

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM “FAZ” SAÚDE:
Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de
saúde**

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

Natal
2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM “FAZ” SAÚDE:
Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de
saúde**

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências da Saúde para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia

Natal
2008

Catálogo da publicação na fonte.

O48s

Oliveira, Luciana Carla Barbosa de.

A saúde psíquica de quem “faz” saúde: uma análise

crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de

saúde/Luciana Carla Barbosa de Oliveira _ Natal -RN,

2008.

117f. : il.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Eulália Maria Chaves Maia.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

1. Saúde ocupacional - Tese. 2. Psicologia do trabalho - Tese. 3. Profissionais de saúde - Tese. 4. Saúde pública - Tese. 5. Política de saúde – Tese I. Maia, Eulália Maria Chaves . II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Técia Maria de
Oliveira Maranhão

**A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM “FAZ” SAÚDE: Uma análise crítica sobre a
humanização direcionada ao profissional de saúde**

Presidente da Banca: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)

Profa. Dra. Clarisse Carneiro (Universidade Potiguar - UNP)

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo (Universidade de Brasília – UNB)

Profa. Dra. Maria do Socorro Feitosa (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)

DEDICATÓRIA

A minha mãe Maria Leonor, minha filha Maria Luíza e minha tia Maria dos Anjos (*in memorian*). Três “Marias” em minha vida. Pessoas de amor, luz, sabedoria, dedicação e força. Dedicar este título a vocês foi uma das formas de expressar meu amor e gratidão: Muito obrigada por fazerem parte desta trajetória!

A todos os profissionais de saúde que sofrem com tantas dificuldades na sua rotina de trabalho. Profissionais, sujeitos, cidadãos, seres acima de tudo HUMANOS.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que na fé me trouxe força e persistência para trilhar este árduo caminho;

Sou grata a minha família. Família Barbosa que me acolheu e me trouxe amor, ensinamento, respeito, carinho e educação. Amo vocês!

A Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia, muito mais que uma orientadora, uma grande amiga que admiro com muito carinho e orgulho desde os tempos de graduação. Uma pessoa que muito aprendi com seus ensinamentos, incentivo, sabedoria, firmeza, paciência e dedicação. Sou eternamente grata por tudo.

A Camomila Lira Ferreira e Priscilla Cristhina Araújo amigas de todos os momentos, sejam eles de cunho pessoal, estudo ou profissional. Não tenho palavras só aqui o meu agradecimento, admiração e carinho.

A todos os colegas, amigos do Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde (GEPS). Em especial a Hélder Franco e Tabita Aija Moreira.

As amigas e companheiras de Pós-Graduação, Daniela, Santana e Lucinha, que muito me ajudaram com seu carinho, apoio e incentivo.

A toda Coordenação, Secretaria, Docentes e Discentes, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSa).

Ao Prof. Dr. Horácio Accioly e aos estatísticos Marcelo Souza e Ana que contribuíram na análise dos dados.

Ao HOSPED, em especial ao Grupo de Trabalho de Humanização, a Profa. Dra. Jozana Caetano e o Setor de RH, pelo apoio e credibilidade.

Ao Comitê Estadual de Humanização pela troca de conhecimentos, e experiências através de suas calorosas discussões em torno da Humanização no Estado do Rio Grande do Norte.

A todos do Hospital Universitário Ana Bezerra, escola e exemplo de Humanização.

A colaboração a todos os hospitais, e respectivos profissionais de saúde que participaram deste estudo.

Enfim, manifesto meu agradecimento a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização deste estudo.

LISTA DE TABELAS

TABLE 1. Stress phases according to professional categories.....	41
TABLE 2. Predominance of stress symptoms according to the professional categories.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

QV	Qualidade de vida
QSG	Questionário de Saúde Geral
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP
MS	Ministério da Saúde
WHO/OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
HJPB	Hospital José Pedro Bezerra
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HOSPED	Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra
HGT	Hospital Giselda Trigueiro
HRAB	Hospital Regional Aluizio Bezerra
HPH	Hospitais em Processo de Humanização
HHR	Hospital Humanizado Reconhecidamente
GEPS	Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimento	v
Listas tabelas	vi
Listas abreviaturas	vii
Resumo	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	3
3. ANEXAÇÃO DE ARTIGOS	9
3.1. Artigo publicado na Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia	9
3.2. Manuscritos enviados para publicação	27
4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES	61
5. APÊNDICE	79
6. ANEXO	91
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
8. Abstract	117

RESUMO

Observa-se que pressão, tensão e sobrecarga de trabalho são uma constante na rotina dos profissionais de saúde. O trabalho vinculado ao setor de enfermagem exige atenção e vigilância. Neste sentido, torna-se pertinente um olhar específico à humanização direcionada ao profissional de saúde, já que este tem em seu ofício o cuidar do outro. Este estudo analisou os níveis de saúde psíquica e stress dos profissionais de saúde abrindo um debate sobre a humanização em 06 hospitais públicos (03 premiados pelas ações de Humanização e 03 não premiados) no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Foi realizado um estudo com 126 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistente sociais), atuantes no setor de enfermagem nas respectivas instituições. A Tese apresentada 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). Os trabalhadores são predominantemente mulheres (84,9%), casados (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. Contam com uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais (71,4%), além de apresentar múltiplos vínculos de trabalho (61,9%). A saúde psíquica global dos sujeitos encontra-se em um nível bom, no entanto, também há indivíduos em número significativo de processo de agravamento tanto no stress psíquico (F1) apresentado pelo QSG (54,7%) quanto pelo stress demonstrado pelo ISSL (42,1%). Ao observar as categorias, os enfermeiros (41,5%), nutricionistas (20,8%), médicos e assistentes sociais (18,9%) estiveram entre os mais atingidos. Analisando os grupos de hospitais que apresentaram uma boa saúde geral - F6, (com escores entre 5 a 50%) estavam 63% do grupo de hospitais premiados e 70% do grupo de hospitais não premiados. 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, de modo que poucos identificam ou sabem que o serviço ao qual assiste está em processo de adoção a uma Política Ministerial. Detectou-se também a necessidade de ações voltadas a saúde do trabalhador. Tais resultados apontaram para a necessidade de se investir mais em programas direcionados ao bem-estar dos profissionais que lidam diretamente com a saúde das outras pessoas, visto que se torna muito difícil a estes sujeitos oferecer 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.

DESCRITORES: Saúde ocupacional; Psicologia do trabalho; Profissionais de Saúde; Saúde Pública; Política de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Diante da realidade crítica que os serviços de saúde têm apresentado nos últimos tempos, a Humanização tem sido objeto de várias discussões⁽¹⁻⁴⁾. 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)⁽⁵⁾. 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)⁽⁶⁾. 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⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Estudos^(1, 11-15) 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^(16,17).

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.

Os sujeitos foram profissionais de saúde, de nível superior, que prestavam assistência em enfermarias de hospitais públicos referenciados no Estado do Rio Grande do Norte. Como instrumento, utilizou-se o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) e um questionário semi-aberto. Os dados foram coletados entre o período de 2006.2 à 2007.2, e os resultados estão sendo divulgados em artigos (um já publicado em Periódico Qualis “C” internacional e os demais em processo de envio e/ou avaliação).

Espera-se que esta pesquisa possa alcançar uma visão crítica-reflexiva das condições de humanização e saúde do profissional de saúde, e assim permitir um melhor direcionamento das ações junto ao público em questão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

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^(1,2).

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⁽¹⁻⁷⁾. Não somente a literatura, mas a mídia, constantemente divulga atitudes “desumanas” ao sujeito no contexto da saúde pública brasileira⁽¹⁻⁴⁾. 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^(2, 8-10).

Apesar das poucas Políticas direcionadas ao contexto, o governo tem identificado e se preocupado com as condições (precárias) oferecidas pelo sistema da saúde^(5-6, 11-12). Durante o ano de 2000 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), caracterizada por estratégias centradas em uma assistência de qualidade oferecida aos hospitais do SUS (Sistema Único de Saúde).

O PNHAH passou por algumas fases para ser implantado. A primeira fase realizada no ano de 2001⁽⁵⁾, em que coube realizar um projeto – piloto (com a finalidade de observar a pertinência e viabilidade da referida proposta) em hospitais de algumas cidades do Brasil, selecionados previamente. Em sua

segunda fase, o Rio Grande do Norte passou a ser contemplado com a inserção de duas instituições como umas das referências no nordeste: o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) e a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC).

O referido programa encerrou suas atividades durante o ano de 2003. Um dos fatores que inviabilizaram a continuidade do PNHAH esteve no fato das ações atingirem o patamar de institucionalização das propostas desenvolvidas. As atividades permaneciam ainda fragmentadas e pontuais, pouco se conseguiu atingir à sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários. Quanto às ações direcionadas aos trabalhadores, houve pouca prática^(13, 14, 18).

O “cuidar” também é uma tecnologia. A dinâmica sócio-cultural contida no contexto da saúde merece uma atenção adequada. Tomar conhecimento da realidade, suas necessidades nos processos de trabalho de maneira contextualizada, se pode considerar como um salto “tecnológico”. Em um levantamento realizado pelo próprio PNHAH, isto pode ser constatado, cujo 71% dos profissionais demonstraram-se insatisfeitos com a ausência de programas de voltados às suas necessidades psicossociais. Vale ressaltar que destes profissionais investigados 23% afirmaram existir ações, no entanto, em condições precárias de funcionamento⁽¹³⁾.

Desde o ano de 2004 que o MS tem instituído a Política Nacional de Humanização/HUMANIZASUS (PNH)⁽⁶⁾. Sua proposta abrange toda a Rede de saúde englobando aspectos inerentes aos sujeitos, enquanto protagonistas no processo da saúde, ou seja, aqui estão envolvidos o usuário, a comunidade, a instituição, os gestores, os funcionários e os profissionais de saúde. Visa efetivar e formalizar no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, o

fomento às trocas solidárias entre os sujeitos envolvidos com uma maior sustentabilidade nas ações desenvolvidas. Sua prática encontra-se baseada em dispositivos específicos, disponíveis em cartilhas informativas objetivando direcionar melhor a Rede de saúde quanto à implantação desta Política. Dentre os dispositivos propostos, encontra-se a saúde do trabalhador (inserido entre os demais previamente estabelecidos, somente dois anos após o lançamento da PNH)^(6, 14).

Percebe-se um movimento de mudanças na saúde, levando as várias instituições a procurarem implementar a humanização como um norte à qualidade. É neste contexto que o MS lança o Prêmio David Capistrano, visando congratular e incentivar, àqueles hospitais que desenvolvem a humanização já em sua rotina. Em sua primeira edição, no Estado do RN foram agraciados a Liga Norterriograndense Contra o Câncer e o Hospital Dr. José Pedro Bezerra.

Atualmente, a PNH abrange uma dimensão maior. Tem como alvo de exigências em pactuações na Rede e em certificações de hospitais. É notório o espaço que as discussões e reflexões estão tomando para a efetivação da humanização, de modo em que todos estes fatores implicam, na reorganização e valorização dos processos de trabalho e de seus trabalhadores.

O último censo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que existam 59,2 milhões de profissionais atuantes na saúde. Só no continente americano, são 21.740.000 de modo em que dois terços estão inseridos no sistema público⁽¹⁵⁾.

Ainda 2001 no Brasil, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) já revelava que dentre 1.094.572 de trabalhadores na área de saúde, foram

detectados 25.784 casos de acidentes, doenças e óbitos, relacionados ao trabalho. Acredita-se que existem muito mais, no entanto ocultados pela ausência ou registro incorreto das ocorrências^(1, 16).

Estudos apontam que trabalho como fonte de stress, pode trazer vários reflexos negativos à saúde do indivíduo^(11, 17, 19). Sintomas como ansiedade, angústia, depressão, stress e distúrbios psicossomáticos são alguns que pode-se citar⁽¹⁹⁻²¹⁾. O nível de stress pode variar de acordo com a intensidade da pressão exercida sobre eles, conforme retratado pela OMS: “Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales”^(22: 3). Carga de tarefas, condições oferecidas e ambiente de trabalho também são elementos que podem interferir no bem-estar do indivíduo.

Neste sentido, pode-se considerar o contexto hospitalar como uma fonte de stress para os profissionais de saúde ali inseridos. Esta instituição geralmente está associada a um ambiente complexo, comumente às rotinas de enfermarias, local com dinâmica própria, de período diurno intenso, marcado pela diversidade de pessoas acometidas por alguma doença grave, assistidos por médicos, enfermeiros, assistente sociais, psicólogos, entre outros^(23, 24). O trabalho é intenso. Romero complementa tal concepção, afirmando que: “Los trabajadores y trabajadoras de los hospitales, particularmente el personal de enfermería, están expuestos a una serie de riesgos, tales como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargos durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, (...). El contacto con

la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores”^(25: 113). Turnos, plantões sucessivos, duplicidade de vínculos empregatícios (comuns aos trabalhadores de saúde), principalmente em um país onde os salários geralmente são baixos, potencializam a ação daqueles fatores que venham a danificar a integridade física e psíquica do profissional.

Falar em saúde no trabalho ainda é algo relativamente novo. No Brasil, o pesquisador Dejour, que os aspectos psicopatológicos no ofício trouxe uma maior evidência, ao remeter a influência do trabalho sobre o nível de sofrimento psíquico⁽²⁶⁻²⁸⁾. Contudo, o tema sofrimento psíquico relacionado diretamente aos profissionais de saúde ganhou uma compreensão mais abrangente com a autora Pitta, ao afirmar: “a noção de sofrimento psíquico designa esta difusa zona entre a saúde e a doença significando um conceito mais preciso no âmbito da psicopatologia do trabalho”^(1:83).

Atualmente pesquisas^(1, 11-12, 29) voltadas ao campo da saúde do trabalhador vêm crescendo, no entanto ainda são insuficientes. Temas como stress, *burnout*, ergonomia e saúde psíquica vão aos poucos adquirindo o devido espaço no meio acadêmico e profissional. Algumas especialidades como: policiais, docentes, e profissionais de saúde, encontram-se em evidência em alguns estudos em virtude dos perfis laborais^(17, 30, 31).

Diante dos fatores supracitados relativos aos indivíduos que exercem seu ofício em enfermarias, percebe-se a diversidade de fatores que podem influenciar a sua saúde psíquica. Neste sentido, torna-se pertinente que estas instituições (baseados em estudos) lancem também uma atenção à

humanização direcionada ao profissional de saúde, já que este tem em seu ofício o cuidar do outro.

3. ANEXAÇÃO DE ARTIGOS

3.1. Artigo publicado na Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia em julho de 2008. Qualis C internacional em Medicina II - ISSN 0124-0064.

Oliveira, LCB, Maia, EMC. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. Revista Salud Pública. 10 (3): 405-413, 2008.

Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos

The psychic wellbeing of health personnel working in public hospitals

Luciana C. Barbosa de Oliveira¹ y Eulália M. Chaves-Maia²

1 Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde/Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. lucianacarla.psi@hotmail.com

2 Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde/Departamento de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. emcmaia@ufrnet.br.

Recebido 29 Novembre 2007/ Enviado para Modificação 19 Maio 2008/

Aprovado em 10 Junho de 2008.

RESUMO

Objetivo Analisar o nível de saúde psíquica dos profissionais de saúde que atuam nas enfermarias dos hospitais públicos do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Materiais e Métodos Foi realizado um estudo descritivo transversal com 95 profissionais de saúde (amostra estratificada proporcional). Utilizou-se um questionário constando características sócio-demográficas e de trabalho, assim como o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).

