

BARREIRAS PARA FAZER ATENÇÃO HOSPITALAR HUMANIZADA: A VISÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO [Barriers to humanized hospital attention: the perception of nursing technicians from a university hospital]

Raquel Kuerten de Salles¹; Rossana Pacheco da Costa Proença²; Alacoque Lorenzini Erdmann³; Giovanna Medeiros Rataichesk Fiates⁴

Resumo: Foram analisadas as dificuldades apontadas por técnicos de enfermagem para fazer assistência humanizada em um hospital de ensino. Esta categoria profissional foi escolhida por representar o maior contingente de trabalhadores da área da saúde e pela literatura apontá-la como fortemente afetada pelas condições de trabalho. Utilizou-se Análise Ergonômica do Trabalho e entrevistas semi-estruturadas, analisadas por Análise de Conteúdo. Os resultados observados apontaram inadequações físicas, ambientais e organizacionais. Os trabalhadores identificavam-se com a profissão, sentiam falta de cuidado institucional com sua saúde e sentiam-se pouco valorizados e sobrecarregados. As dificuldades encontradas em relação à alimentação no trabalho foram muito valorizadas. Observou-se que houve concordância entre os dados coletados nas entrevistas em relação aos observados, apontando para a necessidade de reavaliar as condições de trabalho desse grupo no sentido de contemplar, de maneira humanizada, todos os atores do processo.

Palavras-chave: Enfermagem, trabalhadores, humanização da assistência.

Abstract: This paper analyzed the difficulties cited by nursing technicians while performing humanized assistance in a teaching hospital. This professional category was chosen because it represents the biggest contingent of health workers, and literature considers it as strongly affected by working conditions. Work Ergonomic Analyses were employed, as well as semi-structured interviews, which were analyzed by Content Analysis. The results identified physical, environmental and organizational inadequacies. Workers identified themselves with their profession, missed being taken care of by the institution and felt little valued and overcharged. Difficulties regarding eating practices at work were much valued. A concordance could be observed between data collected through interviews and what was observed, pointing for the need to reevaluate this group's working conditions as a way to reach in a humanized way all those involved in the process.

Keywords: Nursing; workers; humanization of assistance.

¹ *Dra. em Engenharia de Produção. Prof.^a Adjunta do Depto. Nutrição da UFSC*

² *Dra. em Engenharia de Produção. Prof.^a Associada do Depto. Nutrição da UFSC. Orientadora da Pesquisa*

³ *Dra. em Filosofia da Enfermagem. Prof.^a Titular do Depto. de Enfermagem da UFSC*

⁴ *Dra. em Tecnologia de Alimentos Prof.^a Adjunta do Depto. Nutrição da UFSC*

Correspondência: Raquel Kuerten de Salles. Dep.de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, UFSC. Caixa postal 476, Campus Universitário Trindade, 88040-900. Fpolis, SC. Fone: (48) 3721-9784. E-mail: raquel@hu.ufsc.br

Introdução

A Constituição Brasileira estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e um dever do Estado. Apesar do amparo legal para a universalização da atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde - SUS existem grandes desafios a ser superados, como a dificuldade de acesso aos serviços pela população e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam nessa área¹.

Frente à necessidade de melhorar a qualidade do atendimento em saúde prestado à população, bem como as condições de trabalho adversas vividas pelos profissionais da saúde, surge em 2003 a Política Nacional Humanização (PNH), como uma estratégia de fortalecimento do SUS. Os valores que norteiam essa política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a criação de redes de cooperação e a participação coletiva nos processos de gestão. Somente com a divisão de responsabilidades será possível alcançar uma política de saúde universal, equânime e integral que garanta o direito do cidadão².

Os agravos dos profissionais que trabalham em hospitais geralmente estão relacionados às exigências físicas, mentais e psíquicas da atividade, destacando-se a categoria dos técnicos de enfermagem³. A Organização Mundial da Saúde⁴ incluiu a enfermagem entre as categorias com maior risco para desenvolver doenças osteomusculares, por realizarem tarefas consideradas penosas.

A enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores da área da saúde, perfazendo 55% da força de trabalho. Os técnicos e auxiliares de enfermagem representam aproximadamente 85% desses profissionais⁵.

