claro o que as deixam vulneráveis ao sofrimento no trabalho como pode ser observado a seguir:

Quando surgiu esse problema de saúde, onde eu não pude mais trabalhar “cem por cento” da minha profissão, estava doente foi detectado através de exames problema alérgico, urticária, uma alergia muito forte, alergia a muita coisa, produtos emborrachados, também por inalação produtos químicos, e aí trouxe problemas de saúde onde eu não podia mais atuar na profissão, cuidar do paciente como um todo, ali auxiliando o paciente e tudo mais, aí foi colocado que eu não poderia mais trabalhar na assistência e que eu iria pra outro setor, no caso em encaminharam pro ambulatório onde eu estou até hoje, aí eu fiquei muito triste na época eu chorei muito sabe, era como se tivesse morrido alguém, assim, tu desenvolve, tua profissão, tu estas ali atuando, então tu esta bem, psicologicamente tu estas ótima, embora haja todos esses, e aí de repente tu não pode mais, tu tem que ir pra outro setor te adequar a outra atividade eu sofri muito e aí depois a gente tem que se adaptar a nova função, aí é angustiante, causa problema psicológico eu senti isso, eu tinha muitas crises alérgicas, eu terminava entrando de licença, era assim, aí me colocavam em outro setor, eu iam mudando, mudando até ficar aonde estou hoje.(BEGÔNIA, 2013).

O que parece ter causado sofrimento maior para a servidora acima, não foi exatamente o adoecimento físico causado pelo processo alérgico, mas o fato de ter sido afastada do seu trabalho na assistência, ela sentiu o afastamento como uma grande perda é como se tivesse perdido a identidade, o que para ela o que fazia sentido era a assistência ao paciente, não se adaptava bem com outras tarefas. Para Ferreira e Mendes (2001) o trabalho será fonte de prazer se tiver sentido para quem o realiza. O prazer é obtido pelo ganho que se tem no trabalho, como a construção da identidade e a realização de si mesmo.

Em relação à perda da identidade no trabalho, Dejours (2007) vem mostrar que, é possível que o sofrimento no trabalho atue como desencadeador na busca de mudanças, o que pode resultar em uma subversão do sofrimento e conquista do prazer. No entanto, quando chega ao fim todas as tentativas de se defender ou transformar o sofrimento, a vivência prolongada do mesmo pode conduzir a dúvida quanto à habilidade do trabalhador de transformar sofrimento em prazer, culminando em uma crise de identidade que abre espaço para o adoecimento psicossomático.

Dessa maneira, os destinos do sofrimento podem indicar se o mesmo atuará como mediador para a doença ou para a saúde.

Outro relato traz possibilidades de olhar o sofrimento por outra vertente, vejamos:

A morte me traz sofrimento, a morte da pessoa que a gente cuida, porque a gente sempre se doa para aquele doente e às vezes o doente morre e isso traz sofrimento, mas eu trago pro meu lado religioso, se ele morreu sem esperança, se realmente pra ele foi uma morte não foi um sono, então isso ai traz sofrimento, eu me entristeço, por isso não quis trabalhar em CTI, porque ali a morte é constante, mas mesmo na ala a gente perde paciente e a morte me traz sofrimento. (AZALÉA, 2013).

A morte é uma constante no trabalho hospitalar, os trabalhadores da Enfermagem que lidam com essa realidade dia após dia no hospital precisam apropriar-se dessa realidade e encará-la de uma maneira que sustentem tal sofrimento e cada um tem sua forma de agir diante a esse fenômeno e sobre isso Ferreira e Mendes (2001) afirmam que, *subjetividade* é a apropriação pelo sujeito do papel de protagonista de uma história na qual o trabalho é apenas um cenário que pode ser modificado. Ao expressar sua subjetividade (que integra pensar, sentir e agir), o sujeito tem a possibilidade de vislumbrar ações que venham a transformar a realidade causadora de sofrimento, passando, deste modo, a dominar o trabalho e não a ser dominado por ele.

Azaléa, citada acima, reconhece sua limitação diante da perda do paciente, e parece se apegar, em sua defesa pessoal, a sua crença de que, de acordo com sua religião, as pessoas morrem e descansam em um sono até a vinda de Jesus, o qual deverá voltar à terra e resgatar os seus escolhidos, porém se a pessoa, não for evangélica e nem ter aceitado Cristo como seu salvador irá perder a vida eterna oferecido por esse aos que nele confiam. Por este motivo, Azaléa sofre ao saber que a pessoa morreu sem “conhecer” Jesus. Em uma próxima situação, Azaléa relata outro evento que culmina em seu sofrimento no trabalho como pode ser observado a seguir:

A falta de compromisso, isso me entristece muito, a falta de compromisso de colegas meu de profissão, e a falta de compromisso também de gerência, da pessoa que podia resolver isso... e aí me frustra, porque a nossa profissão é muito séria, porque a gente não lida com qualquer coisa, a gente lida com vida, esse material que eu manipulo vai ser pra outras pessoas usarem e de acordo como eu manipulo esse material vai melhorar ou piorar a situação dela, então essa falta de compromisso me entristece e ate adoço, eu entro em crise de enxaqueca por causa desse problema.(AZALÉA, 2013.).

De acordo com Mendes e Morrone (2010) o sofrimento em si não é patogênico, mas funciona como um sinal de alerta para poder evitar o adoecimento, que geralmente acontece quando os trabalhadores não possuem estratégias para enfrentar as adversidades do contexto do trabalho. As autoras caracterizam o sofrimento pela presença de sentimentos como medo, insatisfação, insegurança, impotência, alienação, vulnerabilidade, frustração, inquietação, angústia, agressividade, desvalorização, culpa e raiva.

O trabalho hospitalar e mais especificamente o trabalho no HUIBB tem uma organização própria, as equipes de trabalho da Enfermagem, são, como já foi falado anteriormente quando se tratou do lugar das técnicas/auxiliares de Enfermagem, divididos em equipes manhã, tarde e noite. Tais equipes são fixas, ou seja, as pessoas trabalham juntas durante toda a semana e em muitos casos em plantões finais de semana. Cada sujeito tem uma história de vida singular e por conta disso possuem um funcionamento com características próprias, uns tem mais habilidades que outros, uns são mais assíduos e pontuais que outros entre outras diferenças. Lidar diariamente com atitudes de imprudência de colegas no trabalho pode contribuir para esgotar a capacidade que outros trabalhadores possuem para tolerar o que lhe faz sofrer no trabalho. Daí abre-se caminho para o adoecimento.

Sobre o relato de Azaléa, descrito acima, a mesma ao vivenciar, repetidas vezes no trabalho, situações que a desagradam e vai de encontro aos seus valores pessoais, ela pode como expressou, se frustrar, se entristecer e até mesmo somatizar e adoecer em função dessa situação. O sofrimento patogênico aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. De acordo com Dejours (1993) quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição à frustração, ao aborrecimento, a raiva ou o sentimento de impotência o sofrimento tende a se enrijecer. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma das compensações mental ou psicossomática e para a doença.

