

ANÁLISE CRÍTICA DA HUMANIZAÇÃO DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra - UFRN
Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - UFRN
Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde - UFRN

Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo

Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde - UFRN
Departamento de Psicologia - UFRN

Eulália Maria Chaves Maia

Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - UFRN
Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde - UFRN
Departamento de Psicologia - UFRN

RESUMO

Este estudo analisou os níveis de saúde psíquica e stress de 126 profissionais de saúde atuantes em enfermarias, abrindo um debate sobre a humanização em 06 hospitais públicos no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Foi efetivado um estudo de delineamento transversal, de natureza quantitativa e qualitativa. Como instrumentos, foram utilizados: um questionário semi-aberto constando características sócio-demográficas, de trabalho e humanização; o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), e; o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Os trabalhadores são predominantemente mulheres (84,9%), casados (54,8%), com 46 a 55 anos (40,5%), cujo tempo de serviço na instituição está acima de 20 anos (22,2%). Contam com uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais (71,4%), além de apresentar múltiplos vínculos de trabalho (61,9%). Apesar da saúde psíquica global encontrar-se em um nível bom, foi constatado indivíduos em processo de agravamento tanto no stress psíquico (F1) apresentado pelo QSG (54,7%) quanto pelo stress demonstrado pelo ISSL (42,1%). Os enfermeiros (41,5%) estiveram entre os mais atingidos. Analisando os grupos de hospitais que apresentaram uma boa saúde geral (F6), 70% pertenciam a hospitais que ainda não foram premiados por suas práticas humanizadas. Percebe-se que o fato do hospital ser premiado, ou reconhecido não interfere no nível de stress e na saúde psíquica do profissional de saúde. Quanto aos discursos dos sujeitos foi possível constatar um baixo conhecimento sobre o tema da humanização. Poucos identificam ou sabem que o serviço ao qual assiste está em processo de adoção a uma Política Ministerial. Tais resultados apontaram para a necessidade de se investir em programas direcionados a saúde destes profissionais, visto que se torna muito difícil a estes sujeitos oferecerem um atendimento de qualidade quando não se dispõe de condições físicas, psicológicas e materiais para o desempenho de suas funções. Cabe o alerta para investimentos em ações que busquem um cuidado humanizado ao profissional de saúde principalmente quanto ao enfoque preventivo para sua saúde e qualidades de vida no trabalho.

Palavras-chaves: Política Pública, Saúde Ocupacional, Profissionais de Saúde, Psicologia do Trabalho.

INTRODUÇÃO

As Ciências da Saúde têm contribuído marcadamente para o avanço tecnológico e científico. Técnicas sofisticadas e equipamentos de última geração são reflexos deste desenvolvimento. É inegável que as referidas melhoras vêm proporcionando cada vez mais qualidade sobre a perspectiva de vida do indivíduo. No entanto, dimensões subjetivas também necessitam de atenção, (Pitta, 1999; Martins, 2003).

A Humanização nos últimos tempos tem sido alvo de discussões no campo da saúde, enaltecendo práticas de qualidade, integrando a tecnologia científica à tecnologia social (Mezomo, 2001; PNHAH, 2001; Solla, 2005; PNH, 2006). Não somente a literatura, mas a mídia, constantemente divulga atitudes “desumanas” ao sujeito no contexto da saúde pública brasileira. O processo de implantação de ações humanizadas ainda caminha a passos lentos em virtude do modelo cartesiano, dicotômico, fragmentado e reducionista que ainda prevalece. O desejo de poder atingir um perfil interdisciplinar e holístico, ainda é difícil de ser uma realidade (Jaques, 2003; De Marco, 2003; Hoga, 2004; Barckes e Lunardi, 2006).

Diante da realidade crítica que os serviços de saúde têm apresentado nos últimos tempos, a Humanização tem sido objeto de várias discussões (Pitta, 1999; Mezomo, 2001; PNHAH, 2001; Martins, 2003). Tal movimento tornou-se tão relevante no campo da saúde que o Ministério da Saúde (MS) no ano de 2000 publicou uma portaria instituindo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 2001). Entretanto, foi a partir do ano de 2004, com a publicação da Política Nacional de Humanização/HUMANIZASUS (PNH), que não somente os hospitais, mas toda a Rede de saúde passou a ser envolvida. A PNH visa efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de qualidade na atenção e de gestão, fomentando trocas solidárias entre os sujeitos envolvidos (comunidade, usuários, acompanhantes, gestores e trabalhadores), (PNH, 2006). Neste sentido, considerando a saúde como um campo em que as práticas abarcam aspectos como: dor, morte e sofrimento. Torna-se premente uma humanização focalizada à saúde do trabalhador, ou seja, o chamado: cuidar do cuidador.