Os riscos e perigos inerentes às tarefas dos técnicos de enfermagem são exacerbados por variáveis como: baixos salários, residência longe do local de trabalho, transporte difícil, alimentação deficiente, perfil de gênero da categoria, baixa escolaridade, condições precárias de trabalho, falta

de equipamentos e materiais, falta de assistência de saúde, sobrecarga de trabalho, equipes reduzidas, entre outros⁶. As rotinas hospitalares também impõem dificuldades⁷.

O termo “humanização” é adotado na área da saúde como uma proposta de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais e que na perspectiva do trabalhador ocorra a valorização profissional e o diálogo intra e interequipes⁸.

Desta forma, os objetivos do presente estudo foram acompanhar as rotinas de trabalho e conhecer a percepção dos técnicos de enfermagem de um hospital de ensino em relação às possíveis dificuldades para prestar uma assistência humanizada.

Percurso metodológico

Delineamento do estudo

O estudo foi conduzido em 2004 em um hospital de ensino em Florianópolis/SC. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 019/2003.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os 49 Técnicos de Enfermagem (TE) que trabalhavam nas duas Clínicas Cirúrgicas, dos quais 31 concordaram em fazer parte da pesquisa sendo a maioria (75%) do sexo feminino.

Características Organizacionais

A jornada de trabalho semanal era de 36 horas em média. Os TE trabalhavam em regime de turnos, obedecendo aos seguintes horários: turno matutino - 7h00 às 13h00; turno vespertino - 13h00 às 19h00, plantão diurno - 7h00 às 19h00 e plantão noturno - 19h00 às 7h00.

Coleta de dados

Foi realizado o diagnóstico das condições de trabalho utilizando-se como instrumento metodológico a Análise Ergonômica do Trabalho (AET)⁹, que consiste em análise documental, aná-

lise da tarefa, análise da atividade, diagnóstico e caderno de encargos.

Posteriormente foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os TE em sala anexa à clínica de internação, durante os turnos de trabalho. Para garantir o sigilo das informações utilizaram-se nomes fictícios escolhidos pelos próprios entrevistados. O tempo médio das entrevistas foi de 43 minutos, gravadas e posteriormente transcritas para formar um manuscrito.

Foram coletados ainda dados como idade, tempo de serviço na unidade, turno de trabalho, existência de outro vínculo empregatício, queixas relacionadas à saúde e medidas antropométricas de peso (kg) e altura (cm). Para a diagnóstico do estado nutricional foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), classificado de acordo com os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde¹⁰.

Tratamento e Análise dos Dados

Foram considerados os dados obtidos com a metodologia da AET, buscando subsidiar um diagnóstico da situação avaliada.

Com relação aos dados obtidos pelas entrevistas, cada participante recebeu o manuscrito referente à transcrição da sua entrevista, que depois de lido e aprovado foi considerado validado. A partir da Análise de Conteúdo (AC) das entrevistas¹¹, realizou-se a categorização.

Resultados e discussão

A partir da Análise Ergonômica do Trabalho foi possível identificar condicionantes que poderiam influenciar nas condições de trabalho e repercutir na execução das atividades desempenhadas pelos TE.

Condicionantes Ambientais: como não existia climatização do ambiente, as temperaturas elevadas na unidade, especialmente nos meses de verão, tornavam o ambiente por vezes insuportável para desenvolver as atividades. Vários autores têm relatado as condições precárias de trabalho a que estão expostos os trabalhadores da enferma-

gem^{12, 13, 14}.

O leiaute inadequado das unidades também sobrecarregava os TE, impondo deslocamentos excessivos, longos períodos de permanência em pé e posturas inadequadas, fatos também identificados em estudo similar¹⁵.

O mobiliário, os equipamentos e os materiais de consumo se apresentavam em condições precárias, em número reduzido e sem manutenção adequada. Balcões baixos, manivelas das camas emperradas, falta de aparelhos de pressão, cadeiras de roda avariadas, suportes para soro pesados e sem rodízios, foram situações identificadas.

Entre as disfunções relativas às condicionantes ambientais, observamos um risco biológico adicional, considerando que a maioria (61%) possuía duplo vínculo empregatício, pois trabalhava também em outra instituição hospitalar e nove que trabalham na informalidade, alegaram fazer especialmente plantões excedentes para os colegas. Dos 31 TE, dezessete (55%) apresentavam sobrepeso ou obesidade. Foram comuns (71%) queixas relacionadas a processos dolorosos, especialmente dores nas costas e de cabeça, manifestações atribuídas às atividades desempenhadas. Condição similar já foi identificada³, relatando inclusive conformismo com a situação.