Não existe receita para que os trabalhadores possam ter mais habilidade para transformar o sofrimento em prazer. Entretanto, é imprescindível que os trabalhadores estejam comprometidos com as suas tarefas e lhes atribuam

significados de forma responsável, visto que o ato de cuidar do outro requer tais competências e valores sociais. Mas se a equipe não possuir tais habilidades, como sugere a análise do discurso de Azaléa, cabe aos técnicos responsáveis pelo serviço de saúde do trabalhador do hospital criar espaço de convivência que os trabalhadores possam discutir suas relações no trabalho, cujos desafios não podem se restringir aos problemas técnicos, científicos ou relacionados às atividades produtivas, mas também direcionados à convivência humana, para oportunizar o viver comum. As regras de sociabilidade favorecem o mundo social do trabalho, protegem psicologicamente o trabalhador e, por sua vez, colaboram para a existência de uma relação saudável no trabalho entre os profissionais de Enfermagem, bem como de áreas afins.

Ferreira e Mendes (2001) trazem boas considerações a esse respeito quando dizem que, desenvolver o prazer no trabalho não é tarefa fácil, requer dos envolvidos: desejo por mudanças e compromisso com transformações na estrutura e formas de funcionamento no local de trabalho que são fontes de sofrimento. Se faz necessário construir uma referência de individualidade diferente de individualismo, criando espaços para contribuição e retribuição e constituição de coletivos, além de intervir na organização e condições de trabalho. Do contrário, a satisfação do funcionário será oca, senão for repensada em termos de prazer no trabalho. E, para os sujeitos dessa pesquisa, transformar o sofrimento em prazer no trabalho da Enfermagem parece ser um exercício necessário e constantemente realizado por eles.

Ao continuar a discussão das questões em análise, observou-se que existe várias formas de vivenciar o sofrimento no trabalho hospitalar pela própria dinâmica do trabalho como se expõe no relato a seguir:

Nós ficamos olhando as crianças, “tanto sofrimento!” e nos perguntando até por quê? Pra que esse sofrimento? Mas de tudo aquilo que me deixa mais triste são as crianças com AIDS, é muito sofrimento. Todo mundo que lida com paciente, tu vê uma criança drenada, ela vai levar 10 furadas, mas vai sair, e aí vemos as crianças com AIDS elas pegam 10 furadas, saem, mas voltam, então é assim... é esse sofrimento que eu acho, isso incomoda todo mundo, são crianças que nós acompanhamos.(DÁLIA, 2013).

O mesmo sofrimento é reiterado no próximo discurso, que representa um sofrimento pela perda dos pacientes:



O que me traz sofrimento é o que traz pra todo mundo, por exemplo, umas patologias que a gente sabe que a pessoa não vai ficar boa, que a pessoa vai morrer, eu sinceramente não to preparada pra morte, eu acho muito dolorido, agente sente pelas pessoas, por exemplo, a pessoa vem do interior traz uma família assim com esperança né? E de repente não tem aquele êxito, é uma tristeza para o ser humano, quem não fica triste com isso? (AÇUCENA, 2013).

Sabe-se que lidar com a morte no trabalho não é tarefa fácil, mas o trabalho desenvolvido pelas técnicas/auxiliares de Enfermagem é mobilizador de sentimentos ambíguos, ora ele pode colaborar para vivências de prazer ora para vivências de sofrimento. Isto se dá porque há possibilidade de ser útil enquanto servem, ajudam e confortam. Porém, ao se deparar com o sofrimento alheio, com a morte, com a dor e/ou situações difíceis de serem superadas, o trabalhador também sofre. O destino que eles darão para esse sofrimento é que determina sua saúde ou doença, como pode ser acompanhado no próximo relato:

Teve uma época atrás que eu vinha todo dia doente trabalhar, quando eu pensava que vinha trabalhar aí eu adoecia, tinha dor de cabeça era um mal-estar, mas devido à equipe, porque era uma equipe faltosa que não ligam dizendo: “olha eu não vou”, naquela época não tinha extra então era difícil, agora não. Eu venho trabalhar, saio daqui cansada. E sobrecarregar o trabalho é um ponto negativo, por que **“tu tens que dar mais daquilo que ta no teu limite”** (grifo nosso). (ALFAZEMA, 2013).

Saber até onde vai o limite do trabalhador para suportar o fardo do trabalho na Enfermagem é o grande desafio para os estudiosos, além de descobrir como se pode contribuir para que essa categoria possa desenvolver suas potencialidades no trabalho, facilitando a maximização de suas habilidades em transformar o sofrimento em prazer. Acredita-se na possibilidade dessa contribuição pelo fato de já se conhecer que cada trabalhador tem sua forma singular de conviver com seus pares através da maneira como se representa e se relaciona intra e intersubjetivamente no trabalho.

#### **4.5 Aposentadoria: aposentar pra quê?**

Serão apresentados, a seguir, alguns significados atribuídos à aposentadoria enquanto categoria de análise que representa a segunda categoria que mais se reiterou o sofrimento nesse estudo, tal fato ficou claro nos discursos que podem ser acompanhado a partir da oportunidade de falar sobre o significado desse processo, como citados a partir de agora:

Eu acho que eu vou sair, mas vou ficar assim um pouco triste, com a hora de acordar, a hora de sair entendeu? Ter aquela atividade, porque em casa eu praticamente não tenho muita coisa pra fazer. Uma enfermeira que trabalha junto comigo me convidou “bora se aposentar?” eu disse ainda não! Ainda não estou preparada. (AÇUCENA, 2013).

A possibilidade real da aposentadoria traz sofrimento, não só pelo fato de não se sentirem preparadas para perder o trabalho, mas também de deixar de fazer o comum das atividades da vida diária, como arrumar-se para ir ao trabalho, organizar a agenda de acordo com os plantões. Os relatos mais presentes foram os que se referem às relações sociais que estabelecem no trabalho e que de alguma maneira são saudáveis e dão suporte para sustentar outros problemas de ordem pessoal e familiar como relata Flor em seu discurso:

Aposentadoria significa parar de trabalhar. Mas eu acho que parar de trabalhar é difícil. Aquela atividade de sair todos os dias de casa no meu caso de dois em dois dias sair de casa para vir pro trabalho. É uma coisa que faz parte da minha vida e eu acredito que depois da aposentadoria agente vai adoecer, podem aparecer outro tipo de problema. [...] Porque às vezes agente chega pra trabalhar preocupada, chateada e quando chega aqui agente trabalha esquece, brinca com as colegas e sorri e isso vai passando o tempo. Já penso assim, será que vou me acostumar em casa por que agente vai sentir falta das colegas do trabalho, se alguém falar que não, em alguma hora, não é verdade, vai sentir falta sim! (FLOR, 2013).

Reitera-se o sofrimento vislumbrado com a aposentadoria em decorrência da perda das relações de trabalho. Isso também pode ser observado no relato de Gardênia a seguir:

Eu vou sentir muita falta. Eu sei que vai ser um problema muito sério me adaptar com isso, porque eu já estou acostumada. Trabalho aqui há 31 anos, considero minhas colegas como se fosse minha família. Vou sentir muita falta e não sei como vou conseguir me adaptar com essa situação. [...] Vou sentir muito e tenho que fazer um preparo. Já vi na internet que existem cursos para aposentados e eu vou precisar de um para me adaptar, às vezes eu me imagino aposentada. Eu moro longe das minhas famílias e sinto muita saudade, então penso em me aposentar e ir morar perto delas. Mas, depois, eu fico pensando: sempre me dá saudade do hospital. (GARDÊNIA, 2013).