Estudos (Pitta, 1999; Palácios, 2000; Costa e Martinez, 2000; PINHAH, 2002; Deslandes, 2004; OMS, 2006) apontam que a exposição crônica de indivíduos ao trabalho estressante acarreta desde a dificuldade de atuação, insatisfação profissional, até reflexos na sua saúde (física e/ou psíquica). O profissional de saúde atuando no hospital, por exemplo encontra-se em sua rotina exposto a vários fatores, tais como: enfermidades, más condições de trabalho, alta demanda, baixos salários, escalas em turnos irregulares, entre outros. Tais fatores acumulados podem influenciar negativamente na sua qualidade de vida, e conseqüentemente no seu modo de atuar (OPAS, 2001; Costa, Accioly, Oliveira e Maia, 2007).

Observando os aspectos supracitados, surgem algumas indagações: Será que os hospitais estão realmente cuidando da saúde dos seus profissionais? O fato de um hospital estar reconhecido como “humanizado” significa que a saúde de seus trabalhadores encontra-se em um nível melhor que a dos sujeitos dos demais hospitais? Parte-se da premissa de que se estes profissionais não tiverem melhores condições de saúde em seu ambiente de trabalho, estes provavelmente não terão condições de cuidar do outro.

Considerando os questionamentos expostos, bem como a ausência de estudos abrangendo a relação entre os temas: humanização, profissionais de saúde, stress e saúde psíquica, o presente estudo buscou: 1. Avaliar e descrever os níveis de saúde psíquica e stress dos profissionais de saúde; 2. Comparar os níveis da saúde psíquica e stress dos profissionais inseridos em instituições congratuladas pela humanização via Ministério da Saúde com os de hospitais em processo de humanização; 3. Verificar a avaliação dos profissionais de saúde acerca da humanização direcionada aos mesmos e suas variáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho aqui apresentado de caráter multidisciplinar contou com o apoio de estatísticos (para o cálculo amostral e análise dos dados), psicólogos, assistente social e administradores (vinculados ao setor de pessoal de cada hospital). Foi efetivado um estudo de delineamento transversal, de natureza quantitativa e qualitativa. Como instrumentos, foram utilizados: um questionário semi-aberto constando características sócio-demográficas, de trabalho e humanização; o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), e; o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).

Quanto aos critérios de inclusão da amostra foram ponderados: 1. A vinculação funcional (servidor público) concursado no hospital por no mínimo de dois anos; 2. Estar em exercício profissional em cargo de nível superior sem desvio de função; 3. Desempenhar suas atribuições junto ao setor de enfermagem e; 4. Estar em exercício durante o plantão diurno, por predominar uma dinâmica de funcionamento setorial mais ativa. Os sujeitos que não contemplassem todos estes aspectos, estivesse de licença, afastados por motivo de doença, férias, participação no pré-teste, ser a pesquisadora, ter respondido de forma incompleta os instrumentos ou se recusassem a participar do estudo, estariam automaticamente excluídos da amostra. Vale salientar, que para acesso e levantamento dos dados referente à amostra, o referido estudo contou com o apoio de profissionais (administradores, assistente social e psicólogos) responsáveis pelos Setores de Recursos Humanos de cada instituição. Foram fornecidos nomes, dias e horários de plantão, cargo e função e tempo de vinculação funcional. Neste sentido, diante da obtenção da população, foi possível realizar o cálculo amostral necessário ao perfil do estudo. Com relação à estimativa da amostra e análise estatística da pesquisa, foi possível contar com o apoio de dois estatísticos.

O grupo amostral foi composto por 126 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos) que responderam integralmente todos os instrumentos, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É importante afirmar que não houve perdas amostrais, já que todos os instrumentos foram respondidos adequadamente, assim como houve o consentimento em participar do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra esteve composta por 31,7% de enfermeiros, 28,6% de médicos, 19% de nutricionistas, 16,7% de assistentes sociais, e 4% de psicólogos. Quanto à variação percentual existente entre as profissões, considerou-se a peculiaridade do quadro de profissionais distribuídos por área nas instituições, onde o médico e o enfermeiro compõem geralmente a maioria do quadro funcional.

