

Rios, Izabel Cristina

Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde
Saúde e Sociedade, vol. 17, núm. 4, octubre-diciembre, 2008, pp. 151-160

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263707015>

Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde

Humanization and Work Environment in Health Professionals' View

Izabel Cristina Rios

Doutoranda do curso de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médica pesquisadora do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica "Prof. Eduardo Marcondes" (CEDEM-FMUSP).

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 455, sala 2349, Cerqueira César, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil.

Email: izarios@usp.br

Resumo

É conhecido o fato de que os profissionais da área da saúde estão particularmente sujeitos ao estresse ocupacional devido à natureza do trabalho nessa área e às suas condições nas instituições. Preocupada com esse fato, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe ações transformadoras das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho que começam pela compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores. Com o objetivo de entender essa visão do trabalho no CRT-DST/Aids, em 2005, realizamos junto aos profissionais uma pesquisa de fatores psicosociais do trabalho (aspectos referentes à organização do trabalho e relações interpessoais). Os resultados mostraram que os trabalhadores do CRT-DST/AIDS têm alto nível de consciência e motivação. Entretanto, mostraram-se insatisfeitos quanto à participação e autonomia no processo de trabalho. Em 2007, com a criação de um setor voltado para o Desenvolvimento Profissional e Institucional, colocou-se a tarefa de aprofundar as questões levantadas nessa pesquisa e propor respostas que auxiliem a consolidação da PNH na vida institucional do CRT-DST/AIDS.

Palavras-chave: Humanização; Fatores psicosociais do trabalho; Clima institucional; Gestão de pessoas; Organização do trabalho; Estresse ocupacional.

Abstract

Abstract

Health professionals are particularly susceptible to occupational stress due to the nature of the work in this field and their conditions in the institutions. The National Politics of Humanization (PNH), concerned with this situation, considers transforming actions in health practices and in the management of the work processes that start by understanding the work environment according to the workers' perspective. To understand this work view at CRT-DST/IDS, we conducted, in 2005, a survey of psychosocial factors of work (aspects regarding work organization and interpersonal relations). The results showed that workers at CRT-DST/AIDS have a high level of awareness and motivation. However, they were dissatisfied with participation and autonomy in the work process. In 2007, with the creation of a sector directed to Professional and Institutional Development, the task of studying further the issues raised by the survey was set with the purpose of proposing answers to help consolidate PNH in the institutional life of CRT-DST/AIDS.

Keywords: Humanization; Psychosocial Factors of Work; Institutional Environment; Managing People; Work Organization; Occupational Stress.

Introdução

Dizia Freud que tem saúde mental quem é capaz para o amor e o trabalho (Freud, 1980a, 1980b). Trabalhar é meio de prover sustento para o corpo e para a alma. No trabalho passamos a vida, desenvolvemos nossa identidade, experimentamos situações, construímos relações, realizamos nosso espírito criativo. E é também no trabalho que adoecemos.

A relação saúde e trabalho é objeto de estudo há vários anos, por vários autores (Cassel, 1974; Dejours, 1987; Rego, 1987; Kristensen, 1995; Siegrist, 1996; Paraguai, 2003; Martinez e col., 2004). Na era moderna, a organização científica do trabalho (Dejours, 1987; Rego, 1987; Lacaz e Sato, 2006) - por meio dos seus instrumentos de controle, disciplina e fragmentação das tarefas - retirou do trabalhador a visão da totalidade do processo que, ao final, revela o fruto do seu trabalho. Nesse estado de alienação, perde-se o sentido sensível do trabalho que então se torna uma atividade penosa, cujo retorno financeiro nunca é suficiente, ainda mais ao se considerar que os salários dificilmente compensam o tempo de vida despendido. O que se ganha não paga o que se perde...

Na área da saúde, o trabalho é também quase uma missão. Não são poucas as exigências: trata-se de trabalho reflexivo, que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos e diversos atores - profissionais de formações diversas e usuários de todas as origens e culturas (Brasil, 2004; Ayres, 2005). Além disso, trabalha-se no campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte.

O trabalho na área da saúde tem um custo elevado para seus trabalhadores (Pitta, 1990; Volich, 1995). O ambiente insalubre, o regime de turnos, os plantões, os baixos salários, o contato muito próximo com os pacientes, mobilizando emoções e conflitos inconscientes tornam esses trabalhadores particularmente suscetíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento devido ao trabalho.