Resultados Os empregados são predominantemente do sexo feminino, casados, de idade acima de 45 anos. Contam com uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais, além de apresentar múltiplos vínculos de trabalho. A saúde psíquica global dos sujeitos encontra-se em um nível bom, no entanto, também há indivíduos em número significativo de processo de agravamento, quanto ao stress(37,9%) e distúrbios psicossomáticos (34,7%) isoladamente.

Conclusões Há um indicativo de alerta quanto à necessidade de ações preventivas, de modo a evitar maiores agravamentos com possíveis danos às condições de saúde psíquica destes trabalhadores.

Palavras Chaves: Saúde ocupacional; Hospitais; Ocupações em saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objectives This is to analyze the level of the mental health of the professionals that work in health area in public hospital wards in Rio Grande do Norte, Brazil.

Materials and Methods A transversal descriptive study with 95 health professionals (proportional stratified sample) was carried on. A questionnaire with socio-demographic and work characteristics, as well as the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ) was used for it.

Results The employees are married females, aged over 45. They work 40 hours a week working in more than one place. The global mental health of these people is in a good level. However, there is a significant number of

individuals in an aggravation process due to stress(37,9%) and psychosomatic disturbance (34,7%), isolated.

Conclusions There is an alert indication related to the necessity of preventive actions aimed at avoiding aggravations with possible damages to the mental health conditions of these workers.

Keys Words: Occupational health; Hospitals; Occupation in health (*source: MeSH, NLM*).

RESUMEN

La salud psíquica en los profesionales de la salud en hospitales públicos

Objetivo Analizar el nivel de la salud psíquica de los profesionales de salud en las enfermerías de los hospitales del Estado de Rio Grande do Norte, Brasil.

Material y Métodos Fue realizado un estudio descriptivo transversal con 95 profesionales de salud (muestra estratificada proporcional). Se utilizó un cuestionario constando las características socio-demográficas y laborales, así como el Cuestionario de Salud General de Goldberg (QSG).

Resultados Los empleados son del sexo femenino, casadas, con edad superior a 45 años. Cuentan con una carga horaria laboral de 40 horas semanales, además de presentar múltiples vínculos de trabajo. La salud psíquica global de los sujetos se encuentra en un nivel bueno, pero también hay individuos en número significativo de procesos de agravamiento, en

relación al estrés (37,9%) y a los disturbios psicosomáticos(34,7%) independientemente.

Conclusiones Hay un indicativo de alerta sobre la necesidad de acciones preventivas, de modo a evitar mayores complicaciones con posibles daños a las condiciones de salud psíquica de estos trabajadores.

Palabras Clave: Salud ocupacional; Hospitales; Ocupaciones en salud (fuente: DeCS, BIREME).

O século XXI iniciou carregado de novas perspectivas quanto à melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos. No âmbito da saúde os avanços ao que concerne a tecnologia científica são evidentes, estes sempre divulgados na mídia. Novos saberes e especialidades também foram acrescentados. Ampliou-se a quantidade de hospitais, unidades básicas, postos de saúde, clínicas, envolvendo uma readequação de espaços, atuações e ações principalmente nos modelos institucionais de atenção à saúde (1).

A instituição hospitalar geralmente é associada a um ambiente complexo, voltado ao atendimento secundário e terciário de pessoas acometidas de doenças que necessitam de internação, desde a mais “simples” a mais abtrusa. Vincula-se este local comumente às rotinas no contexto de enfermarias, cujo período diurno é intenso, marcado pela enorme quantidade de profissionais de saúde exercendo suas funções. São visitas aos pacientes nos leitos, avaliações, prescrições, urgências, exames, entre outros (2).

Segundo Peduzzi (3) entende-se por profissional de saúde assistencial aquele sujeito que desempenha suas atribuições em unidades hospitalares como por exemplo o setor de enfermagem. Neste grupo são várias as categorias inseridas: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros. Cada um representando a sua respectiva ciência, buscando compreender os “mistérios” de doenças e agravos que acometem a vida humana. No entanto, tais caminhos em busca da saúde, (às vezes) são tortuosos, tanto para o doente quanto para o profissional de saúde (4).

As exigências laborais nos serviços de saúde pública transcorrem desde a produtividade, até a disponibilidade, eficiência e agilidade (5). O número de profissionais é insuficiente à demanda e os salários são pouco atrativos. A sobrecarga no trabalho é uma constante. Conseqüências como baixa produção, insatisfação, aumento do custo operacional e dificuldades de substituições nas escalas já firmadas, são inevitáveis. Tais fatores dificultam não só a qualidade da assistência, mas também trazem prejuízos à qualidade de vida deste trabalhador (6-8).

Segundo análise da Organização Panamericana de Saúde - OPAS, durante o ano de 2001 foram registrados oficialmente no Brasil, dentre os diversos profissionais atuantes no campo da saúde, 25.784 casos de acidentes, doenças e óbitos relacionados ao trabalho (9). Políticas direcionadas à qualidade de vida no trabalho ainda são ineficazes, cujos incentivos à realização de novas pesquisas são escassas. O Ministério da Saúde do Brasil

(MS) enfatiza tal necessidade ao perceber o surgimento: “de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Configura, portanto, situações que exigem mais pesquisas e conhecimentos para que se possam traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção”(9:19).

Falar em saúde no trabalho ainda é algo relativamente novo. No Brasil, foi com o pesquisador Dejour, que os aspectos psicopatológicos no ofício obtiveram uma maior evidência. A obra: *A loucura do Trabalho*, publicada pela primeira vez em 1987 ainda é considerada um marco no Brasil e na América Latina (10). Trouxe em seu enfoque a psicopatologia do trabalhador (sofrimento, ansiedade, stress, somatizações e doenças). Contudo, o tema sofrimento psíquico relacionado diretamente aos profissionais de saúde ganha uma compreensão mais abrangente com a autora Pitta, ao afirmar: “a noção de sofrimento psíquico designa esta difusa zona entre a saúde e a doença significando um conceito mais preciso no âmbito da psicopatologia do trabalho” (1:83). Atualmente pesquisas voltadas ao campo da saúde do trabalhador vêm crescendo, no entanto ainda são insuficientes. Temas como stress, *burnout*, ergonomia e saúde psíquica vão aos poucos adquirindo o devido espaço no meio acadêmico e profissional, cujo algumas especialidades como: policiais, docentes, e profissionais de saúde, encontram-se em maior evidência em virtude do perfil laboral (11-15).

Diante dos fatores supracitados relativos aos trabalhadores da saúde, que exercem seu ofício em enfermarias, percebe-se a diversidade de fatores que

podem influenciar no nível de stress destes sujeitos. Neste sentido, torna-se pertinente que estas instituições (baseados em estudos) lancem também uma atenção à saúde do profissional de saúde, já que este tem em seu ofício o cuidar do outro (16-18). Esta pesquisa objetivou analisar a saúde psíquica geral e seus fatores específicos junto aos profissionais de saúde atuantes em enfermarias em hospitais do Rio Grande do Norte/Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Se trata de um estudo descritivo qualitativo e quantitativo de corte transversal junto aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas) atuantes nas enfermarias em seis hospitais públicos (03 estaduais e 03 federais), referenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), de pequeno/médio porte, localizados no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil; cujo objetivo principal esteve em avaliar o nível de saúde psíquica e suas variáveis.

A seleção da população estudada foi realizada através de uma amostragem aleatória proporcional um "n" de 95 sujeitos válidos, possibilitando assim uma margem de confiança de 95%. Ressalta-se aqui a consideração da visão global dos profissionais para análise dos resultados. Para os critérios de inclusão da amostra foram ponderados: a vinculação funcional concursado no hospital por no mínimo de dois anos; estar em exercício profissional em cargo de nível superior sem desvio de função, e desempenhar suas atribuições junto ao setor de enfermaria e estar enquadrado em escalas de plantão diurno (pela dinâmica

configurar-se como mais ativa geralmente). Os sujeitos que não contemplassem todos estes aspectos ou se recusassem a participar do estudo, estariam automaticamente excluídos da amostra. Vale salientar, que para acesso a tais dados referente à amostra, o referido estudo contou com o apoio do Setor de Recursos Humanos de cada instituição.

Este trabalho foi aprovado seguindo os padrões e normas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em cumprimento à Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/BRASIL.

Os instrumentos foram aplicados junto à amostra de forma individual, no local de trabalho, durante o intervalo das suas atribuições, entre novembro de 2006 a junho de 2007 utilizando um questionário semi-aberto contemplado por dados sócio-demográficos, informações pessoais e profissionais; e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) (20). Tal método consiste em uma avaliação psicológica, composta por 60 itens cujo objetivo está em avaliar os sintomas psíquicos através dos seguintes fatores: F1 – Tensão ou stress psíquico; F2 – Desejo de Morte; F3 – Falta de confiança na capacidade de desempenho (auto-eficácia); F4 – Distúrbios do sono; F5 – Distúrbios psicossomáticos; e, F6 – Ausência de saúde psíquica (fator geral). O teste em questão possibilita avaliar a saúde específica dentre cada fator supracitado, assim como (dependendo da necessidade) analisar como único fator geral (F6), demonstrando dimensões gerais da ausência de saúde mental (sofrimento psíquico). O referido instrumento foi validado no ano de 1972 e adaptado à

realidade brasileira em 1996 (19). Vale ressaltar que este teste psicológico é devidamente reconhecido e autorizado pelo Conselho Federal de Psicologia do Brasil.

Para análise e tratamento dos dados contou com o manual e crivos de correção (QSG), e o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science for Windows*, versão 12.0).

RESULTADOS

Caracterização

A amostra deste estudo esteve caracterizada por enfermeiros (33,6%) médicos (28,4%), nutricionistas (16,8%), assistentes sociais (15,7%), e 5,2% de psicólogos. Destes, 82,1% são do sexo feminino, casados (58,9%), católicos (80,0%) e com uma faixa etária predominantemente acima de 45 anos (47,3%). Com relação à instituição vinculada, à carga horária disposta ao trabalho local é bem representativa, considerando que 73,6% trabalham uma média de 40 horas semanais nos hospitais. Também foi questionada, a quantidade de folga/dia que eles dispõem para se dedicarem à vida pessoal encontrando 54,7% de sujeitos que contam com dois dias disponíveis e 26,3% contam somente com um dia. Muitos profissionais (62,1%) colocam a necessidade de se trabalhar em outro local, de modo a poder complementar a renda da família. Vale salientar que destes outros vínculos 25,2% tem 02 ou mais outros empregos. Cabe aqui colocar que 49,4% da amostra recebem mensalmente

entre 4 a 6 salários mínimos brasileiros (atualmente a média do salário mínimo no Brasil é o equivalente a 204,63 dólares).

Avaliação da saúde psíquica

Esta avaliação pode ser analisada tanto por fatores (F) específicos - Tensão ou Stress Psíquico (F-1), Desejo de Morte (F-2), Falta de Confiança na Capacidade de Desempenho/auto - eficácia (F-3), Distúrbios do Sono (F-4), Distúrbios Psicossomáticos (F-5) - quanto por fatores globais como a Saúde Psíquica Geral (F-6).

O perfil sintomático é expresso por fatores de saúde cujos escores se situam com valores de 5 a 100%. Os casos que acusem um percentil acima de 90, referem-se aos sujeitos com a saúde gravemente debilitada, necessitando de tratamento. Percentuais demonstrados entre 55 próximo a 90 são considerados limítrofes (em processo de agravo, necessitando de atenção). Já os indivíduos que apresentaram percentil abaixo de 50 demonstram apresentar uma saúde psíquica entre boa a ótima.

Tendo em vista a sintomatologia apresentada na Tabela 1.0 percebe-se em seus fatores específicos de stress psíquico, desconfiança do próprio desempenho, distúrbio do sono e distúrbio psicossomático, a presença de um quantitativo relevante de sujeitos limítrofes.

Tabela 1. Perfil sintomático de saúde psíquica e seus fatores específicos, em profissionais de saúde^a

<i>Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)</i>												
Fatores	F1 ^b		F2 ^c		F3 ^d		F4 ^e		F5 ^f		F6 ^g	
Valor	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 - 45 ^h	46	48,4	69	72,6	42	44,2	41	43,1	39	41,0	61	64,2
50 ⁱ	2	2,1	0	0	5	5,2	0	0	5	5,2	0	0
55 - 85 ^j	36	37,9	20	21,0	35	36,8	34	35,8	33	34,7	29	30,5
90 -100 ^k	11	11,6	6	6,3	13	13,7	20	21,0	18	18,9	5	5,2
Total	95	100	95	100	95	100	95	100	95	100	95	100

a. Amostra correspondente a n = 95 profissionais de saúde. Valor e análise conforme padrões recomendados e estabelecidos pelo Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG); b. F 1-Tensão ou stress psíquico; c. F2–Desejo de morte; d. F3-Falta de Confiança na Capacidade de Desempenho/auto-eficácia; e. F4–Distúrbio do sono; f. F5–Distúrbio Psicossomático; g. F6–Saúde Psíquica Geral; h. Nível ótimo de saúde psíquica; i. Nível bom de saúde; j. Limitrofe, em processo de agravo, e; k. Sintoma de sofrimento.

O fator stress psíquico (F-1) especificamente, pode afetar não somente a saúde mas também ocasionar reflexos na qualidade laboral gerando insegurança no desempenho dos trabalhadores, conforme demonstrado no Fator 3. No que se refere aos fatores de distúrbios do sono (F-4) e psicossomático (F-5), também foi encontrado um número significativo de indivíduos cujos sintomas estão em estado muito grave.

Ao se avaliar o nível de saúde psíquica geral da amostra (F-6), foi constatado que 64,2% apresentam um bom estado, 30,5% estão na categoria de agravamento, recomendando-se atenção e 5,2% apresentam sofrimento psíquico em seu estado mais avançado. Apesar desta benesse, nesta

avaliação geral de saúde, também cabe a inserção de ações de cunho preventivo enfocando os fatores específicos significativos, buscando o não agravamento destes sujeitos, assim como o devido encaminhamento assistencial àqueles que estão em seu processo mais difícil, com doenças já instaladas.

DISCUSSÃO

Considerando o perfil dos participantes, é perceptível a presença prevalecente do sexo feminino. Tal dado não diferencia de alguns estudos cujo quatro das cinco profissões (Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Enfermagem) terem em sua natureza um caráter predominantemente de gênero feminino (1, 5-7).

A sobrecarga de trabalho é evidente, considerando que grande parte apresentou uma carga horária semanal extensa na instituição, corroborando assim, com dados encontrados na literatura (1, 3, 5). Outro fator aqui relevante mostra-se com a necessidade dos profissionais em trabalhar em outros locais para complementar a renda, não diferenciando de outros estudos (7, 12). Neste contexto, os referidos sujeitos também exercem atividades, concomitantemente em outras instituições, (graças ao turno flexível) característico de sua atividade profissional em meio a plantões. Sabe-se que o excesso de trabalho dá margem à insatisfação, desestímulo e cansaço, ainda mais que os horários alternados de plantões não possibilitam ao profissional um espaço para descanso, dada à imprevisibilidade da demanda e do fluxo constante de solicitações por parte dos pacientes (14-16).

Ser profissional de saúde não é uma tarefa fácil. Além da pressão diária trazida pelas atribuições, existem outros aspectos inerentes que influenciam na sua saúde emocional. Dentre os sujeitos do estudo, a saúde psíquica deles de um modo geral encontra-se em um nível positivo, no entanto 31% apresentam um nível de agravamento em seu estado.