A possibilidade do rompimento das relações de trabalho parece ser insustentável para os sujeitos de acordo com os relatos acima. Zanelli, Silva e Soares (2010), trazem importante contribuição para esta discussão quando sustentam que a aposentadoria não pode ser considerada como um simples término de carreira. Embora varie de pessoa para pessoa, a interrupção da atividade laboral

que foi realizada pelo trabalhador por décadas, dia a dia, com o advir da aposentadoria esse sujeito precisa romper vínculos e trocar os hábitos de seu cotidiano. Isso implica em imposições de mudança no seu mundo pessoal e social. De um dia para o outro é modificado o seu ritmo de vida e os aspectos de vida profissional deixam de existir.

Diante desses relatos surge uma indagação. Como deixar um trabalho que dá tanto prazer, como esteve freqüentemente repetido nesta pesquisa através dos discursos dos sujeitos e das observações de campo? Sugere-se que prossiga as análises e continue a observar as falas das entrevistadas

Não tenho vontade de ficar em casa sem fazer nada eu teria que arrumar outras coisas pra fazer, pra mim aposentadoria não é ficar em casa sossegada, e eu não quero , é o que me vem à cabeça e eu não quero me aposentar. **Aposentar pra que?** Ficar em casa sem fazer nada! Porque afazeres se tem muito se a gente for procurar, mas eu quero sempre ta envolvida com alguma coisa fora (ROSA, 2013).

Em seguida pode ser acompanhado o relato de Azaléa em suas tentativas de definições para a aposentadoria:

Pois é, a gente fala assim, ah vou me aposentar, eu quero fazer isso, quero fazer aquilo, mas quando a gente para pra pensar o que é aposentadoria, eu realmente nunca parei pra pensar o que é aposentadoria, o que é a vida de aposentado, porque eu nunca fui aposentada né? Então a gente só imagina o que é, então hoje em dia muitos colegas meus incentivam a estudar porque quando se aposentar o salário diminui muito e se não tiver um nível superior vai diminuir mais ainda, mas na realidade a palavra assim aposentado, como vai ser a minha vida de aposentado eu não tenho uma definição, não vivi e é uma coisa futura que eu não parei pra pensar, mas eu sempre digo que quando me aposentar vou fazer trabalhos voluntários, vou visitar casas de crianças que tem câncer e precisa de apoio, procurar fazer alguns trabalhos manuais e me envolver, **continuar envolvida no cuidar do outro.** (AZALÉIA, 2013).

Aposentadoria para Azaléa parece ser um campo desconhecido, além de possibilidades irreais de existência. Não consegue definir e quando fala em se aposentar, fala de uma continuidade no trabalho de cuidar do outro. E o próximo relato pode ser percebido novamente uma negação à aposentadoria:

Vai ser um choque muito grande, até porque eu já estou acostumada a me levantar às 6 horas da manhã pra vir pro meu serviço, trabalhar, voltar pra casa. Não penso em me aposentar pra ficar parada. Não penso no quando ou no porque de me aposentar. Não penso ainda. **Aposentar pra quê?** (grifo nosso). (ÉRICA, 2013).

Parece que a casa se transforma em um ambiente hostil e os afazeres do lar passam a ser um fardo, mas o que está por trás de tanto receio da aposentadoria? Continua-se a observação aos relatos, agora com a fala de Alfazema:

Ficar em casa sem fazer nada, às vezes a gente pensa que vai viajar, mas a gente sabe que não é isso. É ficar em casa, é fazer as coisas manuais que eu faço, é ajudando a tomar conta dos netos. Não adianta se aposentar e dizer que vou sair viajando, não. Já conheço vários lugares, vários estados (ALFAZEMA, 2013).

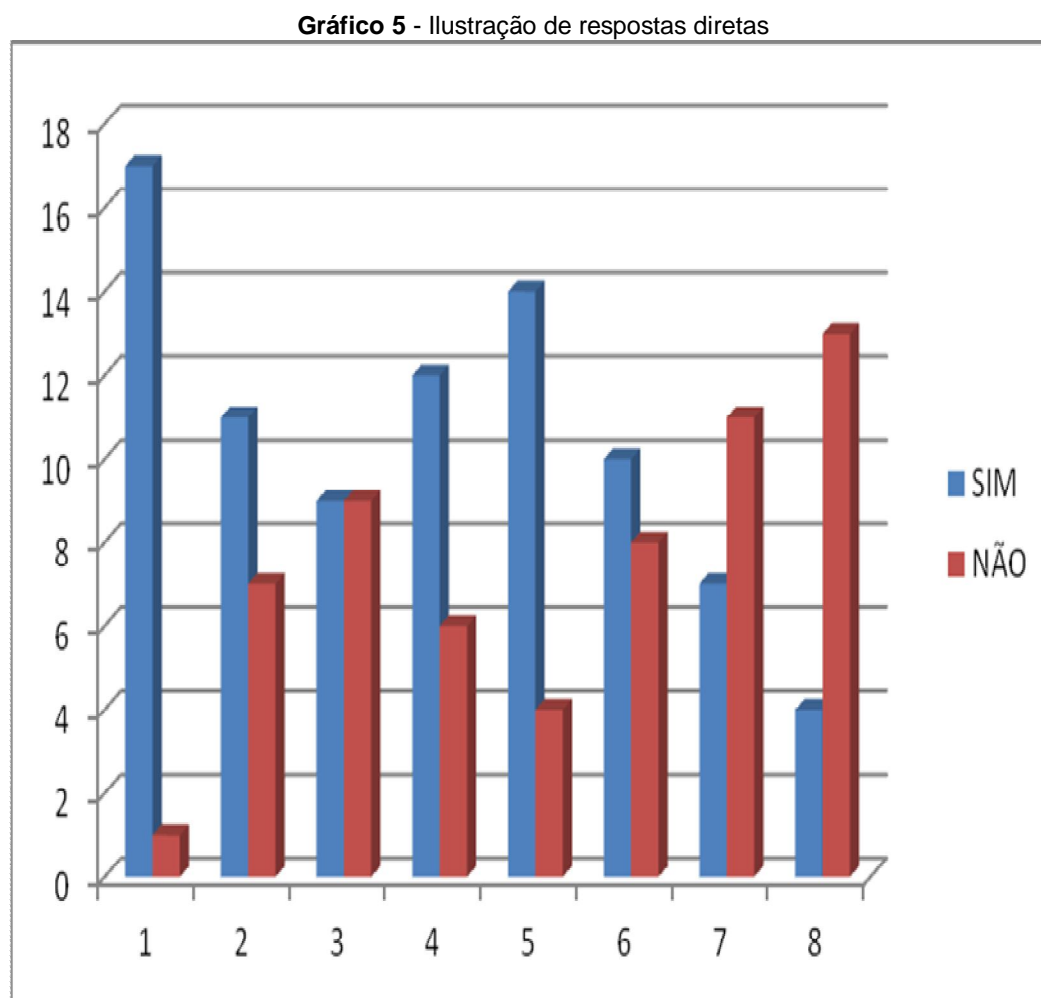
Alfazema parece não estar confortável com as funções que exerce em sua casa e parece que não quer isso e não é a aposentadoria que vai satisfazê-la. Mas seguindo com os relatos podem-se perceber outras representações de sofrimento com o advir da aposentadoria como a seguir:

É uma depressão, é morrer, nem pensar. Quando tem os feriados faço as coisas tudo de véspera. É como se diz já é uma coordenação assim automática. Aí eu digo hoje é feriado eu não vou trabalhar. Imagino, eu entrando na aposentadoria. Primeiro porque eu gosto, daqui e gosto do que faço eu não sei fazer outras atividades não gosto de cozinhar, não gosto de lavar, não gosto de arrumar uma casa eu não gosto de nada. Essa relação com o hospital para mim é tudo que eu preciso pra ser feliz, até porque meu relacionamento com os colegas é bom. Desde a classe da limpeza, serviços gerais como com o mais altos. Eu tenho bom relacionamento com meus colegas. Viajar? Eu sempre viajei, conheço até o exterior e não preciso me aposentar pra isso, todo ano eu viajo nas minhas férias. (GLORIÓSA, 2013).