Condicionantes Físicas e Gestuais: entre as atividades mais penosas pode-se destacar o preparo de medicação, que expunha os TE a muitas horas de posturas árduas com movimentos repetitivos e muita concentração, além das atividades de higiene e conforto dos pacientes, especialmente daqueles com maior grau de dependência e peso corporal. As atividades que geravam maior desgaste físico aos TE ocorriam predominantemente no turno da manhã. As situações identificadas são recorrências na realidade de trabalho das equipes de enfermagem, as quais, via de regra, deslocam cargas pesadas, permanecem mais de 2/3 da jornada executando atividades em pé e mais da metade da jornada adotando posturas penosas¹⁶.

Condicionantes Organizacionais: entre as principais disfunções observadas estava o núme-

ro insuficiente de trabalhadores e a existência de duplo vínculo empregatício. A questão da dupla jornada é um fato em toda a área da enfermagem e tem sido fonte de grande preocupação para a categoria^{17,18,19}. Existe ainda como fator agravante ser uma população predominantemente feminina, acumulando ainda uma terceira jornada com os afazeres domésticos. A sobrecarga de trabalho pode trazer transtornos do sono, transtornos digestivos e ainda afetar o estado psíquico e levar à redução do rendimento²⁰.

A natureza da atividade obrigava os TE a desenvolver um raciocínio rápido e lógico para interpretação dos dados observados/ou percebidos, bem como estar atento a várias situações ao mesmo tempo. Existia ainda o convívio cotidiano com a dor, o sofrimento, a ansiedade e a morte. As exigências psíquicas e as interrupções ao curso do trabalho são citadas na literatura como frequentes, podendo afetar o desempenho e levar ao erro^{16, 18}. Embora a capacidade de improvisação seja uma característica desejável no trabalhador, a necessidade constante de improvisar implica correr riscos¹⁴.

Em relação à organização das tarefas, a passagem de plantão definia o início das atividades de cada turno. Essa deveria ser uma atividade importante para a equipe, para a troca de informações a respeito do paciente e como contato entre as equipes que se sucedem. Pôde-se observar, porém, pouca valorização em relação a esse momento. Em relação à equipe que estava saindo, havia o cansaço e a pressa em se deslocar para outro emprego e/ou casa, ou ainda a preocupação em finalizar as tarefas do turno. Quanto à equipe que estava chegando, havia a preocupação em copiar do prontuário a medicação do próximo horário, bem como cansaço e atrasos em virtude de a maioria vir direto de outro local de trabalho.

De um modo geral, os TE se comunicavam pouco com os pacientes. A humanização em essência representa a capacidade de ouvir e de falar, que busca a partir do respeito mútuo entre trabalhadores e usuários estabelecer vínculos que

possam promover uma relação respeitosa e qualificada entre os atores traçando metas e objetivos na atenção, favorecendo o cuidado recíproco. Infelizmente, as circunstâncias que estão envolvidas na execução das atividades, geralmente de forma isolada e mecânica, possivelmente fazem parte de um ajuste pessoal às adversidades encontradas no ambiente de trabalho, o qual valoriza pouco a palavra.

Diferentemente das práticas de cuidados, saber identificar as necessidades dos pacientes requer um senso de julgamento apurado e difícil de ser ensinado. Assim destaca-se a importância de reforçar na formação desses profissionais a necessidade de serem a “escuta do paciente”²¹.

Em relação à saúde dos TE, não eram realizados exames periódicos, fato que poderia expor tanto os pacientes como os trabalhadores a risco. A instituição dispunha de um Serviço de Atendimento de Saúde do Trabalhador (SASC) porém, a principal dificuldade identificada era em compatibilizar os horários de consultas.

Nas entrevistas individuais buscamos identificar na percepção dos TE com relação à profissão e às condições de trabalho se os dados anteriormente observados e coletados de forma documental pela AET estavam concordantes. Ao ordenar os dados, emergiram unidades de significado, que originaram duas categorias: “Ser técnico de enfermagem” e “Fatores que dificultavam a humanização da atenção”.

Em relação à categoria “Ser técnico de enfermagem”, os entrevistados demonstraram forte ligação com a profissão e realização profissional, como podemos observar a seguir.