O lidar com a dicotomia vida-morte junto ao paciente, faz com que sentimentos e emoções como culpa, raiva, angústia, compaixão, impotência e até mesmo a onipotência estejam sempre presentes. Não é fácil lidar com o sofrimento humano. As somatizações ocorrem com frequência, como foi possível perceber que 34,7% enquadram-se nos percentis de 55 a 85%, requisitando uma atenção a sua saúde. Vale salientar que neste fator específico 18,9% apresentaram gravidade extrema, sendo indicativo a tratamento. Nesta fase, sintomas como exaustão, fadiga, tensão muscular, cefaléias, distúrbios do sono podem se agravar através de patologias como câncer, hipertensão, distúrbio gastrointestinais, transtornos mentais, entre outros (17-19).

Diante dos aspectos supracitados, vale ainda salientar que é importante que os gestores tenham a consciência do reflexo que estes aspectos supracitados incidem sobre a qualidade de vida no trabalho. Sabe-se ainda que a conduta que um profissional de saúde pode ter sobre o paciente requer não só a qualidade assistencial, mas também exige condições humanizadas no hospital de uma forma mais ampla (5, 7, 9, 14).

Com os resultados expostos foi possível observar que a realidade da saúde é um tanto precária de modo que, inseridos em um hospital, é possível encontrar não só sujeitos doentes em tratamento, mas também alguns dos próprios profissionais (cuidadores) com sua saúde debilitada, (necessitando de cuidados e atenção) em pleno exercício de suas atribuições: o cuidar do outro. Diante da vulnerabilidade em que o indivíduo apresenta, torna-se viável se propor um melhor direcionamento de tratamentos ou ações preventivas a estes sujeitos, cujo enfoque esteja direcionado à redução do stress, qualidade de vida e ergonomia no trabalho.

Devido ao estudo sofrer limitações quanto à especificidade do ambiente de enfermagem, é muito importante acrescentar novas pesquisas englobando outros locais como UTI, pronto-socorro e urgência, assim como a inserção de outros profissionais da área. Esta pesquisa de caráter inédito nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte trouxe subsídios para realização de futuras pesquisas voltadas à saúde destes indivíduos, visto que estudos neste campo ainda são escassos e precisam ser enfatizados.

Percebe-se que o sofrimento psíquico no trabalho pode vir através da apresentação de pequenos sinais e sintomas (sofrimento, ansiedade, irritação, agressividade, stress, somatizações) até chegar à própria doença. A saúde mental de quem lida com conteúdos ansiogênicos e estressantes no dia a dia faz jus a uma vigilância efetiva e eficaz. Tal necessidade urge, na medida em que, se não oferecer melhores condições de saúde a quem “faz” saúde, este não terá condições de “reproduzir” saúde ao próximo.

Agradecimentos: Ao apoio e incentivo proporcionado pelos: Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Priscilla de Araújo, Tabita Moreira, José Hélder de Aquino, Camomila Ferreira e Daniella Faria pela colaboração durante a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
2. Angerami-Camon VA. Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira; 2000.
3. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Revista Saúde Pública. 2001; 35 (1), 103-109.
4. Martins P. Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
5. 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. 2000; 2 (1). 52-66.
6. Romero AB. Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores. 1998; 6 (2). 113-119.

7. Organização Mundial de Saúde. Atlas Global da Força de Trabalho em Saúde [Internet]. Disponível em: URL: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>. Consultado em dezembro de 2006.
8. 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. 2000; 16 (2), 553-555.
9. 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.
10. Dejours C. A Loucura do Trabalho: estudo sobre a psicopatologia no trabalho. São Paulo: OBOR; 1997.
11. Costa M, Accioly Jr H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. Rev. Panam. Salud Publica. 2007; 21 (4): 217-22.
12. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. ABRASCO– Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. 2000; 5 (1): 151-161.
13. Bermúdez PB, Burillo JMT, Martinez NT, Rentero BD, Viguer Z. Accidentes de Trabajo en un hospital de agudos. Revista Española de Salud Publica. 1998, 72 (2), 127-136.
14. De Marco MA. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

15. Restrepo-Ayala NC, Colorado-Vargas GO, Cabrera-Arana GA. Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Rev. Salud Pública –Bogotá, Colombia. 2006; 08 (1): 63-73.
16. Borges LO. Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
17. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistematicas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Série protección de la salud de los trabajadores. Ginebra: OMS; 2004.
18. Juárez-García A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud Pública de México. 2007; 49 (2): 109-117.
19. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

3.2. Manuscritos enviados para publicação

3.2.1. Artigo submetido à Revista Española de Salud Pública, Qualis “C” Internacional, Medicina II.

Stress and work in the public hospitals of Natal, Brazil: analysis, reflections and suggestions

La tensión y trabajo en los hospitales públicos de Natal, Brazil: el análisis, reflexiones y sugerencias

Authors:

Luciana Carla Barbosa de Oliveira (1)

Eulália Maria Chaves Maia (2)

1. Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde/Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.

2. Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde/Departamento de Psicologia/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.

Corresponding author:

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia.

Rua Seridó, no. 754. 9º. Andar. Petrópolis. 59020-010. Natal - RN/Brazil. Tel: (55) (84) 3202 2886.

emcmaia@ufrnet.br; lucianacarla.psi@hotmail.com

ABSTRACT

Background: Work as a source of stress can have a number of negative effects on the physical and emotional health of the individual. It can be considered that the hospital context is also a source of stress for health professionals. The study evaluated the stress level of health professionals in the infirmaries of 6 public hospitals in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Methods:** A transversal descriptive study with 126 health professionals (proportional stratified sample) was carried on. The Lipp Stress Symptoms Inventory (ISSL) for adults was used as well as a questionnaire on personal and professional data. **Results:** Work overload is evident, owing to the excessive hourly load resulting from the multiple jobs (61,9%) needed to supplement income. Although the subjects under stress were not in the critical stage (57,9%), there is occupational risk (42,1%), requiring a reassessment of the influence of working conditions on stress. **Conclusions:** The results point to the need for investing in actions aimed at minimizing the effect of stress, to protect and treat the psychic health of these workers.

Keywords: Health Professionals, Hospitals, Stress, Work.

RESÚMEN

Fundamento: El trabajo con stress puede tener varios efectos negativos en la salud física y emocional del individuo. El contexto del hospital también puede ser considerado que es una fuente de tensión para los profesionales de salud. El estudio evaluó el nivel de stress de profesionales de salud en las enfermerías de 6 hospitales públicos en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con 126 profesionales de salud (la muestra estratificada proporcional). El Inventario Síntomas de Stress para los adultos de Lipp (ISSL) se usó, así como una encuesta en los datos personales y profesionales. **Resultados:** Es evidente a carga horaria laboral excesiva, además de presentar múltiples vínculos de trabajo (61,9%) para complementar su renda. Aunque los profesionales no estaban en la fase crítica (57,9%), hay riesgo profesional (42,1%), requiriendo una reevaluación de la influencia de condiciones trabajando en la tensión. **Conclusiones:** Los resultados apuntan a la necesidad por invertir en las acciones para a minimizar el efecto de stress, proteger y tratar la salud psíquica de estos obreros.

Palabras Clave: Salud ocupacional; Hospitales; Stress; Trabajo.

INTRODUCTION

The health profession is characterized by innumerable aspects that influence the work capacity of its members, such as absence of materials, unsuitable environment and lack of qualified personnel to meet demands ⁽¹⁾. The institutional requirements imposed on these professionals encompass productivity, availability, efficiency and agility ⁽²⁻⁵⁾.

Work as a source of stress can have a number of negative effects on the physical and emotional health of the individual ⁽⁶⁻⁹⁾. In this sense, stress level can vary according to the intensity of the pressure exerted, reported by WHO as follows: “Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales” ^(2:03).

Symptoms such as anxiety, anguish, depression, stress and psychosomatic disturbances have been detected in previous studies ⁽⁶⁻⁸⁾. Romero reports that: “Los trabajadores y trabajadoras de los hospitales, particularmente el personal de enfermería, están expuestos a una serie de riesgos, tales como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, (...). El contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores” ^(10:113). Although in recent years researchers have approached questions related to the health of hospital workers, studies are still scarce. Policies covering health in the workplace are restricted and limited ^(3-6, 11,12).

Over the years, many studies have accumulated knowledge on the concept of stress and its influences ^(6, 9, 13, 14). Among the various stress concepts and models, Selye ⁽¹⁵⁾ is still one of the most cited. He identified the phases in which stress can affect the individual: alert, resistance and exhaustion. The researcher Marilda Lipp, also based on Selye's proposal, added a new phase (whose resistance is aggravated in the exhaustion process): near-exhaustion, defined as "Quando a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar (...) Há muita ansiedade nesta fase. (...) O cortisol é produzido em maior quantidade e começa a ter o efeito negativo de destruir defesas imunológicas. Doenças começam a surgir" ^(14:48).

According to the aforementioned aspects, it can be considered that the hospital context is also a source of stress for health professionals. It is considered that this element may contribute to triggering both physical and emotional problems. It is therefore urgent to conduct studies aimed at identifying, assessing and analyzing stressor elements that may affect these individuals, and with the results obtained, guide institutions with respect to preventive actions that minimize the problems. The purpose of the present study is to diagnose the presence of stress and the different levels experienced by health professionals working in public hospital infirmaries in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.

MATERIALS AND METHODS

This is a descriptive, cross-sectional study whose population consisted of a random proportional sample with 126 workers (31.7% nurses, 28.6% doctors,

19% nutritionists, 16.7% social assistants and 4% psychologists) and a confidence level of 95%. With regard to the percentage variation existing between the professions, it was based on the distribution of professionals among the different areas in the institutions, where doctors and nurses are usually a majority. The inclusion criteria of the sample were the following: 1. Employment (public servant) at the institution for at least 2 years; 2. Exercising the same university level position without interruptions; 3. Working in the infirmary ward; and 4. Working the day shift, owing to the more dynamic work environment. The subjects that did not meet all of these criteria, who were on leave of absence, sick leave, vacation, taking part in the pre-test, researchers, answered the instruments incompletely or refused to participate in the study, were excluded from the sample. It should be pointed out that to access and collect subject data, the study was supported by the Human Resources Department of each institution. Names, days and number of hours on duty, position and number of years of service were provided. With these data, it was possible to make the necessary sample calculations.

A semi-open questionnaire (including sociodemographic data, personal and professional information) was used, along with the Lipp Stress Symptoms Inventory (ISSL). This inventory was selected owing to the possibility of measuring the variety (degree) of tension experienced by the individual, mainly at times of persistent resistance. This instrument was structured according to the concept of Seyle and Lipp, the latter of whom added the near-exhaustion phase^(15, 16). The structure of the instrument is composed of 37 somatic and 19 psychological items/questions, whose main aim is to identify and assess the significant stress symptoms, the stress phase in which the individuals find

themselves (alert, resistance, near-exhaustion and exhaustion) and the predominance of somatic (physical) or psychological symptoms. The instrument (ISSL) is considered important because of its validation and reference by the Conselho Federal de Psicologia – Brazil⁽¹⁶⁾.

All the instruments were applied on a single occasion at the workplace, during work breaks. The data were collected between June 2006 and December 2007. It must be mentioned that two labor strikes took place during data collection, requiring a momentary interruption of activities.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Resolution no. 196/96 of the National Health Council/Brazil). Data analysis used specific ISSL correction manuals, SPSS 12.0 software, followed by formatting, information storage and data treatment. The chi-squared test (χ^2) was used to assess possible relationships between stress and the other variables.

RESULTS

Sample characterization

The demographic data showed that: the professionals are mostly women (84.9%), married (54.8%), and aged between 46 and 55 years (40.5%). Their time of service at the institution varied between more than 20 years (22.2%) and from 16 to 20 years (20.6%), respectively. Among the professionals 69% had some type of specialization.

These subjects earned a monthly wage between R\$1,620.00 and R\$2,430.00 (\approx US\$705.00 –US\$1,055.00) (50.8%). The workers have multiple jobs (61.9%) to complement their income. A total of 52.2% work at one

additional institution and 25.6% at two. Work load varies from 30 to 40 hours per week (71.4%). In total 69.9% report not having proper working conditions to meet the demands imposed on them. With respect to institutional programs aimed at improving quality of life at work, 32.5% responded that they did not exist and 28.6% said they did not know.

Data on stress

The fact that many workers are submitted to irregular shift schedules may have a decided effect on the health status of these professionals, who, according to the results, demonstrate a fragile state, with 42.1 % displaying significant stress levels. It is important to point out that the percentage that does not exhibit stress (57.9%) compared to those who were diagnosed with the condition was not significantly different. This does not, however, decrease the concern with the incidence of stress (Table 1.0). It can also be observed that among the professionals with stress, nurses predominate (41.5%), varying equally among the remainder (except psychologists).

INSERT TABLE 1

For those who exhibit stress, the resistance phase was the most frequent (69.7%). In this phase, the organism is trying to prevent total energy expenditure. There is a loss of productivity, making individuals more vulnerable to viruses and bacteria. However, if the stressor element is eliminated, individuals will slowly find the resources to recover.

A total of 20.6% are in the near-exhaustion phase. This phase is characterized by strong anxiety crises, emergence of diseases and increased physical and emotional tension. The individual is subject to worsening of

diseases, mainly those of psychosomatic nature, as well as to the risk of depression and other psychological symptoms ^(9, 16).

INSERT TABLE 2

The ISSL also allows the assessment of psychological or physical symptoms among those who display stress (Table 2).

Although the difference was not substantial, psychological symptoms predominated (58.5%), demonstrating a greater likelihood of professionals developing depressive and anxiogenic symptoms. Among those who presented with physical symptoms (41.5%), muscular pain, sweating, insomnia, gastrointestinal disorders and fatigue may occur.

DISCUSSION

Data analysis shows a worrisome incidence of stress among health professionals. The symptoms call for care and preventive measures on the part of the institutions. Several aspects must be considered, given the multiplicity of sectorial characteristics existing in a same context: the hospital.

The atmosphere in the infirmary is characterized by many as a place with bleak corridors and constant complaints from the patients as well as very poor working conditions. The pressure of work is reflected not only in health, but also in the depersonalized attitudes of the professionals towards the patients ^(4, 6, 7).

Added to so many difficulties is the public health system, which is currently experiencing a sharp deterioration in the quality of the services provided. The demand is great, the number of professionals inadequate, and the salaries are low, a situation often leading these professionals to abandon their ethical concepts and to operate on a strictly technical basis ^(8, 10).

The results show an intense workday, given that, in addition to their personal life (at home, with children, etc), the professionals studied here had multiple jobs. Workload is a very relevant factor, mainly when considering that few professionals are employed in a single institution. The work overload to which these individuals are submitted is evident, since their hourly workload is extensive (mainly in terms of the multiple jobs required to supplement their income).

Indeed, dealing with human suffering is not easy, given the pain, desperation, anguish, anxiety and tension witnessed in this disease-hospitalization relationship. There is a set of pressures influencing the individual both psychologically and physically. The high-pressure environment becomes a threat to individuals, affecting both their personal life and the exercise of their work functions. Although the symptoms do not characterize serious stress states, there is a degree of occupational risk, giving rise to reflections about the influence of working conditions on occupational stress.

Even though the most widespread symptom (resistance) was not serious, it is nevertheless an alert to institutional administrators of the need for a clinical “look” at the health of these workers, when considering the occupational characteristics in this field ^(4, 5, 10, 12).