A reafirmação do sofrimento com a aposentadoria é comum entre os sujeitos, como afirma Gloriosa acima, para ela aposentar significa deprimir, “morrer”. Diante de tantas afirmações de sofrimento com o advir da aposentadoria e de acordo com Costa (2009) quando o sujeito se depara com a aposentadoria sem estar “preparado” para isso, pode confrontar-se com crises de identidade e conseqüentes dificuldades de elaboração de novos projetos de futuro, resultando em uma crise psicológica. Partindo-se deste entendimento, o rompimento das relações de trabalho devido à aposentadoria traz, para o trabalhador, impactos indiscutíveis no contexto global da vida e assim, gera implicações muito além de um simples término de carreira ou do afastamento de um emprego.

#### 4.6 Outras categorias: porque a pior doença é a financeira.

Com a necessidade de avaliar perguntas fechadas, que tiveram repostas diretas de sim e não, optou-se por mesclar e analisar de forma quantitativa e qualitativamente tais relatos, para tanto se construiu um gráfico representado a seguir, que apontam as respostas e dão possibilidades de discussão pertinentes a questões que vão de abono de permanência a doenças inerente ao trabalho:



Fonte: Do Autor. 2013.

**Legenda:**

- 1 = Recebe Abono de Permanência;
- 2 = Já pensou em aposentadoria;
- 3 = Se preocupa com a redução da renda na aposentadoria;
- 4 = Tem plano de saúde suplementar;
- 5 = Realiza exames periódicos;
- 6 = Já sofreu acidente de trabalho;
- 7 = Possuem doenças inerente ao trabalho;
- 8 = Exame periódico atualizado;

Como pode ser analisado a partir do gráfico acima, dos dezoito sujeitos entrevistados apenas um não recebe abono de permanência, que diz respeito ao incentivo financeiro oferecido pelo governo ao servidor que já alcançou a idade e o tempo de serviço para a aposentadoria, mas opta em permanecer no trabalho. O único sujeito que não recebe abono, já tem direito, porém, não entrou com processo administrativo solicitando o abono. E foi orientada pela pesquisadora a recorrer junto a UFPA para solicitar regularização do pagamento do seu abono.

Quanto à pergunta realizada se o sujeito já havia pensado em aposentadoria, do total de dezoito entrevistados, dez disseram que sim e oito responderam que não haviam pensado em aposentadoria.

Em relação à preocupação com a diminuição de renda na aposentadoria, dos dezoito entrevistados, nove responderam que sim e nove entrevistados relataram que não se preocupam com a diminuição de renda após serem aposentados. Optou-se para expor os motivos relatados pelos sujeitos da pesquisa, pela relevância da diminuição de renda como mostrados a seguir:

[...] eu jamais iria pedir para me aposentar **porque a pior doença é a financeira** e ficar pensando em um monte de compromisso que tu não conseguiste estabilizar. Se eu estivesse estabilizada eu pediria aposentadoria porque eu saberia o que fazer para ocupar meu tempo e não ficar em casa envelhecendo e adoecendo, eu quero uma aposentadoria com qualidade e esse é o motivo pelo qual eu ainda me mantenho. Para “mim” terminar meu nível superior e poder aumentar a minha renda para eu sair com qualidade. Eu quero ir para a terceira idade com qualidade de vida. [...] é um absurdo porque quando a gente chega na terceira idade é muito difícil. Felizmente a gente criou os filhos se estabilizou de alguma forma de alguma coisa segura pra eles, mas atualmente os filhos ou estão voltando pra casa ou os idosos estão cuidando de netos estão com outras responsabilidades, ajudando financeiramente. A aposentadoria não é só pra ele, ele não tá vivendo isso com qualidade, ele tem que ajudar financeiramente muita gente e finda ele lá no canto dele sem direito a nada ele não tem mais lazer. Para nós que estamos perto da aposentadoria, ainda na ativa é compensador sair com os amigos na sexta-feira bater papo com amigas da minha idade, com o mesmo nível de conversa porque estou com pessoas da minha idade, coisas que na minha casa eu não tenho. No trabalho essa relação é bem melhor. (CAMÉLIA, 2013).

Camélia em seu discurso acima demonstra indignação diante da redução de renda na aposentadoria. Coloca situações que geralmente são vistas na sociedade nos quais a pessoa se coloca como provedor da família a vida inteira de trabalho e quando chega o tempo da aposentadoria ainda exerce essa função de mantenedor da casa e da família. Apesar da revolta relatada por Camélia, por conta da questão financeira, ela pontua que no trabalho a convivência com pessoas de sua geração é

relevante também, parece então que não é só a questão financeira que a incomoda, mas o fato de perder esses vínculos com as colegas de trabalho e até mesmo a rotina de sair do trabalho, num final de semana, com as colegas para um lazer.

Mas continuando as análises observa-se o posicionamento de Flor a seguir:

É complicado porque você tem um padrão de vida assim já se tem tudo esquematizado para suprir suas necessidades e reduzir a renda é muito complicado. Eu que tenho duas filhas uma trabalha e a outra ta querendo, então cada uma toma conta da sua vida suprimo suas necessidades para que a gente não fique tão apertada, devido a diminuição da renda, mas mesmo assim é complicado porque uma hora dessas temos que colaborar e se juntar para pagar alguma conta. [...] O dinheiro influencia bastante porque se você tiver dinheiro para viajar, se despreocupar é legal, agora, quando você fica pensando nas despesas e que o dinheiro não dá devido à redução, ai é complicado. (FLOR, 2013).

E o problema com a redução de renda é muito relevante como mostra o discurso de Gardênia abaixo:

O dinheiro e as vantagens que eles tiram quando nos aposentamos é um problema. Por isso não queremos nos aposentar. Nosso salário vai diminuir, então estou esperando chegar na última referência para solicitar a minha aposentadoria. Eu acho, que depois da aposentadoria teríamos que ter outra coisa que rendesse algum valor, pra poder inteirar o que foi reduzido. Porque vai ser uma quebra; principalmente pra mim, eu sempre morei em casa alugada. Até hoje não consegui ter casa própria. (GARDENIA, 2013).

Os relatos que apresentam a insatisfação com a redução da renda na aposentadoria sinalizam que é necessário que haja um maior investimento na preparação para a aposentadoria, para que o trabalhador possa ter oportunidade de lidar com mudanças tão significativas em suas vidas. É necessário que problematizem essas questões em grupo, pois embora a estatística tenha apontado que metade dos entrevistados tenha declarado que não se importam com a redução de renda na aposentadoria a outra metade declara que sofre com isso.