Ah, nossa, pra mim é tudo. Eu gosto de lidar com gente. Eu gosto de lidar com doença, gosto de ser de povo. (Suzana)

A satisfação está associada ao exercício da profissão possibilitar aos sujeitos o cuidar do outro²². O contato direto com o paciente e o ajudar ao próximo parecem motivar o trabalhador da enfermagem e conferem um sentimento de valorização que, possivelmente, tem origem na manu-

tenção de alguns ideais antigos da profissão, pautados na caridade e doação ao próximo^{23, 24}. Tais características acabam imprimindo pouco espírito crítico, implicando na falta de consciência dos seus direitos e a conseqüente baixa mobilização da categoria¹⁴.

Os TE destacaram como competências pessoais necessárias para exercer a função atribuídos como: vocação, condições físicas, equilíbrio emocional, sensibilidade e saber trabalhar em equipe:

É uma atividade que exige raciocínio e esforço físico, e ao mesmo tempo tu tens que lidar com diversas situações num mesmo ambiente, com pessoas diferentes, com patologias diferentes. Então, o técnico é o eixo, é muito importante. (Andréia)

A satisfação desses profissionais em trabalhar em hospital lhes assegura certa autonomia financeira e a possibilidade de fugir do trabalho doméstico, além de haver identidade dos TE com os pacientes do ponto de vista de inserção social²³. Tais afirmações vêm ao encontro dos resultados deste estudo, corroborando-as.

[...] ele tem confiança no enfermeiro, mas é a gente que ele procura, até porque ele considera o mesmo padrão, o mesmo nível [...] o técnico de enfermagem tá mais próximo até no linguajar, é mais de acordo com a vida do paciente. (Jaqueline)

A maioria dos entrevistados enfatizou a questão da profissão como uma decisão vocacionada, por admitir certa afinidade com a área da saúde e por gostar de cuidar de pessoas. Muitos entrevistados relataram que fizeram sua qualificação profissional depois de atuar como atendentes ou auxiliares de enfermagem, uma vez que antigamente, a cobrança da formação técnica era bem menor ou inexistente em alguns hospitais.

Antigamente, quem trabalhava em hospital era o enfermeiro e os atendentes, que eram pegos a laço. Se não desmaiassem quando vissem sangue, aprendessem a fazer uma injeção, viravam enfermeiro. Hoje é uma profissão procurada por muitas pessoas. Tecnicamente melhorou.

(Mari)

A pouca qualificação profissional ainda é apontada como uma realidade nos hospitais brasileiros, especialmente no que se refere a assegurar as competências privativas a cada um dos três níveis da categoria da enfermagem²⁴.

A imagem atual dos trabalhadores de enfermagem está ligada à própria evolução histórica da profissão, a qual sempre esteve relacionada aos valores cristãos de fraternidade e caridade. Embora tenha ocorrido uma progressiva profissionalização do serviço, a imagem do enfermeiro persistiu vinculada a esses valores⁶. Essa característica caritativa relacionada ao trabalho em hospitais exerce forte pressão sobre o consciente coletivo, tanto em usuários como nos trabalhadores, para os quais cuidar de doentes representa uma atividade que exige sacrifícios e resignação. Dentro dessa perspectiva a valorização da enfermagem pela população decorre predominantemente de características humanas, em detrimento de aspectos técnicos²⁵.

Na categoria “Fatores que dificultavam a humanização da atenção”, a percepção do que era um hospital humanizado foi predominantemente relacionada com a qualidade da atenção prestada ao paciente. Apenas dois TE apontaram o direito de ser valorizados enquanto sujeitos do processo.

Hospital humanizado tem que ser humanizado não só em relação ao paciente como também em relação ao funcionário [...] Você trabalha num setor que não te faz bem, você não vai demonstrar teu potencial. (Marina)

No ambiente hospitalar, a humanização ainda permanece centrada na figura do sujeito hospitalizado. No entanto, existe uma preocupação em buscar um novo modo de fazer a assistência de enfermagem, numa perspectiva humanista, com práticas transformadoras, visando o trabalho como fonte de satisfação pessoal e profissional^{26, 27}.

Na percepção dos trabalhadores vários fatores foram apontados como barreiras para humanização da atenção. Foi destacada a falta de

materiais e a manutenção inadequada dos equipamentos interferindo na conduta com os pacientes, gerando desgaste tanto físico como emocional nos trabalhadores.