Institutions do not generally invest in health professionals. It is believed that the consequences of the chronic exposure of individuals to stressful working conditions include difficulties in performing tasks, professional dissatisfaction, stress and poor quality of life, reflected in both their job performance and their personal life. Programs aimed at assessing, accompanying and guiding these workers are very efficient. Preventive actions

that seek to improve health and quality of life should also be implemented. Leisure, as well as educational and physical activities, are essential. Investments in ergonomics and human resources are also indispensable.

Finally, there is a need for more research with effective proposals for improving the environment, care and preventive actions of these health professionals. Studies such as this one can be performed in other Brazilian hospitals, involving other health professional categories, corroborating or disproving the findings presented here. Epidemiological studies involving other specialties (outsourcers and service providers) could also be undertaken. A study divided into phases, applying the instruments before and after the work shift, could also be carried out. These suggestions would enable a wider investigation of the topic in question.

ACKNOWLEDGEMENTS

To the Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde and to the Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

REFERENCES

1. Queiroz E, Araújo T C C F. Trabalho em Equipe: um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Rev. Interam. de Psicologia*. 2007; 41 (2). 221-230.
2. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal

directivo y representantes sindicales. Serie protección de la salud de los trabajadores. Ginebra: OMS; 2004.

3. 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.

4. Costa E S, Martinez M A R. 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. 2000; 16 (2), 553-555.

5. Bermúdez P B, Burillo J M T, Martinez N T, Rentero B D, Viquer Z. Accidentes de Trabajo en un hospital de agudos. Revista Española de Salud Publica. 1998; 72 (2), 127-136.

6. Azevedo LG. Stress e Coping entre Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

7. 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. . 2000; 2 (1). 52-66.

8. Pitta A M F. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. – São Paulo: Hucitec; 1999.

9. Costa M, Accioly Jr H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. Rev. Panam. Salud Publica. 2007; 21 (4), 217-222.

10. Romero AB. Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores. 1998; 6 (2), 113-119.

11. Organização Mundial de Saúde. Atlas Global da Força de Trabalho em Saúde [Internet]. Disponível em: URL: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>. Consultado em dezembro de 2006.
12. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp de Salud Pública. 2004; 78, 505-516.
13. Gil-Monte P R, Nuñez-Román E M, Selva-Santoyio Y. Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Bournout) y Síntomas Cardiovasculares: um estudio em técnicas de prevención de riesgos laborales. Revista Interamericana de Psicología. 2006; 40 (2), 227-232.
14. Lipp M. O stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas: Papirus; 2004.
15. Selye H. Stress in Health and Disease. Boston: Butterworth; 1976.
16. Lipp M. Manual do Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIST OF TABLES

TABLE 1. Stress phases according to professional categories^a

Stress phase ^b											
Professionals with stress ^c			Alert		Resistance		Near-Exhaustion		Exhaustion		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Doctor	10	18.8	---	---	08	15.1	---	---	02	3.8	
Nurse	22	41.5	01	1.8	12	22.6	07	13.2	02	3.8	
Social Assist.	10	18.8	---	---	09	16.9	01	1.8	---	---	
Nutritionist	11	20.7	---	---	08	15.1	03	5.6	---	---	
Psychologist	00	00	---	---	---	---	---	---	---	---	
<i>TOTAL</i>	53	100	01	1.8	37	69.7	11	20.6	04	7.6	

a. Value and analysis according to standards established by the Lipp Stress Symptoms Inventory (ISSI) manual b. P = 0.995. c. Total sample = 126 professionals.

TABLE 2. Predominance of stress symptoms according to the professional categories^a

Prevalent Stress Symptoms^b					
Professionals with stress^c		Physical		Psychological	
No.	%	No.	%	No.	%
53	100	22	41.5	31	58.5

a. Value and analysis according to standards established by the Lipp Stress Symptoms Inventory (ISSI) manual

b. P = 0.995.

c. Total sample = 126 professionals.

3. 2. 2. Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Qualis “C”
Internacional. Medicina II.

**HEALTH CARE, NEEDS AND POLICY: THE DISCOURSE OF
HUMANIZATION FROM THE VIEWPOINT OF HEALTH PROFESSIONALS**

**EL CUIDADO DE SALUD, NECESIDADES Y POLÍTICA: EL DISCURSO DE
HUMANIZACIÓN DEL PUNTO DE VISTA DE PROFESIONALES DE SALUD**

**A PRÁTICA ASSISTENCIAL, NECESSIDADES E POLÍTICA: O DISCURSO
DA HUMANIZAÇÃO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Luciana Carla Barbosa de Oliveira: Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra (UFRN). Curso de Psicologia da Faculdade de Ciência, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte - FACEX/ RN.

Eulália Maria Chaves Maia: Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Departamento de Psicologia; Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde (UFRN).

Corresponding address:

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia.

Rua Seridó, no. 754. 9º. Andar. Petrópolis. 59020-010. Natal - RN/Brazil.

Tel: (55) (84) 3202 2886.

emcmaia@ufrnet.br; lucianacarla.psi@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: This study reports on 126 health professionals from 6 hospitals and their respective conceptions about humanization. **Material and Methods:** For this research, a qualitative analysis of their content was carried out, using a semi-open questionnaire that collected socio-demographic data and conceptions of humanization. **Results:** Predominantly the health professionals were aged between 46 and 55 years, married, women, earning between 4 and 6 minimum monthly wages (\approx US\$705.00–US\$1,055.00). Their content revealed a lack of knowledge about the issue, and that few of them are aware that the institution in which they work is in the process of adopting a Ministerial Policy. **Conclusions:** The need for a wider focus on worker health and participatory management was detected. It was observed that respecting the role that individuals play in the institution, regardless of their function, results in a significant improvement in the quality of care provided.

Keywords: Policy; Hospital; Satisfaction; Professionals.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio informa en 126 profesionales de salud de 6 hospitales y sus concepciones respectivas sobre el humanización. **Material y Métodos:** Para esta investigación, un análisis cualitativo de su contenido se llevó a cabo, mientras usando una encuesta semi-abierta que coleccionó los datos socio-demográficos y concepciones de humanización. **Resultados:** Predominantemente los profesionales de salud eran de edad entre 46 y 55 años, casado, las mujeres, ganando entre 4 y 6 sueldos de la publicación mensual mínimos (US\$705.00-US\$1,055.00). Sus discursos revelaron una falta

de conocimiento sobre el problema, y que algunos de ellos son conscientes que la institución en que ellos trabajan está en el proceso de adoptar una Política Ministerial. **Conclusiones:** La necesidad para un enfoque más ancho en la salud del obrero y dirección participante fue descubierta. Fue observado que respetando el papel que los individuos juegan en la institución, los resultados en una mejora significativa en la calidad de cuidado proporcionada.

Palabras claves: Política; Hospital; Satisfacción; Profesionales.

RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa obteve como público-alvo 126 profissionais de saúde e suas respectivas concepções acerca da humanização em 06 hospitais.

Material e métodos: Para a referida pesquisa foi realizada análise dos discursos dos sujeitos, em caráter qualitativo utilizando como instrumento base um questionário semi-aberto constando dados sócio-demográficos e concepções da humanização. **Resultados:** Os profissionais de saúde apresentaram predominantemente idade de 46 a 55 anos, de sexo feminino, casados, submetidos a uma renda de 4 a 6 Salários Mínimos. Em seus relatos foi possível constatar um baixo conhecimento sobre o tema, de modo que poucos identificam ou sabem que o serviço ao qual assiste está em processo

de adoção a uma Política Ministerial. Detectou-se a necessidade de um foco maior em ações voltadas a saúde do trabalhador e a gestão participativa.

Conclusões: Percebe-se que considerar o protagonismo dos sujeitos na instituição, independente de suas atribuições, permite um espaço ampliado para a efetivação da qualidade na assistência.

Palavras-chaves: Política. Hospital; Satisfação; Profissionais.

INTRODUCTION

The health sciences have contributed greatly to advances in the prevention, treatment, and rehabilitation of diseases and other disorders that attack individuals. The purely technological advances are essential; however, the human-social aspects must also be considered ^(1, 2, 3).

In public health, studies ⁽⁴⁻⁷⁾ reveal that the biopsychosocial perspective of the “human” side could have a wider focus, including professionals, administrators, patients and the community. Despite being the topic of discussion since the 1970s and 1980s during the Sanitary Reform, it is still quite restricted. The process of implementing humanization policies directed to the individual is advancing at a snail’s pace, due to the Cartesian, dichotomous, fragmented and reductionist model still in place. Only in recent discussions and support for quality practices has the concept of the health-sickness process from a widened and integral perspective (humanization) been contemplated ^(1, 2, 8).

Despite the innumerable concepts that seek to explain humanization, in its essence it is a multidisciplinary proposal to reassess, sensitize, standardize and organize attitudes and behaviors that favor ethics, citizen rights and the quality of the health services provided ^(3, 9, 10).

Humanization has become more than just a vision. It is a necessity, given the urgency of providing qualified institutional care. No longer are initiatives restricted to hospitals; since 2003 the public health system follows a wide ranging policy involving the entire network: the National Humanization Policy/HUMANIZASUS (PNH). PNH includes global aspects inherent to individuals involved in the health care process; that is, patients, the community,

health professionals, support employees, the institution and its administrators. It aims at putting into effect the principles of the National Health System (SUS) in daily care and administration practices and promoting fruitful exchanges between the subjects involved, resulting in greater sustainability in the institutionalization process. It acts around three basic principles: 1) **The interdependence and complementarity** between care, management and production processes; 2) **Transversality**, enabling intra- and intergroup communication; 3) **Autonomy and the role of the subjects**, making the co-responsibility, commitment and participation of all those involved a practical possibility.

Considering the aforementioned aspects for the institutionalization of PNH, it is important to know the characteristics, culture and needs inherent to the hospital and the subjects. The principles intrinsic to such a policy aim at encompassing the following aspects and contexts: the expanded clinic, participative management and co-management, ambience, a receptive attitude, worker health, the defense of patients' rights, and the humanization working group ^(12, 13). It is worth pointing out that aspects such as defense of patients' rights and worker health have only been focused on since 2006.

Health professionals (emphasis of this study) have been experiencing several work-related problems, such as the demands of productivity, availability, efficiency and agility. At the same time, we observe a great need for support, deficient human resources, unsuitable environment, lack of material and ergonomic standards, and low salaries ^(7, 9). There is a wide variety of conflicts involving health professionals. The obstacles range from lack of communication to unpreparedness in dealing with the institutional reality ⁽¹²⁾. These difficulties

can be solved with a participatory structure, with channels that allow free expression, accessibility and the integration of all those involved in the process. It is therefore indispensable to provide means that facilitate the humanization of health care. One of these is the proposal to institute feedback channels such as instruments that assess satisfaction and needs.

Periodic evaluation must be supported by resources that are suitable to the reality inherent to the context and to the target population in question, as explained by Deslandes: “In the public health field, the assessment of services is extremely relevant, since it enables planning choices to be made as well as the technical and social control of services and programs provided to society” (14:104).

Health professionals who work directly with patient care deal constantly with day-to-day problems and needs. Putting elements into practice that lead to a wider dialogue involving different knowledge and experience allows for better orientation and support, as underscored by National Humanization Policy/HUMANIZASUS (PNH): “The problematization and exchange of knowledge and experiences of the work itself emerge as sources of perception and interpretation of life at work, showing the moments of collective creation, construction and learning, and also analyzing aspects that cause suffering, exhaustion and disease. Through these methods, the workers involved have the opportunity of becoming multipliers. All the individuals, in their own way, critically appraise the concepts and knowledge, analyze their own work reality and present their discoveries in the different institutional areas in which they interact” (15:12).

Finding means to approach the guidelines and precepts established by the PNH, fit to the health reality, may be a path to follow, since assessment, in addition to guiding actions, collaborates for the emergence of new proposals and strategies. Moreover, it is a “thermometer” that measures the speed and effectiveness of the activities offered ^(15, 16).

METHODS

Owing to the structural guidelines outlined by the study and the scientific recommendations established, the qualitative analytical approach proposed by Bardin was used ⁽¹⁶⁾ for content analysis to better understand the content of humanization, from the viewpoint of different health professionals ^(17, 18). This is a cross-sectional study, focused on the nurses of six leading hospitals in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. It should be pointed out that the PNH has been attempting to establish humanization in its health institutions in recent years. It became necessary to elaborate means that would make this process more consistent with the existing reality, and it was thus considered that the discourse of health professionals was essential to better understand this reality ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

The total study sample consisted of 126 university level health professionals (28.6% doctors, 31.7% nurses, 16.7% social assistants, 19% nutritionists and 4% psychologists). Subjects who were in a probationary period, who refused to take part, or were on long-term leave of absence (whether it was sick leave or otherwise) were excluded from the study. Those who exercised their function exclusively in the infirmary ward and who were on duty during the daytime (period of greater activity) were included.

The instruments used for data collection were divided into 2 parts, the first of which investigated general demographic traits (personal, social and professional data). The second part consisted of open questions about humanization and the perception of it. The semi-open questionnaire was previously validated and applied individually, during moments of less activity, in a quiet area, in the presence of the researcher.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Resolution 196/96 of the National Health Council/Brasil), and all the subjects that took part signed an informed consent form.

RESULTS AND DISCUSSIONS

Data analysis is presented in a systematized way, distributed into subject characterization, humanization and hospitals. In order to ensure the anonymity of the participants, the following codes were used in the discourses: P1 (professional = corresponding number).

Subject characterization

The individuals were aged between 46 and 55 years (40.5%), predominantly women (84.9%), married (54.8%), with specialized courses (69%), whose time of service at the institution ranged from more than 20 years (22.2%) to between 16 and 20 years (20.6%). The subjects earned between 4 and 6 minimum monthly wages (\approx US\$705.00 – US\$1,055.00) (50.8%), requiring them to work at multiple jobs (61.9%) to supplement their income. Of those with other jobs, 52.2% worked in one other institution and 25.6% worked

at two additional jobs. The weekly hourly workload at the hospital varied between 30 and 40 hours (71.4%).

These professionals are submitted to an excessive workload, owing to the fact that most of them seek extra employment to supplement their meager income, often working all-night shifts as a means of achieving this. It is known that excess work leads to dissatisfaction, discouragement and fatigue, especially for individuals working supplemental duty who are unable to sufficiently rest, given the unpredictability of demand and of the constant requests from patients ^(1, 3, 8).

Another factor demonstrated by the time of service is in the high number of professionals near retirement. It is worth underscoring that the number of positions made available is far below that needed to meet the demand.

Humanization and Hospitals

The term humanization has various definitions and interpretations. To better understand and analyze its meaning in the institution the following questions were posed to the subjects: 1) How do you define humanization? 2) How do you perceive humanization at the institution in which you work? These questions are in accordance with the proposal of this study, given that the policy of humanization needs to be used to construct a participatory process that values the individuals involved.

In agreement with earlier studies ⁽⁷⁻⁸⁾ that defined the term humanization, the meaning among the employees in question can be observed, approaching aspects inherent to the human being; that is, including elements related to the subjectivity of the individual. *The term itself defines "humanize"; that is, treating others as if they were you. Listening, valuing, showing warmth and above all,*

treating everyone with dignity, respecting their rights, limits and subjectivity (P7). It is listening carefully to everyone, respecting human rights in terms of the dignity, love, and respect of the individual (P25). However, how do these workers perceive humanization in their institution? And how do they see themselves as professionals within this process? Few professionals link humanization to their own needs and improvements at work. *Humanization is the institution treating its clientele properly, with modern equipment, physical structure and qualified personnel ... is offering good care (P9).* Although the technical side still prevails, importance is increasingly being given to well being, receptivity and patient-professional integration. The patient is perceived by the professionals themselves as the only priority in this process. It can be observed that the level of knowledge about the theme is low; few identify or know that the facility in which they work is linked to a humanization policy. Information on its activities must be passed on clearly and accurately, to reach the levels inherent to the context.