Vale ressaltar que os sujeitos que declararam que não se importavam com a redução de renda argumentaram, em sua maioria, ter boa condição financeira e uma vida estabilizada, como pode ser analisado nos relatos a seguir:

Minha vida é toda planejada financeiramente. Essa parte do dinheiro não é influenciável porque eu já viajei pelo Brasil, Argentina e Paraguai trabalhando. Não ia esperar eu me aposentar para poder conhecer. Tenho o meu carro, minha casa. Financeiramente minha vida é estável. (GLORIOSA, 2013).

Acompanharemos agora o próximo relato:

Eu não vou sentir tanta falta, porque, eu bem dizer, não coloco nada pra dentro de casa, o meu marido é que põe, o meu dinheiro é mais assim, pra, por exemplo, se eu quiser ajudar um filho, se eu quiser uma coisa pra mim, ou então uma coisa pra casa eu compro. Se eu quiser entendeu? Então eu não vou sentir falta não. (IRIS, 2013).

Cada sujeito é singular e tem sua história, suas vivências e a forma como lidam em todas as instâncias da vida. Mas ficou muito claro na pesquisa ora realizada que, independente da forma como os sujeitos se relacionam com o dinheiro existe outros fatores muito relevantes que o faz permanecer no trabalho após o término do seu tempo e idade para a aposentadoria.

Sobre a pergunta se tem ou não plano de saúde suplementar, dos 18 (dezoito) entrevistados, 12 (doze) responderam que sim e apenas 6 (seis) responderam que não, não possuem plano de saúde suplementar.

De acordo com os relatos, no que tange a indagação sobre a realização de exames periódicos, 14 (quatorze) entrevistados responderam que sim e apenas 4 (quatro) responderam que não, não realizam exames periodicamente, no entanto pode-se observar no gráfico que na análise realizada sobre a realização de exames periódicos descobriu-se que há uma contradição de dados, pois, os prontuários dos pacientes mostraram que, somente 4 (quatro) do total de 18 (dezoito) sujeitos estão com os exames periódicos atualizados, enquanto, 14 (quatorze) desses sujeitos estão com seus exames periódicos desatualizados.

Tal contradição sugere duas explicações, os exames periódicos realizados pela DSST, eram solicitados através de um cronograma seguido por ordem alfabética e chamavam os servidores todos os anos; Os exames periódicos eram solicitados pelo médico do trabalho e realizados pelo laboratório do próprio HJBB. A partir de 2010, ocorreu uma mudança de espaço físico e de gerência, bem como de gestão do serviço de saúde do trabalhador que desde então, os exames periódicos passaram a ser realizados através de laboratórios externos visto que a partir daí foram utilizados recursos garantidos através do programa de saúde e qualidade de vida do servidor, gerenciado pela PROGEP/UFPA.

Contudo não se pode deixar de pontuar que parece que as servidoras negaram a não realização dos exames periódicos, o que pode sugerir um mecanismo de defesa contra a disciplinarização de saúde e uma tentativa de autonomia para que possa reivindicar um autocontrole do seu corpo, resistindo ao



controle exercido através da gestão do programa de saúde e qualidade de vida da UFFA. Para que se aprofunde tal discussão, um relato que foi pontual nesse contexto está apresentado a seguir:

Quando me chamam faço o periódico na saúde ocupacional, mas não é completo porque eu nunca vou ao ginecologista, nunca fiz o preventivo, ou melhor, eu fiz, mas, nunca fui pegar os resultados nunca fechei os exames certinhos como a médica passa pra saber o que deu o que não deu, acho que estou bem e não vou lá. Como te disse sou relaxada comigo. [...] Estou bem mesmo sem fazer o periódico ou passando por avaliação constante de médico, meu serviço é maneiro que dá para se adequar a essa nova função que hoje eu tô agindo. (CAMÉLIA, 2013).

Parece não ser aqui a sujeição ao controle do corpo dos trabalhadores por parte da instituição o que garante a saúde dos trabalhadores. Este precisa se apropriar de sua história, entender que é protagonista dessa e que, portanto responsável pelo seu processo de saúde-adoecimento. No entanto Lefevre e Lefevre (2009) problematizam essa questão com o seguinte argumento: a Doença e a saúde são objetos tecnocientíficos, operados, logicamente, por técnicos e cientistas, mas contraditoriamente, são atributos do sujeito que os guarda, a saúde e a doença pertencem ao sujeito e não somente representa um objeto de estudo. E deve dizer respeito à mente e ao corpo como coisa técnica, mas sobre tudo como coisa cotidiana para que não possa reduzir a vida do ser humano ao campo científico tecnológico, o que resultaria em algo político, ético e filosoficamente inadmissível.

Em outras palavras o sujeito é dono da sua história e, nesse caso específico, é ele quem deve decidir se realiza ou não exames periódicos. A liberdade dentro do trabalho pode abrir caminho para que o sujeito possa encontrar uma forma de atuar com qualidade de vida sem imposições externas. Vale ressaltar que a pesquisa no prontuário de Camélia mostrou que ela possui um bom estado de saúde e que pouco se afasta do trabalho por adoecimento, mesmo não realizando exames periódicos.

Contudo, por outro lado pode-se levantar ainda outra hipótese em relação à resistência na realização do exame periódico. Geralmente o profissional de saúde, de uma maneira geral, acumula cargos e empregos. Essa realidade faz com que o tempo que ele dedica ao trabalho seja bem maior ao tempo que deveria dedicar ao auto-cuidado por exemplo. Então, quando os exames eram realizados no próprio hospital, a procura pela realização desses eram maiores, no entanto quando mudou para laboratório externo ao hospital a procura diminuiu consideravelmente como

observado na análise realizada nesse estudo. Isso faz parecer que o tempo para o trabalho é sempre curto e impede que a servidora reconheça sua necessidade de auto-cuidado.

Em resposta a pergunta sobre o envolvimento em acidente de trabalho, das 18 (dezoito) entrevistadas, 8 (oito) responderam que sim e 10 (dez) responderam que não, não sofreram acidente de trabalho. A pesquisa empírica mostra que, de acordo com o mapa de risco apresentado anteriormente nesse estudo, o acidente com material perfuro cortante é o mais comum entre os acidentes de trabalho envolvendo técnico e auxiliar de Enfermagem, o que se reafirma com a consideração de Simão Et al ( 2010) quando defende que, os acidentes de trabalho constituem um relevante problema de saúde pública no mundo todo. A maior frequência de acidente de trabalho entre os profissionais da saúde é em decorrência da manipulação de materiais perfuro cortante, sendo a picada de agulhas, escalpes e jelhos, as maiores responsáveis pela transmissão de doenças infecciosas entre esses profissionais. O autor considera que, é necessário que haja um maior investimento na atenção à prevenção de tais acidentes, bem como o acompanhamento dos trabalhadores vítimas desse acidente. A seguir mostra-se um relato que exemplifica um envolvimento em acidente perfuro cortante no trabalho:

Me acidentei, foi com uma criança picada de cobra, que passou muito tempo aqui, eu fui fazer a medicação e me furei com a escalpe. Mas eu fui fiz todos os exames, não quis fazer exame de HIV porque não queria nem saber naquela época, agora até eu faria, mas naquela época eu tinha medo. Porque a gente que não tem um parceiro assim, vamos dizer que já teve dois, três maridos a gente nunca sabe as pessoas que a gente convive se tem outros relacionamentos fora ou se não, então eu tinha medo. Porque quando a moça disse que eu tinha que fazer, eu disse não que não iria fazer, não é preciso, primeiro que era picada de cobra era do interior do interior do interior, mas mesmo assim até do interior tem AIDS. (ALFAZEMA, 2013).