Tu estimulas o paciente pra andar depois da cirurgia, aí o suporte do soro, quando se encontra, pesa mais que o paciente [...]. (Aparecida)

Ao não reivindicar de modo organizado e coletivo a melhoria de condições para prestar assistência, a categoria expõe também o paciente a um atendimento com riscos, devido à falta de recursos materiais e humanos²⁸.

Constatamos que 60% dos TE tinha outro vínculo empregatício em serviços de saúde, e os demais afirmaram exercer atividades no mercado informal, para complementar a renda. Muitos profissionais enfrentavam ainda a jornada dos afazeres domésticos. Esta situação certamente expunha os trabalhadores a uma sobrecarga de trabalho. Seria ótimo se a gente tivesse condições de trabalhar num só emprego, mas nós não temos condições de dispensar. Claro que seria bem mais produtivo. (Marina)

Os TE consideram-se mal remunerados e por este motivo buscam complementar a renda familiar. O baixo salário expressa de forma clara a desvalorização de uma profissão²⁹. Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reforçam essa constatação. Segundo o COFEN, esta é uma das poucas profissões em que não há desempregados, cerca de 75% dos inscritos têm duplo vínculo⁵. No entanto, o excesso de atividade laboral reduz a possibilidade de lazer e o cuidar de si, prejudicando a qualidade de vida e aumentando a possibilidade para desenvolver doenças³⁰.

A falta de funcionários também foi considerada um fator que dificultava a humanização da atenção no hospital estudado, atribuída à inexistência de uma política de contratação que atendesse às novas demandas. Associado a licenças de saúde prolongadas e aposentadorias, o déficit de funcionários foi progressivamente se agravando.

No momento aqui está tendo falta de funcionários, então às vezes sobrecarrega e tu não

consegue dessa forma prestar um atendimento humanizado, fica difícil. (Marília)

A falta de condições adequadas de trabalho foi relatada por todos os entrevistados, que buscavam contornar a situação, especialmente em relação à falta de materiais e às condições precárias dos equipamentos, improvisando procedimentos. Essa adaptação parece já estar incorporada nas atividades necessárias para exercer a função.

A capacidade de improvisar advém de um aprendizado no fazer cotidiano. Entretanto, quando se torna a regra, pode gerar sofrimento, esforços excedentes na execução das tarefas e desgaste do trabalhador¹².

Eu sempre aprendi uma coisa, que a enfermagem é improviso. Não tem isso, tenta fazer com aquilo. Claro que pode causar danos pra mim [...] talvez um dano para o paciente [...] então pode ter consequências sérias pra ti. (Pedro)

Na percepção dos TE, a instituição não valorizava a saúde dos trabalhadores. Falaram da importância de estar bem para cuidar de outro. Admitiram que muitas vezes não conseguiam fazer uma boa assistência, pelas condições precárias de saúde em que se encontravam. Não eram exigidos exames de rotina, sentiam dificuldades para agendar consultas médicas e gostariam de ter um serviço de pronto-atendimento para o trabalhador do hospital.

Não sei há quanto tempo trabalho aqui, eu só fiz os exames quando entrei [...] a gente trabalha na área da saúde, e quando a gente fica doente, a gente vai consultar e os médicos dizem que é malandragem, não avaliam. A gente diz que está com dor, mas como dor não tem cor, dizem que é malandragem. (Maria)

Ainda em relação ao cuidado com a saúde do trabalhador, foi mencionada a questão da alimentação. Embora recebessem auxílio alimentação, tanto os diaristas como os plantonistas apontaram dificuldades reais para se alimentar. Para os diaristas, o fato de não ter direito a uma refeição no trabalho foi considerado como um dos fatores mais desumanizantes. Já os plantonistas destaca-

ram questões relacionadas à refeição oferecida.

Apenas os plantonistas tinham direito a receber uma refeição durante a jornada de 12 horas, mas relataram não conseguir vencer todo o turno de trabalho com apenas uma refeição. Estavam insatisfeitos com a qualidade da comida, com o horário em que era servido o jantar e com a distância do refeitório. Muitos acabavam assumindo a responsabilidade por sua alimentação, comprando, trazendo de casa, ou ainda consumindo alimentos excedentes servidos aos pacientes (foi relatado que era habitual sobrar marmitas intactas, pão e café daqueles pacientes que estavam ausentes por motivos diversos na hora da distribuição).