Disclosure of actions, activities, projects and programs is scarce. The most disclosed activities are related to actions directed toward receptivity, encompassing the contextualization of the environment, specialized services offered, recreation and educational activities and the admission of interns.

Receptivity towards patients and their accompanying person, with a recreation area reserved for children and birthday parties for those hospitalized in the infirmary (P9). In the case presented here, the view of receptivity is still restricted to the patient. Professionals do not consider themselves a part of receptivity, given that it also involves the operationalization of work processes in the health area. Listening to demands and needs must be widened, with

professionals assuming an ethics-citizen rights posture towards care; that is, receptivity lies in communication and the resolution of care ^(7, 13).

The focus on some actions is apparent. The institutionalization process, that is, the implementation of activities in the organizational culture has not yet taken place. Few become involved or take part, as shown in the following discourse: *There is a project but it is not well developed, does not include all the professionals, and is restricted to one group. I want to take part, but they don't call me and they don't involve others. Few people know about it* (P22). As can be observed, the scarce disclosure of information, and the restricted participation of few hinder the involvement of the remainder. The flow of communication is still limited and fragmented.

A variety of needs can be identified among the subjects, the most important of which are those related to improvements in actions benefiting health professionals, the so-called taking care of the caregiver: *What I notice in this hospital and in other institutions in recent years is that there is generally a great concern about the amount of work and production. So you have to be a work producing and care producing machine, but at the same time they don't worry about the quality of the service or the health professional, such as work overload, do they? So, this leaves us exhausted and stressed, trying to meet an expectation that isn't real, I think. Professional health, mainly in the mental health area, is very precarious; there is emotional stress because professionals transfer responsibility and demand work production.* (P40). Stressor factors in the environment may contribute to the triggering of physical and emotional problems, a process involving stimulus, adaptation and reaction ⁽¹⁾. An

environment under pressure becomes a threat to the individual, reflected both in their personal lives and in the exercise of their work functions.

We can infer that the hospital environment contributes significantly to occupational stress. In the care given to the public in question it becomes valid to include diversified elements such as: courses, qualification, worker health care, ergonomics, quality of life and leisure. These data corroborate earlier studies ^(1, 7, 8), where worker health is an element that deserves attention. Health professionals are not targeted for investments by the institutions. Offering health, quality of life at work and leisure options to those who improve the health of others is essential, since the consequences of stress include the difficulty to act, professional dissatisfaction, and poor quality of life, reflecting thus, in both their occupational performance and their personal life. The entire health team must undoubtedly be included in this process by having their needs better met, thereby improving the performance of their activities, as well as their health and quality of life.

According to the report to follow, participatory management is also one of the guidelines that deserves attention: *(...) there is a very large distance between the administration and the employees of the institution, in such a way that it is difficult to recognize the real needs of the hospital (P4)*. Perceiving, taking part and intervening as a response to the real problems is essential for greater commitment of the institution in its horizontal, participatory and integrative relations among the subjects. Administrators need to know the institutional needs, and one of the channels is in listening. P33 also mentions the need for equal treatment for all the categories: *(...) there must be equal treatment for professors and employees; also a system of employee*

suggestions so that we can express the needs of the different sectors. The aforementioned aspects show that it is extremely important for administrators to be aware of the positive effect that these aspects have on the quality of health care. It is known that the behavior of the health professional with a patient requires not only attitude based on ethics and quality, but also demands humanized conditions throughout the hospital.

The process of humanization is not achieved with “palliative” activities; it requires initially an ethical posture from all those who are involved in health care. Among the aspects needed for humanization are improvements to working conditions such as: materials, number of professionals according to the mean number of patients, a respectable wage, qualification, communication, human relations and benefits, among others ^(1, 5, 12). Indeed, being a health professional is not an easy task. In addition to the pressure of the job, there are other aspects inherent to management, patients and context that influence, among other things, their way of relating to others and their emotional health.

This study shows that listening channels, such as job satisfaction research, help monitor improvements, and act as a guiding element to adapt and institutionalize activities. These actions, instead of being restricted to small groups, must be widened to include everyone, from administrators to the community.

Conflicts in the hospital environment are practically inevitable; however, they are much more predictable and solvable when the organization has a participatory structure containing channels of free expression accessible to all. Accordingly, interaction, communication and commitment in the hospital environment are important as vehicles in implementing the process of

humanized care. The level of the relationships established in the institutional setting may vary depending on the context of the institution, as well as the subjects who relate with one other.

Health professionals deal with various factors during the exercise of their profession. Demands range from productivity, availability, efficiency and agility. The number of professionals is insufficient and the wages are unattractive. The levels of absenteeism and the number of employees approaching retirement have increased, causing a work overload for those who remain, owing to the longer workday. Consequences such as low production, dissatisfaction, increased operational costs and difficulties in replacing absent workers are inevitable. These factors hinder not only the quality of care, but also compromise the quality of life of these workers.

Considering the opinion of health care workers, regardless of their position, is highly worthwhile, since it may lead to co-participatory administration, promoting good relations among all those involved.

The expression of satisfaction and subjective needs becomes essential, given that the aim is to provide quality care in a harmonious atmosphere. Perceiving and planning care requires an all-encompassing holistic attitude. Being aware of both the possibilities and the limitations is crucial. All the subjects are equally responsible for adopting measures that favor the promotion of biopsychosocial well being in the hospital context.

ACKNOWLEDGEMENTS

To the Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde and the Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

To the collaborators José Helder Franco Aquino, Priscilla Chistina Bezerra Araújo, Tabita Aija Silva Moreira, Daniela Pousa Farias and Camomila Lira Ferreira. To the hospitals and professionals that took part in the study.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. Pitta, A. M. F. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. – São Paulo: Hucitec, 1999.
2. Martins P. Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.
3. De Marco, M. A. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
4. Yépez, M. T., Morais, N. A. Reivindicando a Subjetividade dos Usuários da Rede Básica de Saúde: para uma Humanização do Treinamento. Cadernos de Saúde Pública. 2004, 20, (1).
5. Martins, MCFN. Humanização na Saúde: relação médico-paciente no microscópio. Revista Ser Médico. 2002, 5 (18).
6. 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. 2000, 16 (2).
7. Hoga, LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2004, 38 (1): 13-20.

8. Backes S D, Filho WDL, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006, 40 (2): 221-7.
9. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005, 5 (4): 493- 503.
10. Mezomo J C. *Hospital Humanizado*. Fortaleza: Ed Premium, 2001.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – projeto piloto. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2000.
12. 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.
13. Deslandes, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004, 9 (1): 07-14.
14. Deslandes, S. F. Concepções em Pesquisa Social: articulações com o campo da avaliação serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997, 13 (1): 103-107.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2008.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
17. Moreira ASP. *Perspectivas Teórico-Metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005.
18. Trivinõs ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a perspectiva qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

COLABORADORES

Oliveira, L. C. B. realizou pesquisa bibliográfica e elaborou o artigo. Maia, E. M.

C. orientou o estudo e revisou o artigo sob uma análise crítica.

4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

A formação da pesquisadora deste estudo girou em torno da Humanização dos hospitais do Rio Grande do Norte, cujo interesse veio desde findo a graduação, há oito anos atrás. Fez de seu primeiro local de trabalho escola: o Hospital Universitário Ana Bezerra. Lá acompanhou todo o processo de reconhecimento institucional, desde o antigo PNHAH, até a atual PNH. Atuando recentemente enquanto membro do Comitê Estadual de Humanização (PNH/RN).

Neste percurso, que por duas vezes em diferentes hospitais (Hospital Ana Bezerra e Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra) fora além de participante do Grupo de Trabalho em Humanização. Também atuou como gerente de Recursos Humanos nas instituições. Tais oportunidades viabilizaram presenciar relatos de funcionários quanto à necessidade em serem cuidados. Atestados, licenças, absenteísmos foram elementos que reforçavam tais críticas. Iniciativas, projetos, programas, parcerias realizadas nestas instituições trouxeram alguns resultados, mas não de cunho científico. O assunto tornou-se instigante. Diante do interesse pelo tema, fora então dado início a alguns estudos iniciais abarcando a questão, até chegar aos resultados da referida Tese.

Vale salientar que a pesquisadora tomou a máxima cautela ao redigir e analisar os dados, de modo a não tendenciar os resultados. Não houve espaço para receios em divulgar o que não foi esperado, ou até mesmo em subestimar ou desconsiderar dados considerados como “simples” ou óbvios, (mas que ao final faz um diferencial).

Este estudo é considerado inédito, já que não foi possível encontrar pesquisas semelhantes que abordassem o tema e as variáveis aqui apresentadas de uma forma relacionada. Assuntos como humanização, saúde psíquica, stress são reportados na literatura, no entanto ainda de modo isolado^(1, 2, 7, 9, 10, 27). É válido ressaltar a importância desta oportunidade para refletir sobre a humanização dirigida a saúde do trabalhador na saúde, ainda mais quando se é possível estudar sob a ótica científica, o próprio contexto do trabalho, já que a pesquisadora também é uma profissional de saúde.

Os resultados aqui relatados proporcionarão subsídios para elaboração de materiais de leitura e divulgação com um enfoque crítico-reflexivo sobre os aspectos emergenciais das condições de saúde do público alvo. Estudos como este, podem ser realizados em outros hospitais, inserindo outros níveis de profissionais na área da saúde, sob os mais diversos vínculos, permitindo uma possível corroboração ou quem sabe refutação relacionada aos dados então discutidos. Outro fator a ser acrescentado está na possibilidade em divulgar os resultados nas instituições pesquisadas, assim como junto ao Comitê Estadual de Humanização de modo a elaborar propostas direcionadas e adequadas aos sujeitos em questão.

A Tese apresentada de caráter multiprofissional, contou com o apoio de estatísticos, psicólogos, assistente social e administradores. Efetivou um estudo do tipo transversal, de natureza quantitativa e qualitativa. Participaram da amostra 126 profissionais de saúde atuantes em enfermarias de seis hospitais públicos (03 estaduais e 03 federais), referenciados junto ao SUS no Estado do Rio Grande do Norte. Considerando os reconhecimentos e premiações as instituições foram divididas em dois grupos:

1) HOSPITAIS HUMANIZADOS RECONHECIDOS (HHR)

A) Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) – Parto Midwefery (2000) e referenciado pelo PNHAH em 2001. Natal/RN.

B) Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) – Prêmio Galba Araújo (2000) e referenciado pelo PNHAH em 2001. Santa Cruz/RN.

C) Hospital Dr. Jose Pedro Bezerra (HJPB) – Menção Honrosa através do 1º. Prêmio HUMANIZASUS/David Capistrano, em 2004. Natal/RN.

2) HOSPITAIS EM PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO (HPH)

A) Hospital de Pediatria (HOSPED). Natal/RN.

B) Hospital Giselda Trigueiro (HGT). Natal/RN.

C) Hospital Regional Aloísio Bezerra (HRAB). Santa Cruz/RN.

Os hospitais acima expostos foram escolhidos conforme as possibilidades de categorização e reconhecimento formal pelo MS.

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 de estudo 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.

Com fins de obter resultados adequados aos objetivos propostos, utilizou-se 03 instrumentos. Em um questionário semi-aberto primeiramente possibilitou coletar dados sócio-demográficos funcionais e de humanização no trabalho (APÊNDICE I). Esta sessão está composta por questões fechadas e abertas.

O segundo instrumento utilizado foi o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Tal método consiste em uma avaliação psicológica, composta por 60 itens cujo objetivo esteve em avaliar a saúde psíquica do indivíduo. Criado em 1972 por Goldberg, sua finalidade está destinada a mensurar a severidade de distúrbios psíquicos não psicóticos, assim como servir de meio para identificar prováveis casos destes distúrbios na população geral não clínica. Pela sua reconhecida finalidade e a ausência de um instrumento

direcionado a avaliação supracitada, foi então traduzida e validada no Brasil (em português). A versão brasileira avalia cinco fatores de caráter psiquiátrico, possibilitando também demonstrar um escore geral de distúrbios psiquiátricos⁽³²⁾.

O questionário apresenta-se através de um caderno contendo 60 questões (ANEXO I) em escala do tipo likert e um folheto de respostas. Para sua análise, conta com um manual e crivos de correção. Busca avaliar fatores como: F1 – Tensão ou stress psíquico; F2 – Desejo de Morte; F3 – Falta de confiança na capacidade de desempenho (auto - eficácia); F4 – Distúrbios do sono; F5 – Distúrbios psicossomáticos, e; F6 – Ausência de saúde mental (fator geral). É importante esclarecer que os fatores acima mencionados, são possíveis de serem apresentados como único fator geral (F6), demonstrando dimensões gerais da ausência ou presença de saúde mental, através do nível de sofrimento psíquico ou não do indivíduo. Contudo, os fatores também podem ser analisados isoladamente, dependendo da necessidade. A avaliação do perfil sintomático é possível observar através dos escores percentílicos cujos valores podem variar entre 5% (nível salutar) a 100% (estado grave). Ou seja, os casos que acusem um percentil acima de 90, referem-se aos sujeitos com a saúde gravemente debilitada, necessitando de tratamento. Percentuais demonstrados entre 55 próximo a 90 são considerados limítrofes (em processo de agravo, necessitando de atenção). Já os indivíduos com percentil abaixo de 50 demonstram apresentar em saúde psíquica entre boa a ótima.

O uso deste instrumento torna-se desaconselhável nas seguintes situações: em indivíduos defensivos, não alfabetizados e com sintomatologia

psiquiátrica grave (psicóticos). O QSG é indicado a indivíduos normais, no intuito de verificar distúrbios psiquiátricos menores^(28, 32).

O último instrumento esteve configurado no Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Validado em 1994, este inventário foi escolhido a partir da perspectiva em que a qualidade de vida é influenciada pela variedade de tensão vivenciada pelo indivíduo, principalmente em momentos de persistência de resistência. Oferece uma medida objetiva de sintomatologia de stress e pode ser utilizada em sujeitos acima de 15 anos e adultos, podendo ser alfabetizado ou não⁽³³⁾.

O instrumento encontra-se apresentado pelo caderno de aplicação, folha de apuração e manual (ANEXO II). Sua estrutura é composta por três quadros referentes às quatro fases do stress. O ISSL abarca 37 itens/questões de natureza somática e 19 de psicológica, cujo objetivo principal está em identificar e avaliar: sintomas significativos de stress, a fase do stress em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a predominância de sintomatologia somática (física) ou psicológica⁽²⁹⁾.

É importante ressaltar que todos os instrumentos estão enquadrados como auto-aplicáveis, de fácil compreensão, cujo tempo de aplicação girava em torno de 40 a 50 minutos aproximadamente. Considera-se a importância do QSG e ISSL, pela sua validação, confiabilidade e referência via Conselho Federal de Psicologia. A correção dos questionários e inventários foi resguardada à pesquisadora psicóloga, conforme recomendação dos mesmos.

Após a realização do pré-teste, foi dado início à coleta de dados nas instituições durante o período de 2006.2 a 2007.2. Faz mister, que a referida pesquisa, durante o processo de coleta de dados, passou por duas greves

(uma em nível federal e outra em nível estadual), sendo necessário interromper a atividade momentaneamente.