Alfazema refere que se valeu do seu direito de decisão enquanto sujeito de sua história de vida para não realizar exame de HIV em decorrência do acidente que sofreu durante o trabalho. Tal recusa pode ter sido desencadeada pelo medo de estar contaminada por doenças infecto parasitárias, mas especificamente pelo vírus do HIV, pois tal servidora considera a contaminação por via sexual e teve receio de fazer o teste por entender ter se envolvido em várias relações, sexuais sem preservativo, durante sua vida.

A última questão analisada diz respeito às doenças do trabalho, na qual dos 18 (dezoito) sujeitos entrevistados quatro responderam que possuíam doenças inerentes ao trabalho e um total de quatorze, responderam que não, não possuem doenças inerentes ao trabalho. Para esta análise utilizou-se os estudos realizados nos prontuários dos sujeitos e mostrados anteriormente, o qual aponta que, as maiores doenças que afetam as pessoas afastadas do seu trabalho, no HUIBB, foram por dores lombares e articulares em geral (14,41%), infecção respiratória (12,71%), cirurgia ginecológica (8,47%) e hipertensão arterial (7,63%).

Passando as análises dos relatos percebe-se que o estudo realizado nos prontuários condiz com as queixas de adoecimento das entrevistadas como por exemplo no discurso abaixo:

Sim. Problema de coluna, eu acho que daqui algum tempo antes mesmo de me aposentar vou ter que me afastar da Enfermagem. pra mim eu acho que vou ter que me acostumar com a ideia até porque como o médico me falou que eu vou ter que me afastar porque eu vou ter sérias consequências porque as dores vão ser constante e nem o remédio vai te aliviar, ele achou melhor começar logo e pedir afastamento ai eu tô pensando que antes mesmo da aposentadoria eu vou ter que me afastar.(FLOR, 2013).

Gardênia em seu discurso a seguir fala de seu adoecimento em decorrência do trabalho:

Minha saúde hoje está um pouco abalada, até por conta da idade. Não estou mais jovem, então aparecem dores reumáticas, e eu atribuo isso as atividades que eu faço, por exemplo: aqui eu pego muita água, toda hora, para lavar materiais. Tenho muitas dores nas articulações, nas falanges e nos punhos. Isso tudo me afeta o meu trabalho, mesmo que uso EPI's. Em casa, por exemplo, eu uso menos água e quase não sinto dor. (GARDÊNIA, 2013).

Percebe-se que, como já foi pontuado anteriormente, o trabalho da Enfermagem é permeado por condições insalubres que expõe o trabalhador a riscos iminentes de adoecimento. Questão essa já elaborada quando da discussão e análise dos prontuários.

Os sujeitos que referiram possuir doenças relacionadas ao trabalho mostraram ter ciência de que outros fatores externos influenciam em sua saúde como pode ser observado nos relatos a seguir:

Não! Pressão alta eu tenho, mas isso aí é praticamente da idade, acho que a prática alimentar influencia também assim como familiar, hereditariedade, porque a maioria na minha família é hipertenso.. Então...(AÇUCENA, 2013).

Flor a seguir reitera a questão de agentes externos que facilitam o processo de adoecimento:

Nunca me acidentei a ponto de me afastar do hospital. Mas adoecer sim já adoeci, inclusive estou gripadona, virose doença do tempo doença da moda. , fora isso é uma gripe é a coluna que é a doença de quase todo funcionário, mas nunca cheguei a ficar dois, três meses fora do hospital. (FLOR, 2013).

Mas o que Gardênia tem para contribuir com essa análise:

Não vou relacionar a doença - da pressão arterial – apenas ao trabalho. Nós temos, também, nossa vida afetiva em casa. Temos outros problemas que acarretam. Não vejo que o trabalho deixe-me totalmente estressada. (GARDENIA, 2013).

Seria interessante um estudo mais aprofundado sobre o adoecimento no trabalho da Enfermagem do HJBB, visto que o caminho dessa pesquisa se prevaleceu no prazer no trabalho, mas relatos como o de Gardênia sugere uma investigação mais detalhada, quem sabe em futuras pesquisas?

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a construção desta pesquisa foi possível constatar que o trabalho é supervalorizado pela sociedade, podendo prejudicar no processo de aposentadoria, pois, a perda do trabalho, pode contribuir para que surjam sentimentos de inutilidade, além de afetar a identidade, a autoestima e o sentido de vida da pessoa. O trabalho representa um dos aspectos mais importantes da identidade individual, uma vez que propicia o reconhecimento social. Sendo o papel profissional, conferidor de identidade e do senso de utilidade, posto que o indivíduo define a si próprio de acordo com os papéis que assume.

A aposentadoria interfere no âmbito social do indivíduo ao modificar a sua participação em alguns contextos sociais, assim como a possível perda da identidade, motivação e algumas vezes a pessoa chega ao adoecimento. As interrupções do trabalho, atividade desempenhada durante vários anos e a perda dos vínculos sociais podem trazer danos à qualidade de vida dos idosos. A dificuldade financeira que muitas pessoas aposentadas enfrentam, aliada ao preconceito daqueles que não acreditam na capacidade produtiva e adaptativa da terceira idade e o fato de que o aposentado geralmente não possui a qualificação necessária para reinserir-se no mercado de trabalho, faz com que seja de grande importância a preparação para a aposentadoria, pois esta pode possibilitar o condicionamento psicológico do futuro aposentado, além de amenizar a passagem, muitas vezes traumática, da atividade para a inatividade, causando sofrimento psíquico para o aposentado.

A maioria do material bibliográfico utilizado para realizar esta pesquisa, apontava um caminho de intenso sofrimento no trabalho, geralmente as categorias eleitas como principais, eram de sofrimento no trabalho. Mas essa pesquisa com a Enfermagem do HUJBB sinalizou outros caminhos que apontam o prazer pelo cuidar como principal categoria de análise.

O predomínio do prazer sobre o sofrimento no trabalho conduz a uma interpretação de que a dinâmica do trabalho nesse HU se representa como espaço de liberação de energia, tensões e de expressões que resultam em um equilíbrio nas relações intra e interpessoal do sujeito com o seu trabalho. O que pode ser percebidas no entendimento dos mecanismos de defesa individual e das estratégias

de defesa coletivas utilizadas pelos sujeitos e mostrados nas análises de dados. Por outro lado, é unânime, nos relatos das entrevistas utilizadas nessa pesquisa, o bem estar e o prazer no trabalho, além de mencionarem, também, habilidades sociais e pessoais em lidarem com o poder, a disciplina e a hierarquia que circulam as relações na dinâmica do trabalho no HUIBB.

As técnicas/auxiliares de Enfermagem do HUIBB possuem alta habilidade para transformar o seu trabalho em prazer, isso foi percebido em vários relatos e na negação da aposentadoria. Ao começar esta pesquisa esperava-se ouvir reclamações, mazelas, sofrimento, indignação, insatisfação. No entanto no lugar disso percebeu-se o amor, o “amor pelo ato de cuidar”, o quanto se emocionavam ao falar do seu trabalho, muitas inclusive demonstravam que sustentaram todo sofrimento causado pelo trabalho, mas eram incapazes de suportar a finitude deste, falando de uma possibilidade real de adoecimento longe do trabalho.