Considerando os dados demográficos, constatou-se que: os profissionais são em sua maioria mulheres (84,9%), casadas (54,8%), apresentando idades de 46 a 55 anos (40,5%), cujo tempo de serviço na instituição permeia entre acima de 20 anos (22,2%) e 16 a 20 anos (20,6%) respectivamente. Quanto ao perfil dos participantes, pode-se afirmar que é perceptível a presença prevaiente do sexo feminino, não diferenciando de alguns estudos ⁽¹⁰⁻¹²⁾ cujo fator podendo estar influenciado devido a quatro das cinco profissões (Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Enfermagem) terem em sua natureza um caráter predominantemente de gênero feminino.

Tais sujeitos sobrevivem com uma renda salarial mensal de 04 a 06 salários mínimos (50,8%). Os trabalhadores têm uma multiplicidade de vínculos (61,9%) como uma alternativa para complementar a renda salarial. Dentre estes com outros vínculos, 52,2% trabalham em mais uma instituição, além da investigada, encontrando também aqueles que estão vinculados a mais duas (25,6%). Quanto à carga horária que dispõe para exercer suas atividades no hospital varia de 30 a 40 horas-semanais (71,4%). Os dados supracitados encontram-se em consonância com a literatura existente reportando aspectos como sobrecarga de trabalho, em uma carga horária semanal extensa na instituição em que trabalha (Pitta, 1999; Palácios, 2000; Costa e Martinez, 2000; PINHAH, 2002; Deslandes, 2004; OMS, 2006).

Comparando os hospitais inseridos no grupo HHR (Hospitais Humanizados Reconhecidos) dos HPH (Hospitais em Processo de Humanização), pode-se detectar diferenças não muito significativas entre os aspectos estudados de um modo geral.

Analisando dados constatou-se que ambos os grupos (60,5% HHR e 64% HPH) colocaram a variável, condições laborais como sendo insuficientes para atender a demanda existente. Este fato é possível relacionar com os seguintes relatos:

“A humanização fica muita a desejar, pelo fato de que trabalhamos com superlotação nas enfermarias, devido ao número de atendimentos e à alta rotatividade, como também falta de material necessário para uma boa assistência” (E55).

“Apesar de termos um programa de humanização desde 1998 temos feito curso, treinamentos, oficinas, etc. Na minha opinião andamos um pouco. A nossa demanda de pacientes sempre é além da nossa capacidade de uma assistência de qualidade, além da falta de funcionários efetivos” (E60).

Quanto à humanização direcionada aos profissionais, avaliaram predominantemente como boa (47% HHR e 44% HPH) e secundariamente como ruim (38,2% HHR e 34% HPH). Ao questionar a existência de um programa destinado à qualidade de vida no trabalho, ambos afirmaram existir (39,5% HHR e 34% HPH) e inexistir (32,9% HHR e 32% HPH). A inexistência de programas direcionados a saúde do trabalhador, é possível perceber em seus relatos ao colocarem a necessidade de tal atenção:

“Grande parte dos funcionários, principalmente aqueles que já trabalham aqui há muito tempo, demonstram um nível muito alto de estresse e tratam os pacientes de forma errada. Com certeza se aqui existisse um programa de humanização para os funcionários a assistência ao cliente seria mais adequada” (E38).

No intuito de avaliar a relação entre as variáveis existentes, utilizou-se o teste estatístico *qui-quadrado*, obtendo as seguintes informações: 42,1% dos sujeitos apresentaram stress. Dentre estes com stress (segundo o ISSL), os indivíduos que estavam vinculados ao grupo dos hospitais reconhecidos em humanização (HHR) apresentaram percentil maior (62,3%) que os profissionais do grupo HPH (37,7%). Tal aspecto foi possível relacionar (neste universo) com o fator (F1-stress psíquico) do QSG, cujos grupos também mostraram semelhanças nos resultados (65,1% HHR e 34,9% HPH), apresentando níveis em processo de agravamento nos escores percentílicos de 55 a 90. Sendo assim, ao analisar conforme a estatística de Pearson no teste *qui-quadrado*, foi constatado relação entre stress (ISSL) e stress psíquico - F1(QSG) ao nível de 1% de significância. Ao apresentar duas células com valores esperados menores que 5, foi possível reagrupar e refazer o teste. Contudo, ao reagrupar as respostas, o teste apresentou significância de 1%, ou seja, confirmando a relação entre as duas variáveis (stress e stress psíquico). Então pode-se afirmar que na medida em que o escore do F-1 aumenta o nível de stress também se eleva.