Durante a coleta de dados, após contatar os sujeitos e explicar os objetivos propostos, os instrumentos eram então aplicados de forma individual, no local de trabalho, no plantão diurno, durante o intervalo das atribuições do sujeito. Partes dos resultados da presente pesquisa estão descritos nos artigos anexados a esta Tese. Outros estão em fase de confecção para posterior submissão, visto a gama de resultados apresentados. Considerando tais aspectos, vale aqui colocar alguns dados relevantes ao estudo em questão.

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^(19-20, 22, 28) reportando aspectos como sobrecarga de trabalho, em uma carga horária semanal extensa na instituição em que trabalha.

Comparando os hospitais inseridos no grupo HHR dos HPH, podem-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^(11, 12, 25, 28, 31).

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 prevalecente 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%, corroborando com estudos realizados^(20, 28, 31).

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. 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.

As limitações apresentadas no referido estudo estão no fato de não ser possível ater a generalizações em virtude da amostra reduzida ocasionada pela opção em ter uma amostragem o mais padronizada possível. 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.

É válido ressaltar que a pesquisadora deste estudo pretende dar continuidade ao aprofundamento do tema, assim como realizar novas pesquisas de cunho científico.

Estudar o assunto contribuiu para o crescimento intelectual e científico permitindo crescer conhecimentos metodológicos essenciais, adequados e específicos. Esta experiência enriquecedora deve-se a proposta interdisciplinar abordada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

(PPGCsa)/UFRN, assim como participação e ensinamentos repassados pelo corpo docente. Produzir um artigo científico foi fundamental para o amadurecimento científico. Neste sentido, futuras publicações encontram-se em fase de produção em virtude da gama de resultados atingidos e que necessitam ser melhores trabalhados e encaminhados a periódicos indexados pelo Qualis.

O referido trabalho necessitou de um esforço e empenho maior que o esperado. Lidar com situações imprevistas como as greves institucionais (tendo que suspender a coleta durante o período), requereu o estabelecimento de estratégias de modo a não interferir ou interferir o mínimo possível no andamento do estudo.

A articulação com gestores e os profissionais vinculados aos serviços públicos de saúde comprovou que o envolvimento de todos é essencial para um bom andamento das atividades, seja na prática da humanização, ou para a realização de estudos como este. Pesquisa como esta, foi possível de ser realizada em virtude da participação enquanto discente do PPGCsa e pesquisadora participante do Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde (GEPS)/UFRN, este último ao qual atualmente desenvolvo duas pesquisas com a participação de alunos de Iniciação Científica e colaboro em um projeto de extensão. Além disto, enquanto membro do corpo docente do curso de Psicologia de uma faculdade privada, já acompanho atividades de pesquisa e extensão. Quanto à pós-graduação, sou professora convidada do Curso de Especialização Psicologia da saúde: desenvolvimento e hospitalização (UFRN), lecionando a disciplina: Temas básicos em Psicologia da Saúde, cujos temas,

Humanização e Qualidade de vida dos profissionais de saúde são também abordados.

São frutos desta Tese:

1) Trabalhos apresentados em eventos científicos com publicação em Anais:

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. Atenção ao cuidar do cuidador: um estudo exploratório nos hospitais de Natal. VII Congresso Norte-Riograndense de Psicologia – III Jornada de Psicologia da UFRN, 2008, NATAL.

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. A humanização dos serviços gerais e especializados no Hospital de Pediatria: uma análise dos usuários e dos profissionais de saúde. VII Congresso Norte-Riograndense de Psicologia – III Jornada de Psicologia da UFRN, 2008, NATAL.

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., AIJA, Tabita, MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e equipe: caracterização da saúde psíquica do cuidador. IX Congresso de Iniciação Científica – CIC, 2008, NATAL.

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. Atenção ao cuidar do cuidador: um estudo exploratório nos hospitais de Natal. VIII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2008, SÃO PAULO.

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. A Humanização dos serviços gerais e especializados no Hospital de Pediatria: uma análise dos usuários e dos profissionais de saúde. VIII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2008, SÃO PAULO.

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., AIJA, Tabita, MAIA, Eulália Maria Chaves. Observações e Reflexões acerca da Saúde Psíquica do Profissional de Saúde. Semana de Humanidades, U:FRN. 2008, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. A Humanização dos serviços gerais e especializados no Hospital de Pediatria: uma análise dos usuários e dos profissionais de saúde. Semana de Humanidades, U:FRN. 2008, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., AIJA, Tabita, AQUINO, José Hélder Franco, MAIA, Eulália Maria Chaves. Uma breve reflexão sobre o stress dos profissionais de saúde em enfermarias. VI Congresso Norte-Riograndense de Psicologia – II Jornada de Psicologia da UFRN, 2007, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., FERREIRA, Camomila, AQUINO, José Hélder Franco, ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. A humanização para usuários e profissionais de saúde nas enfermarias do hospital de pediatria: uma análise preliminar. V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, 2007, MACEIÓ.
- ARAÚJO, P. C. B., TRINDADE, L. C. B. O., AQUINO, José Hélder Franco, AIJA, Tabita, MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e equipe: caracterização da saúde psíquica do cuidador. V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, 2007, MACEIÓ.
- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., Aija, Tabita, AQUINO, José Hélder Franco, MAIA, Eulália Maria Chaves. A saúde psíquica de quem faz

saúde: uma análise dos profissionais de saúde em enfermarias. VI Congresso Norte-Riograndense de Psicologia - II Jornada de Psicologia da UFRN, 2007, NATAL.

- TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., AQUINO, José Hélder Franco, AIJA, Tabita, MAIA, Eulália Maria Chaves. A Saúde Psíquica do Profissional de Saúde: um olhar sobre o trabalhador atuante em enfermaria. XV Semana de Humanidades, 2007, NATAL.

- ARAÚJO, P. C. B., AIJA, Tabita, TRINDADE, L. C. B. O., MAIA, Eulália Maria Chaves. Análise da Saúde Psíquica dos profissionais de Saúde no Hospital de Pediatria. XVIII Congresso de Iniciação Científica CIC: Pesquisa, Ambiente e Qualidade de Vida, 2007, NATAL.

- AQUINO, José Hélder Franco, ARAÚJO, P. C. B., TRINDADE, L. C. B. O., MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e Equipe: caracterização da saúde psíquica do cuidador. XVIII Congresso de Iniciação Científica CIC, 2007, NATAL.

- ARAÚJO, P. C. B., TRINDADE, L. C. B. O., AIJA, Tabita, AQUINO, José Hélder Franco, MAIA, Eulália Maria Chaves. Notas e reflexões à saúde psíquica dos profissionais da saúde. VI Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 2007, NATAL.

- TRINDADE, L. C. B. O. A humanização hospitalar e a saúde psíquica do cuidador. VII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2006, SÃO PAULO.

- TRINDADE, L. C. B. O., AQUINO, José Hélder Franco, ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. Avaliação da saúde psíquica e humanização dos profissionais de saúde: um olhar sobre o cuidar do cuidador. XIV Semana de Humanidades da UFRN, 2006, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., AQUINO, José Hélder Franco, ARAÚJO, P. C. B., AIJA, Tabita, MAIA, Eulália Maria Chaves. Avaliação da saúde psíquica e humanização dos profissionais de saúde: um olhar sobre o cuidar do cuidador. II Congresso Norte Riograndense de Psicologia, 2006, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e equipe: caracterização da saúde psíquica do cuidador. VIII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2006, SÃO PAULO.
- AQUINO, José Hélder Franco, TRINDADE, L. C. B. O., ARAÚJO, P. C. B., MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e equipe: caracterização da saúde psíquica do cuidador. Congresso de Iniciação Científica da UFRN, 2006, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., AQUINO, José Hélder Franco, MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e qualidade de vida dos profissionais de saúde nos hospitais universitários da UFRN: uma análise preliminar. II Congresso Norte Riograndense de Psicologia, 2006, NATAL.
- TRINDADE, L. C. B. O., AQUINO, José Hélder Franco, MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e qualidade de vida dos profissionais de saúde nos hospitais universitários da UFRN: uma análise preliminar. VIII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2006, SÃO PAULO.

- ARAÚJO, P. C. B., TRINDADE, L. C. B. O., AQUINO, José Hélder Franco, MAIA, Eulália Maria Chaves. Humanização e Qualidade de vida: Uma Avaliação dos Profissionais de saúde da UFRN. II CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2006, SÃO PAULO.
- TRINDADE, L. C. B. O., MAIA, Eulália Maria Chaves, AQUINO, José Hélder Franco, REIS, Priscila Karla Chaves dos. A humanização nos hospitais universitários do RN: uma ótica dos profissionais de saúde. I Congresso Latino-Americano da Psicologia - ULAPSI, 2005, SÃO PAULO.
- TRINDADE, L. C. B. O., MAIA, Eulália Maria Chaves, REIS, Priscila Karla Chaves dos, AQUINO, José Hélder Franco. Caracterização da humanização e qualidade de vida nos hospitais universitários da UFRN: uma visão dos profissionais de saúde. IX Congresso Nacional de Cirurgia Experimental. I Simpósio de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Acta Cirúrgica Brasileira; 2005; 20 (1). p. 173.
- TRINDADE, L. C. B. O., MAIA, Eulália Maria Chaves, AQUINO, José Hélder Franco, REIS, Priscila Karla Chaves dos. Perfil da humanização e qualidade de vida nos hospitais universitários da UFRN sob a ótica dos profissionais de saúde: uma análise preliminar. XIII Semana de Humanidades da UFRN, 2005, NATAL.

2) Pesquisas desenvolvidas relacionadas ao tema:

- A humanização dos serviços gerais e especializados no Hospital de Pediatria: uma análise dos usuários e dos profissionais de saúde (Projeto financiado pelo CNPq e FAPERN);
- Análise da saúde psíquica dos profissionais de saúde no Hospital de Pediatria (Cadastrado no CNPq).

5. APÊNDICE

5.1. Apêndice I: Questionário semi-aberto



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRUPO DE ESTUDOS EM PSICOLOGIA E SAÚDE – GEPS**

INSTITUIÇÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO (registrar somente as iniciais do nome): _____

PROFISSÃO: Assistente Social Enfermeiro Médico Psicólogo

Nutricionista

I - DADOS PESSOAIS:

1.1) IDADE: menos de 25 anos 25 a 35 anos 35 a 45 anos

45 a 55 anos 55 anos acima

1.2) SEXO: Masculino Feminino

1.3) RELIGIÃO: Católica Evangélica Espírita Outra. Qual? _____

1.4) ESTADO CIVIL: Casado(a) Solteiro(a) Separado(a)

Divorciado(a) Amasiado(a) Viúvo(a)

1.5) TEM FILHOS? 00 01 02 03 04 ou mais

1.6) QUANTOS DIAS SEMANAIS DISPÕE PARA A SUA VIDA PESSOAL?

00 01 02 03 acima

II - DADOS PROFISSIONAIS

2.1) PÓS- GRADUAÇÃO: Não fez Especialização Mestrado

Doutorado Pós-Doutorado

2.2) REGIME DE TRABALHO: Integral Parcial

2.3) CARGA HORÁRIA SEMANAL NESTA INSTITUIÇÃO:

até 20h 21 às 30h 31 às 40h 41 às 60h

2.4) TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:

2 a 5 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos 16 a 20 anos

21 anos acima

2.5) RENDA MENSAL NESTA INSTITUIÇÃO EM SALÁRIO MÍNIMO (SM):

Até 03 04 a 06 07 Acima

2.6) TRABALHA EM OUTROS LOCAIS: Sim Não***2.6.1) SE SIM, EM QUANTAS OUTRAS INSTITUIÇÕES VOCÊ***

TRABALHA? 01 02 03 04 acima

III – HUMANIZAÇÃO E TRABALHO**3.1) COMO VOCÊ AVALIA AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SEU**

SETOR? Ótimo Bom Regular Ruim Muito Ruim

3.2) AS CONDIÇÕES DE TRABALHO SÃO SUFICIENTES PARA

ATENDER A DEMANDA DE TRABALHO? Sim Não

3.3) COMO VOCÊ AVALIA A HUMANIZAÇÃO DE UMA FORMA GERAL

NESTE HOSPITAL? Ótimo Bom Regular Ruim

Muito Ruim Desconhece

3.4) COMO VOCÊ AVALIA A HUMANIZAÇÃO DIRECIONADA AOS

PROFISSIONAIS DE SAÚDE NESTE HOSPITAL?

Ótimo Bom Regular Ruim Muito Ruim Desconhece

3.5) O QUANTO VOCÊ SE SENTE MOTIVADO PARA TRABALHAR**NESTA INSTITUIÇÃO?** Muito motivado Razoavelmente motivado Pouco motivado Desmotivado**3.6) O QUANTO SE SENTE VALORIZADO ENQUANTO PROFISSIONAL****NESTA INSTITUIÇÃO?** Muito valorizado Razoavelmente valorizado Pouco valorizado Desvalorizado**3.7) EXISTEM PROGRAMAS INSTITUCIONAIS QUE VISEM A****QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO?** Sim Não Desconhece***3.7.1) SE SIM, QUAIS ATIVIDADES SÃO REALIZADAS?*** Cursos e capacitações Datas comemorativas Lazer Grupo de estudos Reuniões de planejamento e avaliação dos serviços atividade física Exames de saúde periódicos Atividades de prevenção à saúde e segurança no trabalho

3.8) PARA VOCÊ O QUE É A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR?**3.9) COMO VOCÊ PERCEBE A HUMANIZAÇÃO NESTA INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA?**

DATA / / .

Obrigada pela sua participação.

5.2 Apêndice II: Slides de Apresentação (Defesa)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE:
Uma análise crítica sobre a humanização
direcionada ao profissional de saúde**

Aluna: Luciana Carla Barbosa de Oliveira
Orientadora: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia
Grau: Doutorado

1

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

- Séc. XXI: novas perspectivas na atenção à saúde.
- Estima-se que existam no mundo cerca de 59 milhões de trabalhadores atuantes na saúde em tempo integral.
- Déficit de 2,4 milhões somente entre médicos e enfermeiros (OMS, 2006).
- Dejours (1997) evidenciou em seus estudos, a influência do trabalho sobre o nível de sofrimento psíquico do sujeito.

2

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

- Década de 90 – Aumento dos Cursos de Pós-graduação em Ciências da Saúde (Santana, 2006; Palácios, 2000; Pitta, 1999).
- Insuficiência de estudos direcionados à saúde do trabalhador na saúde (Juarez-Garcia, 2007; OMS, 2006; Borges, 2005; OPAS, 2001).
- O trabalho como fonte de stress, afetando à saúde do indivíduo.

3

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

Precariedade na saúde pública

Alta demanda a ser assistida e insuficiência de profissionais,
Exigências de produtividade, disponibilidade, eficiência,
Necessidade de manutenção 24 horas das atividades,
Escalas permanentes em turnos irregulares,
Vínculos em outras instituições em plantões sucessivos,
Baixos salários, falta de materiais, dentre outros aspectos.

4

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

HOSPITAL
ENFERMARIA

DOR, SOFRIMENTO E MORTE

SOFRIMENTO PSÍQUICO
STRESS

5

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

- O sofrimento psíquico pode ser definido como:

"a noção de sofrimento psíquico designa esta difusa zona entre a saúde e a doença significando um conceito mais preciso no âmbito da psicopatologia do trabalho" (Pitta, 1999, p 83).
- Seyle, foi o primeiro cientista que veio associar fatores do stress a área da saúde (Camelo & Angerami, 2004).
- Stress é o conjunto de reações inespecíficas que o organismo desenvolve frente a situações que exigem um esforço de adaptação.