Pensando nessa realidade, é mister sugerir à universidade e aos gestores do recursos humanos do HUIBB que crie um programa de preparação para a aposentadoria específico para as servidoras desse HU ou que se estenda o programa de preparação para aposentadoria já existente na UFPA, exclusivamente para o hospital, pois o estudo da subjetividade e intersubjetividade desenvolvido nessa pesquisa apontou a singularidade das relações intra e intersubjetiva que o trabalhador da saúde em especial os técnicos/auxiliares de Enfermagem, estabelecem com o seu trabalho e com os seus pares. Talvez essa seja a forma de fazer com que as trabalhadoras da Enfermagem possam se preparar para a aposentadoria ou mesmo até para compreender o seu papel no processo de saúde/doença durante sua vida laboral e como isso reflete no processo de aposentadoria.

Outra sugestão deixada aqui é que os técnicos da DSST recebam treinamento e sejam qualificados para desenvolver projetos, ações e treinamentos voltados para os trabalhadores do hospital, em especial os da Enfermagem, ações essas que contribuam para a saúde e a qualidade de vida no trabalho e para que o trabalhador possa permanecer em atividade laboral até onde desejarem ou que consigam perceber que não sustentam mais o fardo e aposentarem-se, mas possam trabalhar um processo de desapego do seu objeto de trabalho, sustentando o sofrimento advindo da finitude deste.

Portanto conclui-se que apesar do dinheiro contribuir para a permanência das pessoas no trabalho após a aposentadoria, não é o que determina essa permanência. Porém abre-se espaço aqui para futuras pesquisas em relação a esse contexto.

## REFERÊNCIAS

- ANGELIN, R. A “caça às bruxas”: uma interpretação feminista. **Revista Espaço Acadêmico**, São Paulo, v. 53, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/053/53angelin.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.742, 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Lei Orgânica de Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 dez. 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.html). Acesso em: 22 de junho de 2011.
- \_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei nº 10.741, 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 03 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.html). Acesso em: 25 de março de 2011.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BIANCHESSI, Desireé Luzardo Cardozo. **Trabalho, Saúde e Subjetividade na Diversidade de um Hospital Geral, Público e Universitário**. 133 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- BRUNS, M. A.T; ABREU, A. S. O envelhecimento: encantos e desencantos da aposentadoria. **Revista ABOP**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 5-33, 1997. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141488891997000100002&script=sci\\_artt\\_ext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141488891997000100002&script=sci_artt_ext). Acesso em: 13 de jan. 2012.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.
- CANZONIERI, A. M. **Metodologia da Pesquisa Quantitativa na Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Social: evolução e desafios**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003
- COSTA, Aline Bogoni. **Projetos de futuro na aposentadoria**. 110 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- COUTO, M. C. P. P. Terapia familiar sistêmica e idosos: contribuições e desafios. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 135-152, 2008. Disponível em: <



<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2010.

DEJOURS, C.; DESSORS, D; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 33, n. 3, maio/jun., p. 98-104, 1993. Disponível em: [http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590\\_S0034-75901993000300009.pdf](http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901993000300009.pdf). Acesso em: 10 out. 2010.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI, E. Itinéraire Théorique en Psychopathologie du Travail. Paris: **Revue Prevenir**, 20, 1º semestre, 1990.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C.; BETIOL, M (Coord.). **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. 1 v.

\_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, vol. 14, n 3, p. 27-34, set./dez., 2004. Disponível em: <<http://www.prod.org.br/files/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, Ana Magnólia B.; LIMA, Suzane C.C.; FACAS, Emílio P. (Org.) **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. Brasília, DF: Paralelo 15, 2007.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELIAS, M. A; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692006000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692006000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 out. 2010.

FASUBRA. **Cartilha do Aposentado**. Brasília: DF. 2011. Disponível em <<http://www.fasubra.org.br>>. Acesso em: 06 out. 2012.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia B. Trabalho: Prazer ou Sofrimento?, **Gazeta Mercantil**, São Paulo ano 4, n. 813, março 2001. Caderno Opinião.

FERREIRA, Camila Lopes; PILATTI, Luis Alberto. Entrevista realizada com Ana Magnólia Bezerra Mendes. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. Paraná, v. 4, n. 2, p. 50-56, jul./dez., 2012. Disponível em: <<http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/1387>>. Acesso: 06 out. 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos de Collège de France**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

FRANÇA, Lucia. **Desafios da aposentadoria**. São Paulo, 2006. Disponível em: <[www.hsm.com.br](http://www.hsm.com.br)>. Acesso em: 15 out. 2010.

\_\_\_\_\_. **Transição trabalho-aposentadoria: tendências transição de carreira**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.hsm.com.br/artigos/transicao-trabalho-aposentadoria-tendencias>>. Acesso em: 15 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: VERAS, Renato Peixoto. (Org.). **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UnATI, 1999.

FREUD, S. **Gradiva de Jensen e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1906-1908, v. 21).

FREUD, S. **O futuro de uma ilusão: o mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1927-1931, v. 21).

\_\_\_\_\_. **Além do princípio do prazer: psicologia de grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 18 v.

KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

LAFEVRE, F.; LEFEVRE, A. C. **O corpo e seus senhores homem, mercado e ciência: sujeito em disputa pela posse do corpo e mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Revista Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>. Acesso em: 15 out. 2010.

MARTINS. J.T; ROBAZZI, M L. C. C; BOBROFF. M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de Enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1107-1111, mar., 2010. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3586/art> . Acesso em: 10 maio 2013.

OBAZZI\_Prazer\_e\_sufrimento\_no\_trabalho\_da\_equipe\_2010.pdf?sequence=1. Acesso em: 06 out. 2010.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. Et. al. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, jul./ago., p. 571-577, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692002000400015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692002000400015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 out. 2010.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Mendes, A. M.; Morrone, C. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. et al. **Psicodinâmica do Trabalho**: Temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá. 2010.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e Saúde**: Sujeito entre emancipação e servidão, Curitiba Juruá, 2011.

MENDES, A. M.; FACAS, E. P. Subjetividade e Trabalho com Automação. In: MORAES R. D. ; VASCONCELOS, A. C. L. (Org.). **Subjetividade e trabalho com automação**: estudo no pólo industrial de Manaus. Manaus: Edua, 2011.

MILLER, J. A. **Lacan elucidado**: palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de et. al. Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 711-716, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/10.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.

NOGUEIRA, Laura Soares Martins. **O Sofrimento negado, saúde-doença, prazer e sofrimento dos trabalhadores do alumínio do Pará – Brasil**. 318 f. 2011. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém Pará, 2011.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar**: um estudo de caso realizado em hospital público do Pará. 153 f. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel de. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES**. 143 f. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PITTA, Ana. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

QUEIROS, Danielle Teixeira. et. al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun., 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2010.

REIS, R. S. **Segurança do Trabalho**: norma regulamentadora. 9. ed. São Paulo: YENDIS, 2012.

ROMANI, Débora Puquevicz Romanini; XAVIER, Antonio Augusto de Paula; KOVALESKI, João Luiz. Aposentadoria: período de transformações e preparação. **Revista Gestão Industrial**, Paraná, v. 1, n. 3, p. 81-100, 2005. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/revistagi/article/view/157>. Acesso em: 06 out. 2010.