Entretanto, apesar da importância desses aspectos (muitos deles inerentes à profissão), é cada vez mais evidente que a organização do trabalho e o modelo de gestão (Lacaz e Sato, 2006; Araújo e col., 2003) concentram os principais fatores psicosociais relativos ao ambiente de trabalho presentes no adoecimento dos trabalhadores da saúde. Não à toa, em 2004, quando da implantação da Política Nacional de Humanização

(PNH), do Ministério da Saúde, elegeram-se os processos de trabalho e gestão como os principais alvos das ações humanizadoras com as quais se pretende mudar a cultura institucional da atenção à saúde para usuários e trabalhadores (Brasil, 2004; Hennington, 2008). Dos princípios norteadores da PNH, destacam-se três que sustentam as necessárias mudanças na organização do trabalho e gestão na saúde (Brasil, 2004, p.17):

- fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade;
- compromisso com a democratização das relações de trabalho;
- valorização dos profissionais da rede, estimulando processos de educação permanente.

No sentido contrário à realidade atual da maioria dos serviços de saúde (Hennington, 2008) em que os trabalhadores pouco participam da gestão dos serviços, a PNH propõe como diretrizes essenciais para a humanização das práticas de saúde a gestão participativa, a educação permanente e o redimensionamento do trabalho para a produção de subjetividades. Não se trata mais de pintar paredes e fazer brinquedotecas, ou recuperar a teoria do vínculo. Ainda que tudo isso seja muito importante para a melhoria do espaço e das relações humanas, não haverá humanização se não houver profundas mudanças na forma do fazer institucional referentes à gestão e à organização do trabalho, resgatando o protagonismo, a dignidade, o respeito e a sensibilidade dos trabalhadores, que se deseja ver aplicados no cuidado aos pacientes (Backes e col., 2006).

Nesse contexto, em 2004, o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT DST/AIDS) aproximou-se da PNH e desde então pretende desenvolver ações estratégicas no sentido de tentar incorporá-la aos seus diversos espaços institucionais. Uma dessas ações foi a realização da Pesquisa de Fatores Psicossociais do Trabalho (FPST), que discutiremos neste artigo.

Os FPST são dimensões referentes à gestão, organização e relações interpessoais no trabalho (Karasek, 1979; Kristensen, 1995; Paraguay, 2003; Martinez e col., 2004), que no ambiente físico e relacional podem produzir a satisfação e o sentimento de realização ou, no seu revés, o sofrimento e o adoecimento do trabalhador. Na sua essência, estuda-se como os trabalhadores sentem o dia-a-dia da instituição, privilegiando o modo subje-

tivo da experiência do trabalho na vida das pessoas em determinado contexto. A valorização desse campo de subjetividade (Backes e col., 2006) vem justamente ao encontro da humanização, conforme mencionamos anteriormente. Segundo os autores citados, os fatores psicossociais relacionados à saúde e satisfação no trabalho, ou o seu contrário, versam sobre: estabilidade no emprego, salários e benefícios, relações sociais no trabalho, supervisão e chefia, ambiente físico de trabalho, reconhecimento e valorização, oportunidades de desenvolvimento profissional, conteúdo, variedade e desafio no trabalho, qualificação, autonomia, subutilização de habilidades e competências, carga de trabalho (física, cognitiva ou emocional).

Nas organizações, modelos semelhantes são usados para pesquisar o chamado clima organizacional (Schein, 1992), no qual se reconhece os sentimentos e crenças que movem os trabalhadores na realização de suas tarefas, e indo mais longe, se obtém importantes informações sobre o modo como as organizações funcionam. As pesquisas de clima organizacional revelam a cultura institucional (Falcão e Siqueira, 2003) e são importantes ferramentas para o diagnóstico de situação de trabalho e o acompanhamento de mudanças (Bernardes, 1988).

Há vários anos e em vários países, os FPST são estudados em diversos setores produtivos no âmbito das relações saúde e trabalho. Nossa interesse em estudar esses fatores no CRT DST/AIDS vem da fonte da humanização e seu poder de fazer brotar as ideias que buscam o bem coletivo.

Objetivos

Estudar alguns fatores psicossociais do trabalho importantes para a compreensão do modo como os funcionários do CRT-DST/AIDS percebem a instituição, a organização do trabalho, as relações interpessoais e a gestão de pessoas.

Metodologia

A proposta desta pesquisa foi apresentada, discutida e inserida no Planejamento Estratégico do CRT-DST/AIDS em 2004. O CRT-DST/AIDS é o equipamento de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que coordena o Programa Estadual de DST/AIDS e pres-

ta atendimento especializado no âmbito das doenças sexualmente transmissíveis e Aids. O serviço conta com setores de assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância epidemiológica, prevenção, pesquisa, planejamento, recursos humanos, administração e apoio logístico. Nele trabalham médicos de diversas especialidades (principalmente infectologistas), psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, educadores em saúde pública e o quadro administrativo da SES-SP, somando 743 funcionários públicos do Estado, dos quais 280 em cargos administrativos e 463 em cargos técnicos da saúde. Destes, 144 compunham o corpo de enfermagem (55 enfermeiros com nível superior e 89 auxiliares com nível médio).