6

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

Selye (1976) – Síndrome geral de adaptação

EVENTO ESTRESSOR → ALARME (MOBILIZAÇÃO) → RESISTÊNCIA → EXAUSTÃO (ESGOTAMENTO)

QUASE-EXAUSTÃO (Marilda Lipp, 1994)

7
Lailiana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

- Necessidades de Políticas Públicas direcionadas à saúde do trabalhador:

"A saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objetivo o estudo e a intervenção das relações entre trabalho e a saúde" (OPAS, 2001, p. 17).
- Dificuldades na implantação de programas e Políticas:
 - A pequena inserção da Rede SUS e pouco investimento financeiro;
 - Desconhecimento dos profissionais;
 - Déficit em recursos materiais, pessoal e bibliografia especializada;
 - Informações inadequadas e insuficientes acerca dos agravos e ocorrências relacionadas à saúde do trabalhador.

8
Lailiana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (Ministério da Saúde, 2001)

Avaliação

Títuloção, divulgação, integração e cooperação entre os Sistemas de Saúde

Grupo de Trabalho de Humanização - GTH

Capacitação

Modernização

9
Lailiana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Introdução

INTRODUÇÃO

- O SUS atual:
 - SUS
 - Política Nacional de Humanização/HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2006)
 - Trabalho e Redes de Saúde: Valorização dos Trabalhadores na Saúde (Ministério da Saúde, 2006)
 - Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP's)

SERÁ QUE A SAÚDE DO TRABALHADOR ESTÁ OBTENDO A DEVIDA ATENÇÃO COM A HUMANIZAÇÃO?

10
Lailiana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Questionamentos

QUESTIONAMENTOS:

- 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 os sujeitos dos demais hospitais?

11
Lailiana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Objetivos

OBJETIVOS:

- Avaliar e descrever os níveis de saúde psíquica e stress dos profissionais de saúde;
- 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;
- Verificar a avaliação dos profissionais de saúde acerca da humanização direcionada a eles e suas variáveis.

12
Lailiana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

- **Estudo:** Coorte Transversal
- **População:** Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais e Nutricionistas
- **Locais:** 06 hospitais públicos de referência (SUS), reconhecidos em humanização no Estado do Rio Grande do Norte:

<p>Hospitais Premiados pela Humanização</p> <p>Maternidade Escola Januário Cicco – PNH/HAH/2001, Natal/RN. Hospital Universitário Ana Bezerra – PNH/HAH em 2001, Santa Cruz/RN. Hospital Dr. Jose Pedro Bezerra – Menção Honrosa do Prêmio HUMANIZASUS/David Capistrano, em 2004, Natal/RN.</p>	<p>Hospitais não Premiados ou em processo de Humanização</p> <p>Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra - Natal/RN. Hospital Giselda Trigueiro - Natal/RN. Hospital Regional Aluisio Bezerra - Santa Cruz/RN.</p>
--	--

13
Luziana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

- **Crítérios de inclusão dos sujeitos**
 1. A vinculação funcional (servidor público) 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.

14
Luziana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

- **Crítérios de exclusão:**

Os sujeitos que não contemplassem todos estes aspectos, estivessem de licença, afastados por motivo de doença, tivessem respondido de forma incompleta os instrumentos ou se recusassem a participar do estudo, estariam automaticamente excluídos da amostra.

15
Luziana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

- **Amostra:** Aleatória proporcional um "n" de 126 sujeitos, possibilitando, assim, uma margem de confiança de 95%.
- **Estudo de caráter multidisciplinar:**

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.

Com relação à estimativa da amostra e análise estatística da pesquisa, foi possível contar com o apoio de dois profissionais da estatística.

16
Luziana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

- **Instrumentos:**
 - 1) Questionário semi-aberto, contemplado por dados sócio-demográficos, profissionais e de humanização;
 - 2) Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG);
 - 3) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL).
- **Período da coleta:** 2006.2 à 2007.2.
- **Padrões éticos:** Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN em cumprimento à Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/BRASIL.

17
Luziana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

- **Análise dos dados:**

Manual e crivos de correção para o QSG,
Manual para o ISSL,
Programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows, versão 12.0),
Para os dados qualitativos, as categorizações foram norteadas conforme a perspectiva de Bardin (1977).

18
Luziana Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Resultados e Discussões

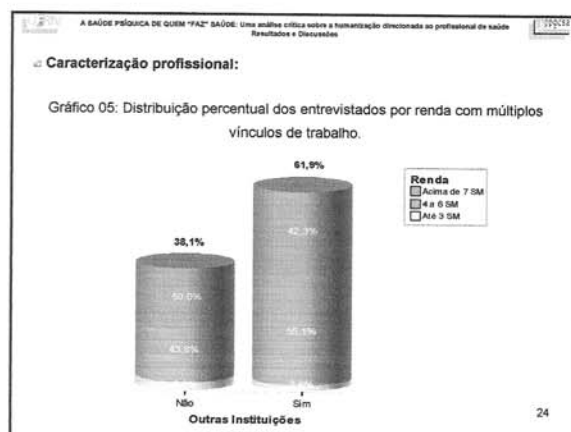
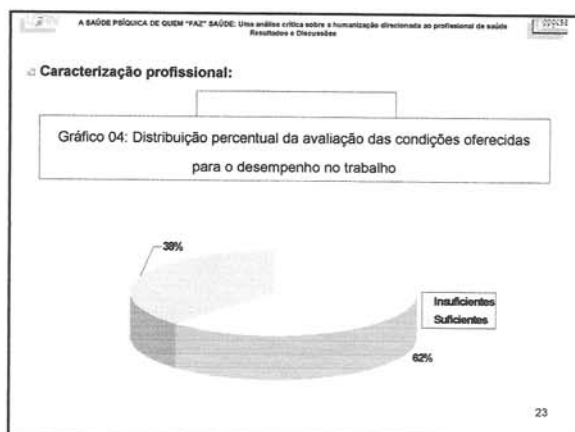
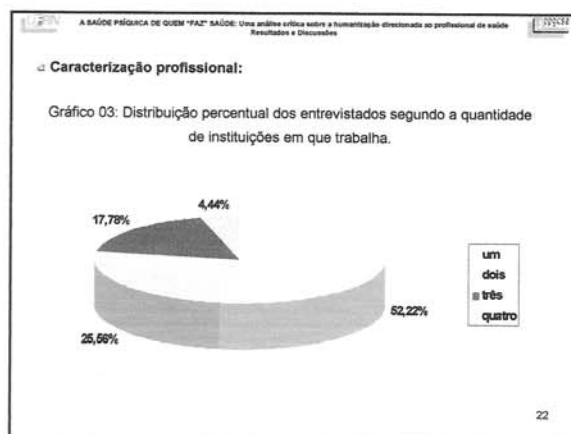
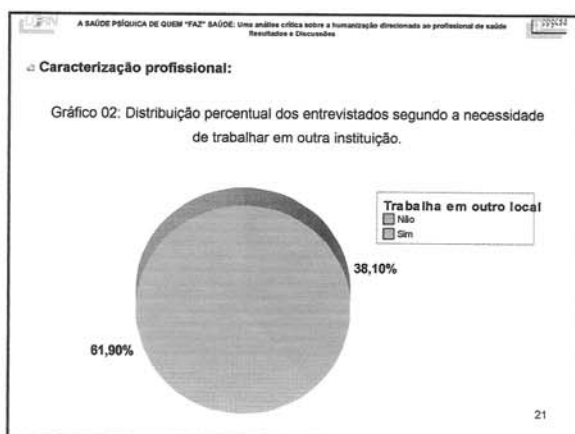
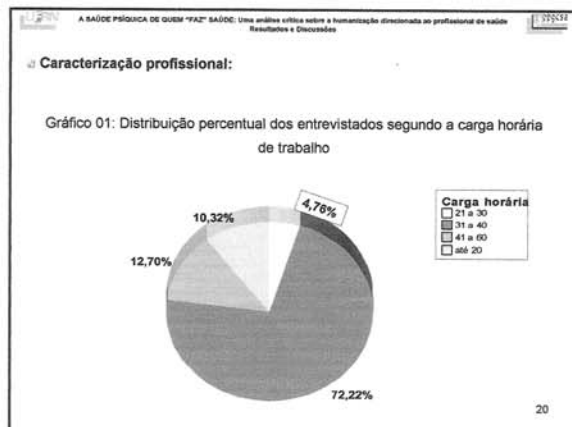
Caracterização da amostra:

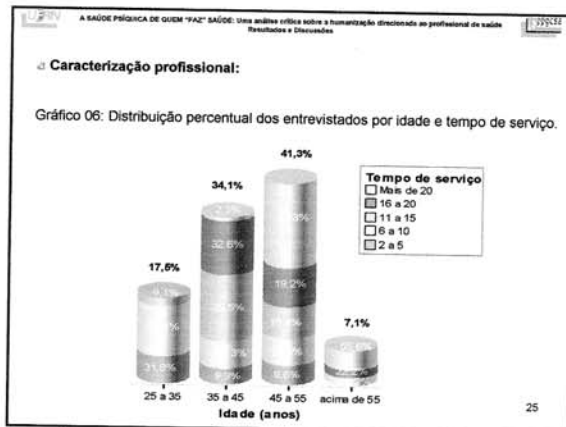
Tabela 01: Dados pessoais

PROFISSÃO	f	%	SEXO	f	%	EST. CIVIL	f	%
Médico	36	28,57	Feminino	107	84,92	Casado	69	54,76
Enfermeiro	40	31,75	Masculino	19	15,08	Solteiro	38	30,16
Assist. Social	21	16,67			Div/separado	15	11,91	
Psicólogo	05	3,97			Outro	04	3,18	
Nutricionista	24	19,5						
Total	126	100	Total	126	100	Total	126	100

IDADE	f	%	PROLE	f	%	DIAS/VIDA PESSOAL	f	%
25 a 35 anos	22	17,46	Nenhum	39	30,95	Nenhum	06	4,76
36 a 45 anos	43	34,13	Um	23	18,25	Um	37	29,37
46 a 55 anos	52	41,27	Dois	41	32,54	Dois	66	52,38
55 acima	09	7,14	Três acima	23	18,26	Três	17	13,49
Total	126	100	Total	126	100	Total	126	100

19

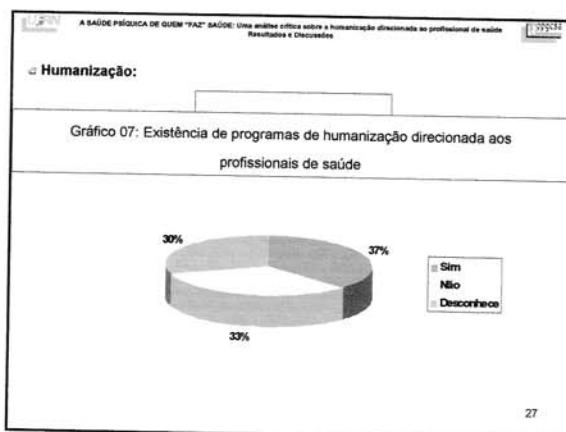




Humanização:

Quadro 01: Descrição resumida das categorias de análise de conteúdo (Técnica de Análise Temática), conforme Bardin (1977)

Categorias (frequência e porcentagem)	Variáveis associadas	Análise Temática
Categoria A f = 35 27,77%	Definição acerca da Humanização	Atenção inerente ao "ser" humano, visão holística
Categoria B f = 31 24,60%	Como você percebe a Humanização nesta instituição?	Necessidades de atenção ao profissional



AVALIAÇÃO DA SAÚDE PSÍQUICA SEGUNDO O QSG

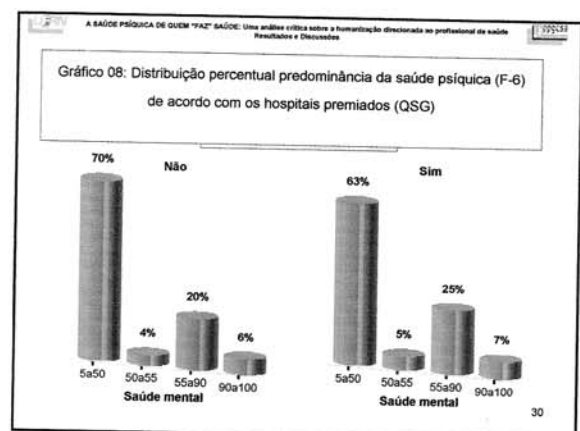
Esta avaliação permite analisar a saúde do sujeito tanto por fatores específicos quanto geral:

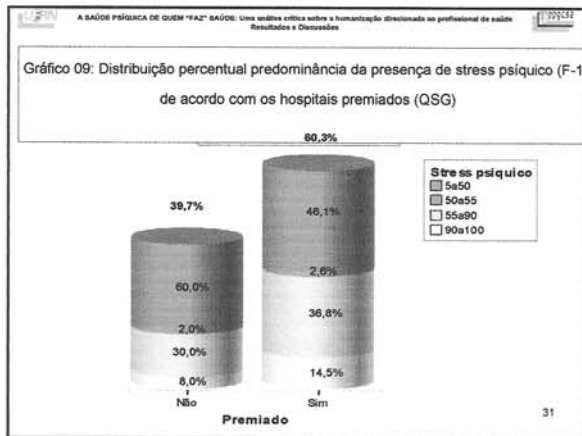
- F1 - stress psíquico,
- F2 - Desejo de Morte,
- F3 - Desconfiança do próprio desempenho,
- F4 - Distúrbios do sono,
- F5 - Distúrbios psicossomáticos, e
- F6 - saúde psíquica geral.