SANTOS, Maria de Fátima. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990.

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SIMÃO, Suzana de Almeida Fráguas. et al. Acidentes de trabalho com material perfuro cortante envolvendo profissionais de Enfermagem de unidade de emergência hospitalar. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 400-404, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a11.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.

TIMBY, Barbara k. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem**. Porto alegre: Artmed, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA. Pró-reitora de Gestão de Pessoal. **Manual do Servidor**. Disponível em:< <http://www.progep.ufpa.br>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação humana e gestão**: a construção psicossocial das organizações de trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008

\_\_\_\_\_; SOARES, Dulce Helena Penna. **Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho**: construção de projetos para o pós-carreira. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_, José Carlos. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudo em psicologia**, Natal, v.7, (Numero Especial), p. 79-88, mar./abr., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de out. 2010.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 - Título: SUBJETIVIDADE, TRABALHO E SAÚDE DOS SERVIDORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: prazer e sofrimento na aposentadoria.

2 – Desenho do estudo e objetivo(s) este estudo está sendo realizado no âmbito das atividades obrigatórias do Curso de Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos/Universidade Federal do Pará (NAEA/UFPA), “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo central é analisar a relação que se estabelece entre Trabalhador e Trabalho no âmbito desse Hospital Universitário e o que representa a aposentadoria para o sujeito entrevistado.

3 – Procedimentos: os procedimentos a serem utilizados serão as técnicas de observação e entrevista semi-estruturadas. O ato de observar é um dos meios mais freqüentemente utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações. Observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade. É mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados. (QUEIROS, et al.,2007, p. 278). O principal instrumento, para coletar dados, que deverá ser utilizado nesta pesquisa, é a entrevista que, de acordo com Minayo (2004), esta se mostra como um instrumento privilegiado de coleta de informações nas ciências sociais, pois a fala configura-se como reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, transmitindo através de um porta voz as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

4- Gravação da entrevista: para segurança e garantia de fidedignidade das transcrições das declarações colidas durante a entrevista solicito sua autorização para realizar gravação (em MP3). Reafirmando que toda e qualquer declaração será mantida em absoluto sigilo.

5 – Local das entrevistas: as entrevistas serão realizadas nas dependências do hospital em sala apropriada que garanta o sigilo necessário. Tal local foi previamente reservado, no centro de estudo, pela pesquisadora, através de protocolo local.

6 – Estudos de Prontuários: será realizada uma análise dos prontuários dos participantes, através de prévia autorização por parte da diretora da Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador. Tal estudo servirá para embasar informações da situação e histórico do processo de saúde-doença do servidor/entrevistado.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Mestranda: Márcia Helena Maués de Abreu que pode ser encontrado na Divisão de Saúde e Segurança do Trabalhador- DSST – deste hospital Telefone(s) 91-3201-6715| 91-8228-8883 | 8860-0057. e-mail: mhelena@ufpa.br Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua dos Mundurucus, 4487 FONE: (91) 32016754 – E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho e de suas atividades exercidas neste hospital;

9 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos, não sendo divulgado a identificação de nenhum sujeito entrevistado.

10– Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11– Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa que é de inteira responsabilidade da pesquisadora.

12 – É garantido que tal pesquisa por se tratar de um estudo subjetivos, não oferece risco de danos biológicos ao entrevistado, caso haja mobilização de sofrimento psíquico o próprio pesquisador poderá prestar suporte emocional ao entrevistado ou deverá encaminhá-lo para outros serviços adequado ao caso.

13 - O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” SUBJETIVIDADE, TRABALHO E SAÚDE DOS SERVIDORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: prazer e sofrimento na aposentadoria ”  
Eu discuti com a Mestranda: Márcia helena Maués de Abreu, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na função de trabalho exercida neste hospital.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do sujeito / representante responsável**

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do sujeito que colheu o TCLE**

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) servidor(a) para a participação neste estudo.

---

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Márcia Helena Maués de Abreu  
End: Estrada do Tapanã Resid. Itapuã Qdr A casa 32  
Fone: 8228-8883 \ 8860-0057  
Reg. Conselho: CRP|10: 02595

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## APENDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Entrevistado: _____			
Sexo: _____		Idade: _____	
Escolaridade: _____			
Estado	Civil: _____,	Numero	de
filhos: _____		Cargo: _____,	
Função: _____			
Turno: _____			
Tempo de serviço na Instituição: _____,		Tempo total de Serviço: _____	
Atuação em outra instituição: _____			
Etnia: _____		Religião: _____	

- 1) O trabalho tem um significado muito importante na vida das pessoas e existe várias concepções científicas ou não, que caracterizam e dão importante significado ao trabalho. Levando em consideração tal representação, responda o que significa, para você, trabalhar todos esses anos neste HU?
- 2) O trabalho no hospital, em especial na Enfermagem, é permeado por regras e normas como, cumprimento de escalas e horários, passagem de plantão, cumprimento da ética e hierarquias entre outros. Pensando nisso, como você avalia sua relação com as normas e regras estabelecidas na instituição? Fale citando um exemplo em sua vivencia no hospital.
- 3) Pensando nas pessoas que você conviveu ou convive todos esses anos, como você avalia sua relação com os outros profissionais na instituição? Você pode citar exemplo.
- 4) Você já adoeceu ou se acidentou em decorrência das atividades laborais? Caso afirmativo, conte como foi a experiência para você.

- 5) Você possui doenças que pode considerar inerente ao trabalho? Quais? E de que forma você lida com essa realidade?
- 6) Você tem plano de saúde suplementar? Caso negativo, onde você trata da sua saúde?
- 7) Você faz exames periódicos?
- 8) Como trabalhador (a) da saúde, você tem conhecimento, empírico ou científico, de vários processos de adoecimento certo? Tomando tal conhecimento, como você considera sua atual situação de saúde?
- 9) Você já pensou em se aposentar?
- 10) Levando em consideração toda sua vivência, o seu estado atual de saúde e o seu tempo de serviço neste hospital, o que significa aposentadoria para você?
- 11) Você recebe abono de permanência? Há quanto tempo?
- 12) Pesquisas recentes mostram que o número de aposentados representa uma boa parcela dos consumidores, muitos provedores dos seus lares, levando em conta tal afirmação responda. Que importância você dá a redução da renda na aposentadoria?
- 13) Levando em consideração as atividades que você exerce, as regras e normas de seu trabalho, bem como as pessoas com as quais você trabalha e seu tempo de serviço responda. Você sente prazer em sua atividade laboral e o que você sente quando pensa em aposentar-se?
- 14) Você sofre com alguma atividade ou regra decorrente do exercício do trabalho?
- 15) Em algum momento você já desejou se aposentar? Caso afirmativo, o que lhe leva a permanecer no trabalho?
- 16) Você tem algum amigo (a) aposentado? Se sim, como você percebe esta experiência para ele? Que tipo de mudanças ocorreu na vida desta pessoa?

- 17)** Existe algum sentimento que você considera negativo em relação a instituição ou as pessoas com as quais você trabalha?
- 18)** Existe sentimentos que você considera positivo em relação à instituição e as pessoas com as quais você trabalha?
- 19)** Se você puder escolher, até quando você deseja trabalhar?
- 20)** Que planos você tem para sua vida nos próximos 5 anos?
- 21)** Há algum outro ponto que você gostaria de falar e que não foi abordado nessa entrevista?