Eu acho que se preocupar com a saúde do trabalhador é também humanização, por exemplo, a alimentação [...] se a unidade está apertada, pode esquecer o teu almoço porque tu não tens como descer da unidade [...]. Que humanização é essa que no fundo eu trabalho pra ganhar o pão de cada dia, mas na hora do trabalho eu não posso comê-lo? (Olívia)

O fato de receber apenas uma refeição no plantão pode ter um impacto sobre a saúde do trabalhador. Um período de jejum prolongado pode expor os trabalhadores a uma situação de risco por desencadear manifestações fisiológicas variadas, como enjôo, fadiga, sonolência e falta de concentração³¹.

Eu e meus colegas nos sentimos assim meio jogados, relegados, ninguém se importa com a gente. Se a gente tem fome, como é que a gente vai trabalhar bem? Dói o estômago, só penso em comida [...] de repente um lanchinho, podia até ser simples, é a gente ser lembrado como trabalhador [...] porque comer as sobras não é digno como ser humano. (Heloísa)

Aos trabalhadores que faziam turno de 6 horas, nenhuma refeição era oferecida. As duas lanchonetes do hospital eram as opções para realizar uma refeição, porém muitas limitações para isto foram citadas pelos TE. A distância da unidade, o tempo gasto no deslocamento e as filas para fazer o pedido levavam muitas vezes a exceder o

tempo disponível para essa atividade. Além disso, citaram também a falta de opções alimentares saudáveis e o alto custo. Outros estudos demonstraram dificuldades semelhantes^{32, 33}.

Foi enfatizado como fator complicador a inexistência de horário fixo para as pausas, em função da sobrecarga de trabalho. Segundo os TE, a falta de formalização da pausa afetava a própria concepção de sua importância e, conseqüentemente, a viabilização desse momento. É fundamental fixar um horário de intervalos para descanso e refeição, buscando a recuperação física e mental do trabalhador³⁴.

Considerações Finais

A observação das condições do trabalho através da AET e a análise do conteúdo das falas possibilitaram conhecer tanto as nuances do contexto interno, ou seja, do ambiente de trabalho, como do contexto externo, colhidas a partir das entrevistas. Ao cruzar os dados oriundos da observação real da atividade com a percepção dos atores envolvidos, a pesquisa identificou barreiras para prestar uma assistência humanizada.

Constatamos condições adversas e sobrecarga de trabalho em função de inadequações físicas, ambientais e organizacionais, que por vezes impunha sofrimento físico e emocional. Considerando que o local do estudo foi um dos hospitais pioneiros no país na implantação do Programa Nacional de Humanização Hospitalar, havia certa expectativa em relação à presença de condições de trabalho adequadas, a qual não foi identificada.

O conceito de hospital humanizado foi marcado por respostas focadas predominantemente na atenção ao paciente. Os TE responsabilizavam-se de forma determinante para alcançar este objetivo, questionando muito pouco a responsabilidade institucional de oferecer condições adequadas para tal. Apenas dois TE se perceberam como sujeitos da ação, enfatizando a necessidade de ter condições de trabalho adequadas e o cuidado de si para cuidar de outros.

Apesar das características desgastantes e

estressantes atribuídas à profissão, a maioria dos profissionais se identificava com a mesma. Manifestaram um forte desejo de serem mais cuidados e criticaram a falta de atenção da instituição para com a sua saúde. A inexistência de exames médicos periódicos, bem como as dificuldades para utilizar o ambulatório de consultas médicas oferecidas aos trabalhadores, fato atribuído pelos mesmos a instituição. Entretanto, observamos como fator determinante dessa dificuldade a falta de disponibilidade de tempo dos mesmos. Na verdade, gostariam de contar com um serviço de urgência médica na instituição no horário de seu turno de trabalho.

Outro aspecto muito valorizado em relação ao cuidado com a saúde diz respeito a alimentação. A pausa para esta atividade era apreciada por todos os TE como um momento de descontração, convívio social e troca de experiências, porém, dificilmente ocorria coletivamente. Consideraram ter muitas dificuldades para realizar a alimentação no trabalho e os motivos alegados, independente de serem diaristas ou plantonistas, acabavam refletindo negativamente na alimentação durante a jornada de trabalho conforme podemos observar. A falta de uma política salarial que valorizasse esta categoria profissional possivelmente foi o fator determinante para o enorme contingente de trabalhadores que acumulavam a dupla jornada de trabalho. Considerando que a maioria dos trabalhadores eram mulheres, poderíamos acrescentar ainda a terceira jornada, dos serviços domésticos, e inferir que a maioria acumulava uma grande carga de trabalho.