Escores:
 acima de 90 - casos psiquiátricos
 55 a 89 - casos limítrofes
 abaixo de 55 - boa saúde

Tabela 02. Perfil sintomático de saúde psíquica e seus fatores específicos, em profissionais de saúde (QSG)

Fatores	Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)											
	F1 Stress Psíquico		F2 Desejo de Morte		F3 Desconfiança no próprio desempenho		F4 Distúrbio do Sono		F5 Distúrbio psicossomático		F6 Saúde Psíquica Geral	
Valor	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5 - 55	68	54	89	70,6	64	50,7	57	45,2	58	46	89	70,7
55 - 90	43	34,1	30	23,8	48	38,1	51	40,5	48	38,1	29	23
90 - 100	15	11,9	7	5,6	14	11,1	18	14,3	20	15,9	8	6,3
Total	126	100	126	100	126	100	126	100	126	100	126	100

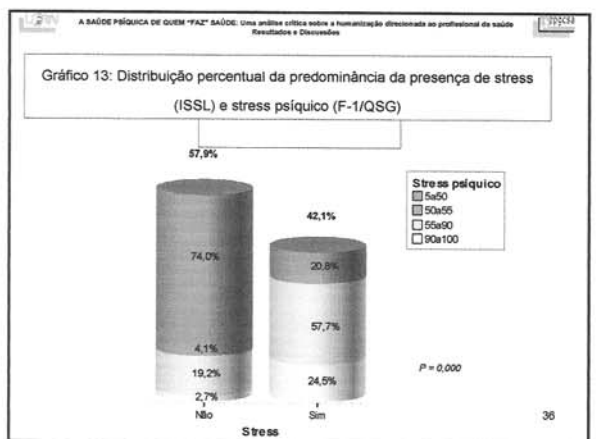
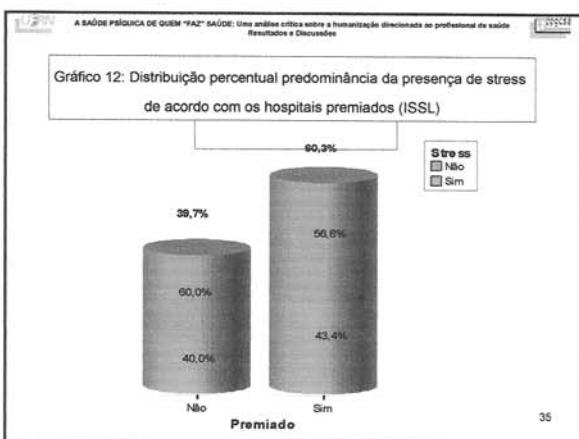
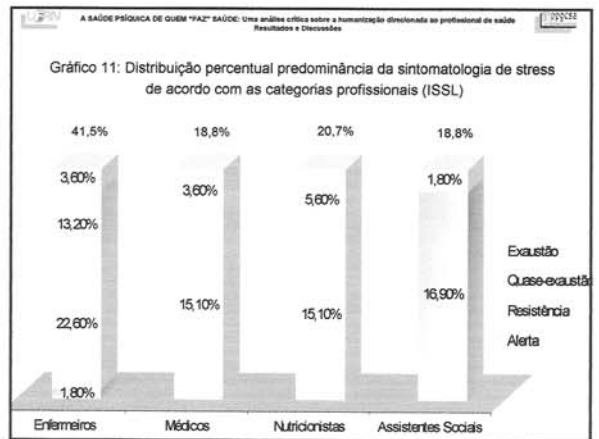
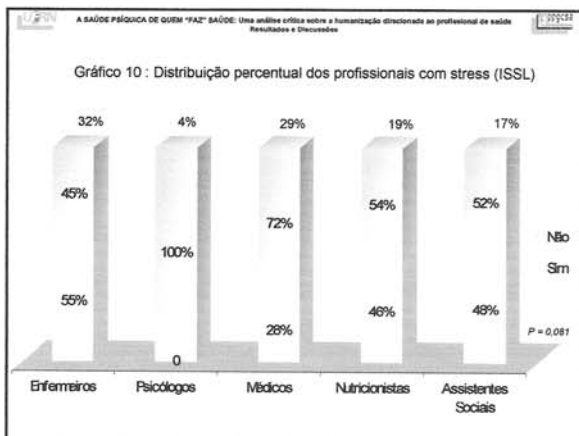




A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde
Resultados e Discussões

AVALIAÇÃO DO STRESS SEGUNDO O ISSL

Sua estrutura é composta por 37 itens/questions de natureza somática e 19 de psicológica, cujo objetivo principal está em identificar e avaliar: sintomas significativos de stress, a fase do stress em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a predominância de sintomatologia somática (física) ou psicológica.



A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ❑ Mesmo incluindo os profissionais saudáveis, cabe aqui colocar uma merecida atenção quanto à necessidade de ações preventivas, de modo a evitar futuros danos ou estados mais graves acerca das condições de saúde psíquica destes trabalhadores.
- ❑ A sobrecarga de trabalho, a que esses profissionais estão expostos, pode ter uma influência decisiva no estado de saúde desses profissionais, que, a partir dos instrumentos aplicados, demonstra estar um tanto fragilizada.

37
Lustosa Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ❑ Sabe-se que, diante da vulnerabilidade que o indivíduo apresenta, fica mais viável, futuramente, propor-se um melhor direcionamento de tratamentos ou ações preventivas a esses sujeitos.
- ❑ O fato do hospital ser premiado ou reconhecido como "humanizado", não significa que a saúde dos profissionais esteja em um nível melhor.
- ❑ É importante acrescentar novas pesquisas englobando outros locais como UTI, pronto-socorro e urgência, assim como a inserção de outros profissionais da área.

38
Lustosa Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Produção

PRODUÇÃO

- ❑ ARTIGO PUBLICADO: Oliveira LCB, Maia EMC. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. Revista Salud Pública. 10 (3): 405-413, 2008 (Qualis "C" Internacional).
- ❑ ARTIGOS ENVIADOS PARA AVALIAÇÃO: 02 (Ciência & Saúde Coletiva; Revista Española de Salud Pública).
- ❑ ARTIGO EM FASE DE ELABORAÇÃO: 01
- ❑ PESQUISAS RELACIONADAS COM O TEMA: 02 (01 financiada pela FAPERJ/CNPq)
- ❑ DISCIPLINA MINISTRADA EM CURSOS PÓS GRADUAÇÃO: 04
- ❑ TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS COM PUBLICAÇÕES EM ANAIS: 26 (2005 A 2008)

39
Lustosa Carla Barbosa de Oliveira

A SAÚDE PSÍQUICA DE QUEM "FAZ" SAÚDE: Uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde - Referências Bibliográficas


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Borges LO. Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
3. 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.
4. 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. 2000; 2 (1): 52-66.
5. Dejours C. A Loucura do Trabalho: estudo sobre a psicopatologia no trabalho. São Paulo: OBOR; 1997.
6. Santana VS. Saúde do Trabalhador no Brasil: pesquisa na pós graduação. Revista Saúde Pública. 2006, 40 (1).
7. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Huoltec; 1999.
8. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev. Latino-americana de Enfermagem. 2004; 12 (1): 14-21.
9. Selye H. Stress in Health and Disease. Boston: Butterworth; 1976.
10. Lipp M. Manual do Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSI). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
11. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação Empírica do Inventário do Sintomas de Stress (ISS). Estudos de Psicologia, 1994; 11 (3): 43-9.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2ª ed; 2006.


40
Lustosa Carla Barbosa de Oliveira

"Humanizar o atendimento é socorrer as circunstâncias e necessidades do outro, assim como tornar mais humana as condições de trabalho do pessoal hospitalar."

(Campos, 1995, p. 69).



Obrigada!



42

6. ANEXO

6.1. Questionário de Saúde Geral (QSG)

Questionário de Saúde Geral de Goldberg

CADERNO DE APLICAÇÃO

QSG

(Adaptação Brasileira)

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO

Neste questionário é apresentada uma série de 60 (sessenta) afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você. RESPONDA, por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS nas páginas que se seguem, **escrevendo**, no quadrinho da **Folha de Respostas** correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica a você.

É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se porventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima de você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado.

É importante que você procure responder a todas as perguntas.

PODE COMEÇAR



Você ultimamente:

1. Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?

- 1) melhor do que de costume
- 2) como de costume
- 3) pior do que de costume
- 4) muito pior do que de costume

2. Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

3. Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

4. Tem se sentido mal de saúde?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

5. *Tem sentido dores de cabeça?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

6. *Tem sentido dores na cabeça?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

7. *Tem sido capaz de se concentrar no que faz?*

- 1) melhor do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

8. *Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

9. *Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

10. *Tem suado (transpirado) muito?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

11. *Tem acordado cedo (antes da hor¹) e não tem conseguido dormir de novo?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

12. *Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

13. Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

14. Tem perdido muito sono por causa de preocupações?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

15. Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?

- 1) melhor do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos lúcido do que de costume
- 4) muito menos lúcido do que de costume

16. Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?

- 1) melhor do que de costume
- 2) como de costume
- 3) com menos energia do que de costume
- 4) com muito menos energia do que de costume

Você ultimamente:

17. Tem sentido dificuldade em conciliar o sono? (pegar no sono)

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

18. Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (após ter pego no sono)?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

19. Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

20. Tem tido noites agitadas e maldormidas?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

21. Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) um pouco menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

22. Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?

- 1) mais rápido do que de costume
- 2) como de costume
- 3) mais tempo do que de costume
- 4) muito mais tempo de que de costume

23. Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

24. Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

25. *Tem tido menos cuidado com suas roupas?*

- 1) mais cuidado do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos cuidado do que de costume
- 4) muito menos cuidado do que de costume

26. *Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?*

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

27. *Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar?*

- 1) melhor que de costume
- 2) mais ou menos igual
- 3) um pouco pior
- 4) muito pior

28. *Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?*

- 1) melhor que de costume
- 2) como de costume
- 3) pior do que de costume
- 4) muito pior do que de costume

Você ultimamente:

29. *Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais atrasado do que de costume
- 3) pouco mais atrasado do que de costume
- 4) muito mais atrasado do que de costume

30. *Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?*

- 1) mais satisfeito do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos satisfeito do que de costume
- 4) muito menos satisfeito do que de costume

31. *Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam?*

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

32. *Tem achado fácil conviver com outras pessoas?*

- 1) mais fácil do que de costume
- 2) tão fácil como de costume
- 3) mais difícil do que de costume
- 4) muito mais difícil do que de costume

Você ultimamente:

33. *Tem gasto muito tempo batendo papo?*

- 1) mais tempo do que de costume
- 2) tanto quanto de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

34. *Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo)?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

35. *Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?*

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos útil do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

36. *Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?*

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

Você ultimamente:

37. Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

38. Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

39. Tem se sentido constantemente sob tensão?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

40. Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

41. Tem achado a vida uma luta constante?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

42. Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) um pouco menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

43. Tem tido pouca paciência com as coisas?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) menos paciência do que de costume
- 4) muito menos paciência do que de costume

44. Tem se sentido irritado e mal-humorado?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

45. Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

46. Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?

- 1) mais capaz do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos capaz do que de costume
- 4) muito menos capaz do que de costume

47. Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

48. Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

49. *Tem se sentido infeliz e deprimido?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

50. *Tem perdido a confiança em você mesmo?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

51. *Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

52. *Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

53. *Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?*

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

54. *Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz?*

- 1) mais do que de costume
- 2) assim como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

55. *Tem se sentido nervoso e sempre tenso?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

56. *Tem sentido que a vida não vale a pena?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

57. *Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?*

- 1) definitivamente, não
- 2) acho que não
- 3) passou-me pela cabeça
- 4) definitivamente, sim

58. *Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

59. *Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?*

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

60. *Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?*

- 1) definitivamente, não
- 2) acho que não
- 3) passou-me pela cabeça
- 4) definitivamente, sim

6.2. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Novaes Lipp

CADERNO DE APLICAÇÃO

Instruções

Quadro 1 - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

Quadro 2 - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.

Quadro 3 - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

Nome:

Sexo:

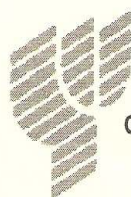
Data de nascimento:

Local de trabalho:

Função exercida:

Escolaridade:

Local e data:



Casa do Psicólogo®
Livraria e Editora

© 2000 Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Rua Mourato Coelho 1059 - São Paulo - SP - Tel./fax: (11)3034.3600 casadopsicologo@casadopsicologo.com.br - www.casapsicologo.com.br. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores. Impresso no Brasil/Printed in Brazil.



QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/
RANGER OS DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
- () 9. TAQUICARDIA
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
SÚBITA E PASSAGEIRA
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE
MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE
INICIAR NOVOS
PROJETOS



QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO



QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pitta, Ana Maria Fernandes. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
2. Martins P. Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
3. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005; 5 (4): 493- 503.
4. Mezomo J C. Hospital Humanizado. Fortaleza: Ed Premium; 2001.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2ª. ed; 2006.
7. Jaques, M. G. C. Abordagens Teórico Metodológicas em Saúde/Doença Mental & Trabalho. Psicologia & Sociedade. 2003; 15 (1).
8. De Marco, M. A. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
9. Hoga, LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2004; 38 (1): 13-20.
10. Backes S D, Filho WDL, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006; 40 (2): 221-227.
11. 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. 2000; 2 (1): 52-66.

12. 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*. 2000; 16 (2): 553-555.
13. 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.
14. Deslandes, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004, 9 (1): 07-14.
15. 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.
16. 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.
17. Costa M, Accioly Jr H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2007; 21 (4): 217-222.
18. Barros RB, Passos EA. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*. 2005; 10 (3): 561-571.
19. Faria, DAP. Morte como desafio afetivo para o profissional da saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

- (Dissertação de Mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
20. Bermúdez PB, Burillo JMT, Martinez NT, Rentero BD, Viquer Z. Accidentes de Trabajo en un hospital de agudos. *Revista Española de Salud Publica*. 1998; 72 (2): 127-136.
 21. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistematicas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes síndicales. *Série protección de la salud de los trabajadores*. Ginebra: OMS; 2004.
 22. Angerami-Camon VA. *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira; 2000.
 23. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*. 2001; 35 (1): 103-109.
 24. Romero AB. Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. *Salud de los Trabajadores*. 1998; 6 (2): 113-119.
 25. Dejours C. *A Loucura do Trabalho: estudo sobre a psicopatologia no trabalho*. São Paulo: OBOR; 1997.
 26. Dejours , C. & Abdouchely, E. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo. Atlas; 1994.
 27. Borges LO. *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
 28. Lipp M. *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas*. Campinas: Papyrus; 2004.

29. Restrepo-Ayala NC, Colorado-Vargas GO, Cabrera-Arana GA. Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Rev. Salud Pública. 2006; 08 (1): 63-73.
30. Juárez-García A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud Pública de México. 2007; 49 (2): 109-117.
31. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
32. Lipp M. Manual do Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
33. Moreira ASP. Perspectivas Teórico-Methodológicas em Representações Sociais. João Pessoa: UFPB; 2005.
34. Trivínõs ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a perspectiva qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

ABSTRACT

It is noticeable that pressure, tension and overwork are frequent in health professionals' routine. The work related to the ward area demands deep attention and surveillance. Because of that, it is essential to have a specific look at the humanization directed at health professionals, considering that taking care of other human beings is the essence of their job. This study has analyzed the psychic health levels, as well as the stress health professionals are submitted to, providing a debate about the humanization in 06 public hospitals (03 of them awarded by actions of humanization, and 03 not awarded) in Rio Grande do Norte state, Brazil. A study with 126 active health professionals (doctors, nurses, psychologists, nutritionists and social workers) in ward areas in their respective institutions was carried out. The thesis presented, with multi-disciplinary characteristic, counted on the support of statisticians (to calculate samples and data analysis), psychologists, social workers and administrators (linked to the human resources sector in each hospital). A cross-sectional study was performed, taking into consideration both quantitative and qualitative factors. The tools used for that were a semi-structured questionnaire with socio-demographic characteristics, work and humanization; Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (ISSL), and the Goldberg's General Health Questionnaire (QSG). The workers are predominantly women (84,9%), married (54,8%), between 46 and 55 years old (40,5%), working in the same institution for more than 20 years (22,2%), and between 16 and 20 years (20,6%), respectively. They work 40 hours a week (71,4%) and have multiple jobs (61,9%). Although most of these individuals' global psychic health is in a good level, there are a significant number of people that is gradually getting worse concerning psychic stress (F1) showed by QSG (54,7%), and stress showed by ISSL(42,1%). Observing the categories, nurses (41,5%). Nutritionists (20,8%), doctors and social workers (18,9%), were among the most affected. About general health (F6), 63% of the awarded hospitals and 70% of the not awarded ones, presented good health levels (ranging from 5 to 50%). It was also noticed that, in the groups mentioned above, 25 and 20% respectively, were inserted in scores between 55 to 90%, what means that they are in worsening phase. The fact that the hospital is awarded or well recognized doesn't interfere in health professionals' stress level and in their psychic health. Through what was heard from these individuals, it was possible to verify that they know little about humanization, once few of them identify or know that the service they offer is in an adoption process by Ministerial Policies. It was also detected the necessity of developing actions aimed at worker's health. Such results showed the importance of have more investments in programs that are directed to workers' well-being, because they deal with other people's health and it is known that it is difficult for them to offer high-quality assistance if there are not suitable physical, psychological and material conditions to help them develop their jobs. As a warning, it is fair to say that investments in actions that provide humanized care to health professionals, mainly concerning preventive care for their health and life quality in their work.

Key words: Occupational health; Psychology of the work; Health occupations; Public Health; Politics of health.