Trata-se de um serviço público estadual de atenção à saúde pertencente ao SUS e, como tal, deve seguir as políticas públicas, entre elas a PNH e seus enredos.

No começo de 2005, desenhamos a pesquisa e contratamos uma pesquisadora autônoma para realizar a coleta dos dados. Consideramos a presença de uma pesquisadora não pertencente à instituição importante para que os funcionários ficassem à vontade para participar, sem medo de serem descobertos ou delatados para as chefias. Em setembro de 2005, realizou-se a coleta de dados, durante os três meses seguintes, a análise e ao longo do ano de 2006, apresentamos as informações obtidas para todo o corpo diretivo da instituição, para o sindicato dos trabalhadores e para cada macro-setor do CRT-DST/AIDS.

Algumas semanas antes da coleta de dados, fomos aos setores e orientamos os gestores locais sobre os objetivos da pesquisa, métodos e procedimentos da coleta, solicitando-lhes que transmitissem essas informações aos funcionários. Talvez o primeiro diagnóstico já se apresentasse nesse momento: a maioria dos gestores locais não cumpriu a tarefa de comunicar aos funcionários o que seria feito.

Em compensação, o Comitê de Humanização local encarregou-se de conversar com os trabalhadores nas oficinas de humanização realizadas naquele período preparando-os para a pesquisa.

Durante três dias, os funcionários foram orientados por uma equipe de pesquisa para se dirigirem a um local reservado e responderem ao questionário de forma anônima e autoaplicada. O instrumento utilizado foi originalmente concebido por Kristensen e colaboradores, no Instituto Nacional de Saúde Ocu-

pacional da Dinamarca (Kristensen, 1995), adaptado para o português.

O questionário consta de duas partes; da primeira, que investiga estresse e saúde ocupacional, constam questões de caracterização sociodemográficas, de saúde (incluindo hábitos e comportamentos) e de características pessoais e situações de vida. (Esses dados foram coletados e é tema de outro estudo relativo a diagnóstico de saúde e estresse.) Da segunda, constam questões sobre a vivência do processo laboral e do ambiente de trabalho.

As questões estão dispostas em 11 blocos que permitem o estudo das seguintes dimensões do trabalho:

1. Consciência: sentimento de que o seu trabalho faz parte de um conjunto maior, importante e útil para os usuários, conferindo-lhe importância pessoal.
2. Motivação: sentimento de interesse pelo trabalho.
3. Relações sociais: situações de isolamento ou de boa comunicação com colegas, qualidade do ambiente social, participação em grupos e sentimento de fazer parte de uma comunidade no trabalho.
4. Métodos e tecnologias: adequação de instrumentos, métodos, tecnologia e outras ferramentas aplicadas ao trabalho.
5. Envolvimento no Trabalho: envolvimento pessoal, iniciativa e empenho no trabalho.
6. Crescimento profissional: possibilidade de aprender coisas novas, uso de habilidades e conhecimentos e oportunidade de desenvolvimento profissional.
7. Apoio e trabalho em equipe: contar com ajuda e apoio de colegas, de superiores, ser ouvido sobre problemas de trabalho e poder conversar sobre questões do trabalho.
8. Papel dos superiores: demonstram apreço pela equipe, garantem oportunidades de carreira a todos, priorizam treinamentos e planos futuros, priorizam satisfação no trabalho, são hábeis no planejamento, na distribuição de tarefas, na administração de conflitos e comunicação com a equipe.
9. Comunicação: quão claras ou contraditórias são as informações, as demandas e os objetivos do trabalho, assim como o papel, a responsabilidade e o que se espera de cada funcionário.
10. Valorização ou reconhecimento: sentimento de que o trabalho é valorizado e reconhecido pelos usuários, colegas e superiores.

11. Satisfação: satisfação com as pessoas, o salário, as perspectivas de trabalho, o ambiente, o gerenciamento, o uso das habilidades, os desafios, a qualidade do atendimento ao usuário, o trabalho como um todo.

12. Organização do trabalho: percepção do tempo dado para a execução da tarefa como muito, pouco ou muito irregular, sensação de falta de tempo para terminar as tarefas ou não.

13. Participação no trabalho: participa das decisões sobre o próprio trabalho, sobre com quem trabalha, na definição de métodos, do ambiente, da qualidade do trabalho, recebe informações sobre mudanças, sente que é ouvido no trabalho.