Ao observar as categorias mais atingidas pelo stress (ISSL), os enfermeiros (41,5%), nutricionistas (20,8%), médicos e assistentes sociais (18,9%) estiveram entre os mais estressados. Tais dados apontam duas novas categorias profissionais como sujeitos ao stress (o assistente social e o nutricionista), já que estudos revelam que os enfermeiros e os médicos encontram-se mais susceptíveis a prejuízos na saúde (Pitta, 1999; Palácios, 2000; Costa e Martinez, 2000).

Quanto à saúde geral (F6), 63% do grupo HHR e 70% do grupo HPH apresentaram bons níveis de saúde com escores entre 5 a 50%. Observou-se também que nos grupos supracitados respectivamente 25% e 20% estavam inseridos em escores entre 55 a 90%, ou seja, em fase de agravamento. Percebe-se que o fato do hospital ser premiado, ou reconhecido não interfere no nível de stress e na saúde psíquica do profissional de saúde, já que entre os sujeitos que se apresentavam debilitados, o grupo prevalente foi o HHR.

Quanto a variável idade, os dados revelaram que quanto mais novo for o profissional, melhor será o nível de saúde geral. Entre a faixa etária de 25 a 35 anos, 70,7% encontravam-se enquadrados no escore entre 5 a 55%.

Apesar da maioria dos indivíduos com stress não se enquadrarem em uma fase crítica, há uma incidência de risco ocupacional, possibilitando estabelecer reflexões sobre a influência das condições de trabalho sobre o stress.

CONCLUSÃO

Cabe o alerta para investimentos em ações objetivando um efeito minimizador do stress, assim, prevenindo e tratando da saúde psíquica deste trabalhador. Programas direcionados à avaliação, acompanhamento e orientações são bastante eficientes. Ações preventivas que busquem a melhoria da saúde e qualidade de vida podem estar inseridas. Lazer, atividades educativas e físicas são essenciais. Investimentos em ergonomia e recursos humanos também são primordiais.

Percebe-se a necessidade de maiores pesquisas que viabilizem propostas eficazes em prol de melhorias ambientais, assistenciais e cuidados preventivos aos profissionais de saúde, de modo qualificado e adequado à realidade apresentada.

Abre-se aqui o espaço para estudos epidemiológicos, assim como inserir profissionais de outras especialidades, outros vínculos (terceirizados e prestadores de

serviços) e outros hospitais referenciados no Estado do RN. Pode-se inserir também um estudo dividido em fases, aplicando os instrumentos antes e depois do plantão. Estas sugestões possibilitariam uma maior abrangência do dimensionamento do tema em questão.

Referência Bibliográfica

BACKES S D, FILHO WDL, LUNARDI VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 40 (2): 221-227, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-americana de Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa de Satisfação do Usuário e dos Profissionais de Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2ª. ed; 2006.

COSTA M, ACCIOLY JR H, OLIVEIRA J, MAIA E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Rev. Panam. Salud Publica**. 21 (4): 217-222, 2007.

COSTA ES, MARTINEZ MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. 16 (2): 553-555, 2000.

DE MARCO, M. A. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9 (1): 07-14, 2004.

HOGA, LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 38 (1): 13-20, 2004.

JAKES, M. G. C. Abordagens Teóricas Metodológicas em Saúde/Doença Mental & Trabalho. **Psicologia & Sociedade**. 15 (1), 2003.

MARTINS P. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes; 2003.

MEZOMO J C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Ed Premium; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atlas Global da Força de Trabalho em Saúde** [Internet]. 2006, Disponível em: URL: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>). Consultado em dezembro de 2006.

PALÁCIOS M. A saúde mental de quem trabalha em saúde: o caso de um hospital geral do Rio de Janeiro. **Cadernos IPUB: organização do trabalho e saúde mental**. 2 (1): 52-66, 2000.

PITTA, ANA MARIA FERNANDES. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

SOLLA JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 5 (4): 493- 503, 2005.