14. Diversificação: o trabalho é variado ou exige fazer sempre as mesmas coisas.

15. Flexibilidade: pode decidir sobre o seu trabalho, quantidade, horários, pausas, férias e ausências breves.

16. Responsabilidade: o trabalho afeta o bem-estar de outras pessoas, os erros podem prejudicar pessoas ou causar perdas financeiras, exigindo tomadas de decisões de grande importância.

17. Exigência emocional: o trabalho exige lidar com problemas emocionalmente difíceis, ou tomar decisões difíceis.

18. Exigência cognitiva: o trabalho exige competências elevadas, ou demanda ideias novas e tomadas de decisões rápidas.

Os dados foram inseridos em um banco construído em EPI-Info, e as suas informações descritas em figuras e tabelas na forma de porcentagens, para o todo institucional e por setores. A seguir, descreveremos alguns resultados extraídos da totalidade da pesquisa que, em contexto geral, permitiram uma aproximação da realidade de trabalho no CRT no que se refere às dimensões descritas, a partir da opinião dos trabalhadores.

Resultados

No organograma do CRT-DST/AIDS, em 2005 havia a Diretoria Técnica (instância gestora superior), à qual estavam ligados seis macro-setores chamados “Gerências”: Administração, Assistência Integral à Saúde, Apoio Técnico, Recursos Humanos, Vigilância Epidemiológica e Prevenção. Às Gerências ligavam-se

25 micro-setores chamados “Núcleos”. Responderam ao questionário 609 dos 731 funcionários em atividade nesses setores (subtraídos os que estavam em férias e licença), além das Terceirizadas (Cozinha, Segurança e Limpeza), totalizando 83,3% do conjunto. No Quadro 1, apresentamos essa distribuição. Responderam aos questionários 97,8% dos trabalhadores da Gerência de Recursos Humanos, 83,4% da Diretoria Técnica, 82,5% da Gerência de Apoio, 80% da Gerência de Administração, 77,4% da Gerência de Prevenção, 75,8% da Gerência de Vigilância Epidemiológica, 70,2% da Gerência de Assistência, e 45,5% dos trabalhadores em empresas terceirizadas.

Quadro 1 - Número total e percentual de funcionários do CRT-DST/AIDS que responderam ao questionário da pesquisa de FPST, por setor, em 2005.

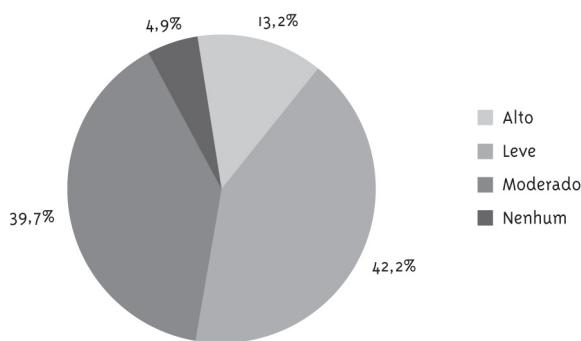
Setores	Total	Participantes	%
Diretoria técnica	24	20	83,4
Gerência prevenção	31	24	77,4
Gerência vig. epidemiológica	29	22	75,8
Gerência assistência	329	231	70,2
Gerência apoio técnico	137	113	82,5
Gerência recursos humanos	45	44	97,8
Gerência administração	148	105	80
Empresas terceirizadas	66	30	45,5
Total	809*	609	75,2

Férias e afastamentos = 78 funcionários.

Total em atividade: 809 - 78 = 731 (83,3%)

Na caracterização sociodemográfica, no CRT-DST/AIDS, em 2005, predominava profissionais do sexo feminino (69%), com idade entre 30 e 49 anos (66,4%), casados (53,7%), que se referem como de raça branca (56,8%), e com nível superior de escolaridade (52,0%). Grande parte dos funcionários (38%) não tinha filhos e habitava domicílios com três ou menos moradores (54,7%). O grupo dos profissionais em atividades operacionais constituía a maioria (59,6%), seguido dos chamados “técnicos” (27,4%), que no serviço público diz respeito aos profissionais de nível superior. A presença de manifestações de estresse nessa população apresentou distribuição conforme descrito na figura 1.

Figura 1 - Porcentagem de trabalhadores que referiram manifestações de estresse (alto, leve, moderado e nenhum) no CRT-DST/AIDS, em 2005.



Considerou-se manifestação de estresse “leve” quando o funcionário assinalava como “raramente”, “nunca” ou “às vezes” a ocorrência dos sinais e sintomas presentes no questionário. Quando referido “o tempo todo” ou “na maior parte do tempo”, considerou-se manifestação de estresse “grave”.

Os que apresentavam manifestações graves e moderadas totalizaram 248 pessoas (52,9%). As manifestações emocionais foram as mais freqüentes: 88,2% do total de funcionários referiram pelo menos um dos sintomas “o tempo todo” ou “na maior parte do tempo”. Esses números se assemelham aos encontrados na

literatura, no que se refere ao estresse e sofrimento psíquico dos profissionais da área da saúde (Pitta, 1990; Araújo e col., 2003) e reforçam a importância de conhecer melhor o ambiente de trabalho e promover mudanças culturais preconizadas pela humanização na saúde com o intuito de cuidar daqueles que têm a missão de cuidar.

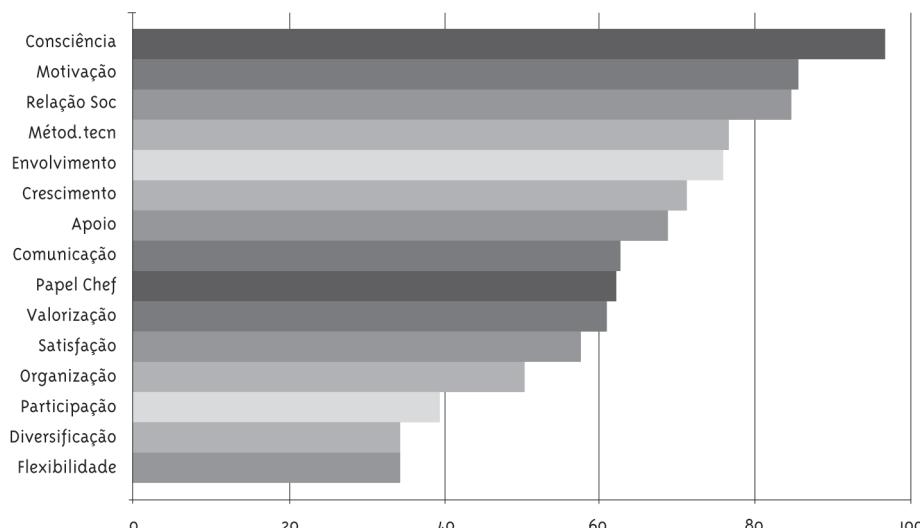
No estudo dos FPST, para o total de funcionários pesquisados, encontramos a situação que se apresenta na figura 2.

As dimensões avaliadas em “ótimo” e “bom” permitem dizer que o conjunto dos funcionários apresentava elevado nível de consciência sobre o trabalho que desenvolvia (96,7%). No seu conjunto, eram bastante motivados (85,4%) e estabeleciam boas relações (84,5%) com os demais colegas - situações detectadas com nível “ótimo” e “bom” entre mais de 80% dos funcionários.

A maioria considerava “bom” o seu crescimento profissional no trabalho (70,9%), os métodos e a tecnologia utilizada (76,6%) e o envolvimento pessoal no trabalho (75,9%). Estes últimos três aspectos tiveram respostas positivas por mais de 70% dos funcionários.

O nível de satisfação foi considerado “ótimo” e “bom” por 57,5% dos funcionários. Entre os que manifestaram insatisfação, os principais motivos foram: salário (44,3%), gestão local (18,8%), perspectivas profissionais (14,9%) e o não uso das habilidades profissionais (10,2%).

Figura 2 - Frequência de funcionários que consideravam “ótimo” ou “bom” o nível de cada uma das dimensões no CRT-DST/AIDS, em 2005.



Em relação ao apoio na equipe, 68,5% consideraram “ótimo” e “bom”. A comunicação interna foi avaliada com “ótima” e “boa” por 62,7%, o papel das chefias, por 62% e a valorização por parte de superiores, colegas e clientela, por 60,8%. Ainda que a maioria (entre 60% e 67%) avaliasse bem esses aspectos, é sinal de alerta o número de funcionários descontentes.

Os aspectos mais preocupantes, cujas porcentagens de “ótimo” e “bom” apontam impressões desfavoráveis por mais de 50% dos funcionários foram: organização (50,3%), participação (39,3%), diversificação (34,6%) e flexibilidade (34,4%). Entre as questões que compõem essas quatro dimensões, destacaram-se como maiores problemas: trabalho repetitivo (55,1%), não poder opinar sobre a quantidade do trabalho (49,1%), sobre como fazer (26,1%), sobre seus horários (44,8%), ter que trabalhar muito depressa (37,2%), não poder participar das decisões sobre o trabalho (37,9%) e não poder influir na qualidade do trabalho (43,1%).

Inerente à natureza e ao objeto de trabalho, a responsabilidade, as exigências cognitivas e as exigências emocionais são consideradas altas para aproximadamente 50%, 80% e 40% dos trabalhadores, respectivamente.

No estudo desses FPST por macrosetores (Diretoria Técnica e Gerências), observamos distribuições semelhantes ao conjunto descrito anteriormente. Mais uma vez os pontos críticos que se evidenciam são aqueles relativos à organização do trabalho, participação e flexibilidade. Destacamos essas três dimensões segundo macro-setores nas figuras 3, 4 e 5, por considerarmos informação de alta relevância na discussão da humanização.

Podemos observar que em relação à média do CRT para a dimensão da organização do trabalho (50,3%), ficam acima as Gerências de Administração (59,6%) e de Apoio (52,5%). As demais ficam abaixo: Assistência (49,5%), Diretoria Técnica (44,4%), Recursos Humanos (42,1%), Vigilância Epidemiológica (39,1%) e Prevenção (36,0%).

Para a dimensão da participação, os números são piores. Acima da média de 39,3% ficaram: Gerências de Vigilância Epidemiológica (48 %), Diretoria Técnica (47,4%), Recursos Humanos (44,7%), Assistência (43,3 %) e Prevenção (42,3%), sendo que as Gerências de Administração (36%) e de Apoio (28,5%) ficaram abaixo da média.

Figura 3 - Porcentagens de funcionários que consideravam “ótimo” ou “bom” o nível de organização do trabalho nas Gerências do CRT-DST/AIDS em 2005

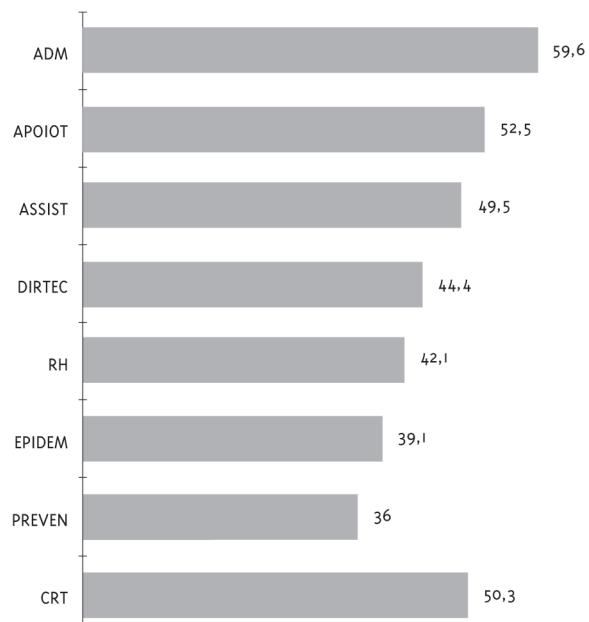


Figura 4 - Porcentagens de funcionários que consideravam “ótimo” ou “bom” o nível de participação no trabalho nas Gerências do CRT-DST/AIDS, em 2005.

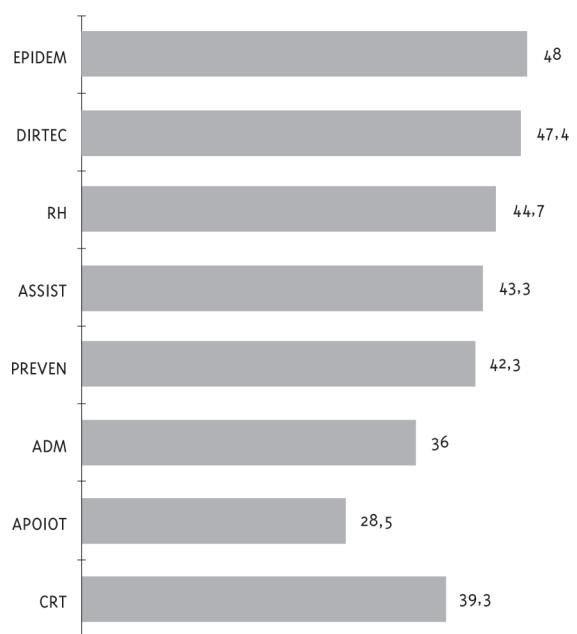
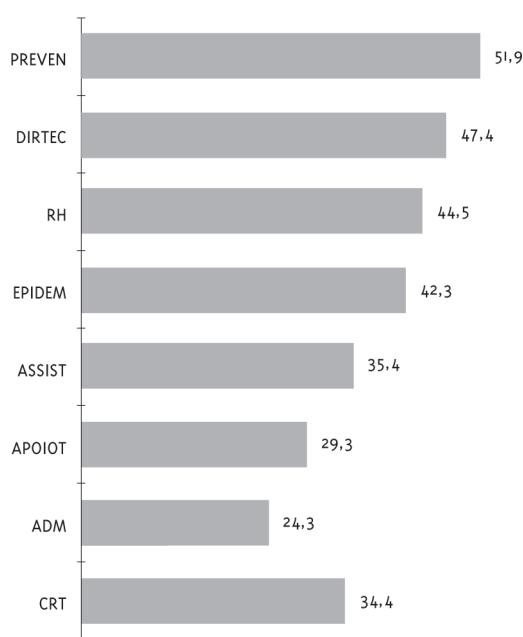


Figura 5 - Porcentagens de funcionários que consideravam “ótimo” ou “bom” o nível de flexibilidade nas Gerências do CRT-DST/AIDS, em 2005.



Para a dimensão da flexibilidade, ficaram acima da média de 34,4%: Gerências de Prevenção (51,9%), Diretoria Técnica (47,4%), Recursos Humanos (44,5%) e Vigilância Epidemiológica (42,3%). A Assistência ficou na média (35,4%) e as Gerências de Apoio (29,3%) e Administração (24,3%) ficaram abaixo da média.

Discussão

Dizem que a escolha por trabalhar na área da saúde está relacionada à presença de traços de desamparo, de medo da vulnerabilidade, do sofrimento, da doença ou da ausência de alguém amado na história de vida do profissional (Balint, 1988; Benoit, 1989; Rios, 1999). Os sentimentos e emoções que brotam dos casos clínicos recuperam marcas inconscientes e, ao lidar com elas por meio do trabalho, faz-se uma ação reparadora.

Tratar o outro é, antes de mais nada, poder entrar em contato com nosso próprio sofrimento e com as expectativas que ele evoca em nosso foro mais íntimo. Cuidando das feridas do outro, podemos também efetuar o trabalho permanente de reparação de nossas próprias feridas narcísicas (Volich, 1995, p. 41).

Os fatores subjetivos presentes na prática profissional muitas vezes respondem pela angústia que aflora no cotidiano do trabalho na saúde. Todo profissional dessa área precisa desde a sua formação acadêmica refletir sobre a existência humana, sobre si mesmo e conhecer suas limitações. Reflexões fundamentais para lidar com a frustração dos inevitáveis fracassos, a depressão e o sentimento de impotência quando a realidade se impõe. Ser bom profissional é também ser capaz de suportar esses sofrimentos inerentes à profissão e continuar desejando cuidar, num constante recomeçar. Diante da crueldade trágica da doença, o cuidador é aquele que tem capacidade de amparar e sabedoria de compreender que não lhe cabe o poder da vida, a todo o momento, dada e tirada.

O sentimento de grandiosidade dessa tarefa fez-se manifesto no nosso estudo, posto o altíssimo percentual de funcionários com consciência do seu trabalho e motivação, assim como o custo emocional, haja vista o altíssimo percentual de pessoas que referiram pelo menos uma das manifestações psíquicas de estresse presente “o tempo todo” no trabalho (88,2%). As frequências de manifestações de estresse encontradas no CRT-DST/AIDS, ainda que semelhantes às observadas em outros serviços de saúde (Pitta, 1990; Araújo e col., 2003), são altas e justificam o empenho pela melhora da vida dos profissionais no ambiente de trabalho.

Como discutido anteriormente, mesmo considerando os aspectos subjetivos da vida das pessoas, o ambiente de trabalho agrega os principais fatores de adoecimento do profissional de saúde no seu ofício.

Também nesta pesquisa realizada no CRT-DST/AIDS, encontramos situações descritas para a maioria dos serviços de saúde ((Hennington, 2008) como realidade difícil para a implementação da PNH: engessamento e pouca participação efetiva dos trabalhadores na gestão e na construção do processo de trabalho.

Pudemos observar vários fatores psicossociais do trabalho e compreender como os profissionais sentiam o ambiente, e os pontos críticos que precisavam de ações reparadoras ou mesmo de profundas transformações.

Ficou claro que a gestão precisava de aprimoramento, pois, mesmo considerando as variações setoriais, o sentimento de insatisfação em relação ao papel dos superiores, ao apoio, à clareza e ao reconhecimento embalava o lamento de 40% do conjunto.

Os pontos fortes encontrados (além dos já citados) - relações sociais, métodos/tecnologias adequados e envolvimento - confirmaram o apoio solidário entre colegas, a importância da qualidade, e o sentimento sobre o valor do trabalho.

Os pontos fracos - organização, participação e flexibilidade - precisaram ser encarados.

Retornando à PNH, sabemos que a sua consolidação no trabalho passa, necessariamente, pela prática de dois princípios norteadores (Brasil, 2004) a se destacar:

1. A construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos.
2. A responsabilidade conjunta desses sujeitos nas práticas de atenção e de gestão.

O trabalho será produtor de sentidos para a vida do profissional quando esse for protagonista do processo (Dejours, 1987; Hennington, 2008), com direito a participar das decisões sobre o que faz, como faz, quando e até mesmo onde faz. Isso se chama autonomia e caminha com o princípio da responsabilidade. Esses dois princípios podem se transformar em instrumentos de gestão bem mais eficientes que o controle e a burocratização.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde (Brasil, 2004, p. 8).

Fazer gestão participativa é o desafio.

No CRT-DST/AIDS, é a intenção. O gesto está em construção.

A formação dos gestores para a aquisição de competência para desenvolver a PNH e nela, a gestão participativa, é um dos caminhos a se percorrer. Nesse sentido, lembramos que, além da PNH, há também a Política de Educação Permanente, outra política pública do SUS, que traz os conceitos e metodologias necessários à qualificação da gestão e dos próprios profissionais (Brasil, 2005) para a humanização das práticas de saúde.

Outra via foi a construção de um espaço institucional voltado especificamente para o aprimoramento da instituição e seus trabalhadores. Em 2007, criou-se o Núcleo de Desenvolvimento, com a missão de:

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional por meio da Educação Permanente, da valorização dos profissionais, do aprimoramento das competências e talento das pessoas. Promover o desenvolvimento institucional mediante políticas e ações que fortaleçam a cultura da humanização, a gestão participativa e a organização dos processos de trabalho. (CRT-DST/AIDS, 2007, p. 3).

O Núcleo de Desenvolvimento constitui-se em um setor totalmente voltado para as questões da humanização no seu sentido mais amplo, ou seja, criar e potencializar espaços de discussão, devolvendo à palavra sua potência terapêutica, organizadora das relações entre as pessoas, inventiva e subjetivante. Envolver gestores e trabalhadores, sensibilizando-os para as transformações necessárias no ambiente de trabalho. Criar equipes interdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição.

Muito há que se fazer, mas como o caminho se faz ao caminhar, daqui a um tempo teremos outras histórias para contar...

Agradecimentos

A João Bosco Alves de Sousa e Maria Clara Gianna, gestores do CRT-DST/AIDS, e às grandes amigas que trabalharam na coleta e análise de dados, Mara Regina Anunciação e Maria Célia Medina.

Referências

- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicosociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Relato de pesquisa. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>>. Acesso em 22 out. 2008.

- BERNARDES, C. *Teoria geral das organizações: os fundamentos da administração integrada*. São Paulo: Atlas, 1988.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BENOIT, P. *Psicanálise e medicina*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde*, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2008.
- CASSEL, J. Psychosocial processes and “stress” theoretical formulation. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, United States , v. 1, n. 3, p. 471-482, 1974.
- CRT - DST/AIDS. Núcleo de Desenvolvimento. São Paulo, 2007.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Cortez: Oboré, 1987.
- FALCÃO, E. B. M.; SIQUEIRA, A. H. Pensar científicamente: representação de uma cultura, *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 91-108, 2003.
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. v. 12, p. 149-162.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. v. 14, p. 89-121.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n.3, p. 555-561, 2008.
- KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, United States, n. 24, p. 285-308, 1979.
- KRISTENSEN, T. S. The demand-control support model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, England, v. 11, n.17, p 26., 1995.
- LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 109-139.
- MARTINEZ, M. C. et al. Relação entre satisfação com aspectos psicosociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 38, p. 55-61, 2004.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- PARAGUAY, A. I. B. B. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. v. 1, p. 811-823.
- REGO, R. A. *Trabalho e Saúde: contribuição para uma abordagem abrangente*. 1987. Dissertação - FMUSP, São Paulo, 1987.
- RIOS, I. C. A relação médico-paciente em tempos de pasteurização da subjetividade. *Revista Ser Médico*, São Paulo, v. 8, p. 16-19, 1999.
- SHEIN, E. H. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey Bass, 1992.
- SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, Washington, v. 1, n. 1, p. 27-41, Jan. 1996.
- VOLICH, R. M. Entre uma angústia a outra... *Boletim de Novidades Pulsionais*, São Paulo, n. 80, p. 37-45, 1995.

Recebido em: 20/09/2007

Reapresentado em: 23/10/2008

Aprovado em: 31/10/2008