Fazer da atividade laboral apenas uma fonte de renda para prover a família, seria uma redução simplista do papel que o trabalho exerce em nossa vida. Nossa identidade como cidadãos está atrelada ao que somos, que em nossa sociedade representa, como estamos inseridos no mercado de trabalho. Dessa forma a valorização profissional e o ambiente de trabalho influenciam nosso cotidiano, podendo significar uma fonte de prazer ou de sofrimento.

A identificação de condicionantes físicos, materiais e organizacionais desfavoráveis presentes na instituição foram identificados como barreiras para prestar assistência dentro dos princípios preconizados pela política nacional de humanização. Humanizar a atenção passa necessariamente por um novo modo de fazer saúde, onde exista respeito com os principais envolvidos no processo, sujeito trabalhador e sujeito hospitalizado e comprometimento dos gestores.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília, 2008.
2. Pache DP, Passos E. A importância da Humanização a partir do sistema único de saúde Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. C & SC. [Internet]. 2011 [acesso 2011 jun 13]. Disponível em: URL: http://www.cienciaesaude-coletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5996.
3. Estryng-Behar M. Ergonomia Hospitalar. Rev Enf 1996;4(2):247-56.
4. OMS. Organización Mundial de La Salud. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Série Informativos Técnicos. Genebra:OMS;1985.
5. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2004 [acesso 23 jul 2004]. Disponível em: URL:<http://www.portalcofen.com.br>.
6. Siqueira MM, Watanabe FS, Ventola AA. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. Rev Latinoam Enf 1995;3(1):45-57.

7. Barbosa IA. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm* 2007;60(5):546-51.
8. Deslante SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Rev C S Col* 2004;9(1):7-14.
9. Wisner A. Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo (SP): Fundacentro; 1994.
10. WHO - World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70;2004.
12. Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gaúcha Enferm* 1997;18(2):133-44.
13. Farias SNP, Mauro MYC, Zeitone RCG. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. *Rev Enferm* 2000;8(1):28-32.
14. Lunardi VL, Malhiero AD, Aurio D, Lunard Filho WD, Haplin MJ. Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. *Rev Gaúcha Enferm* 2000;21(2):125-40.
15. Estryng-Behar M, Van der Heijden BIJM, Oginska H, Camerino D, Le Nezet O, Conway PM, et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to live among European nurses. *Med Care* 2007; 45(10): 939-50.
16. Estryng-Behar M, Duger N, Vinck L. Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998? *Rev Epidem Santé Publ* 2001;49:397-400.
17. Alves M, Jouclas VMG. O cotidiano de trabalho das auxiliares de enfermagem: uma dimensão de sofrimento. *Cogitare Enf* 1997; 2(2):83-8.
18. Silva VEF, Kurgant P, Queiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação entre trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. *Rev Bras Enferm* 1998;51(4):603-14.
19. Rocha AM. Fatores que influenciam a saúde da mulher que trabalha em enfermagem. *O Mundo da Saúde* 1999;23(2):231-40.
20. Oguisso T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher enfermeira. *Rev Enferm* 1998;6(1):309-16.
21. Arborio AM. Savoir profane et expertise sociale: les aides-soignants dans l'institution hospitalière. *Genèses* 1996;22:87-106.
22. Shimizu HE, Ciampone MHT. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Rev Escola Enferm* 1999;33(1):95-106.
23. Matos E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no hospital universitário. *T & C Enf* 1999;8(3):27-43.
24. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4):499-503.
25. Rodrigues MSP. Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.

26. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehn MBA. Humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2006;19(4):444-9.
27. Backes DC, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: ressignificação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(1):34-41.
28. Beneri RL, Santos LR, Lunardi VL. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. *Rev Bras Enferm* 2001;54(1):108-18.
29. Gonzales RMB. Expressão de indicadores de (in)satisfação no trabalho por enfermeiras coordenadoras de área de um hospital universitário. *Cogitare Enf* 1998;3(1):105-09.
30. Marcon SS, Koga M, Waidman MAP, Decesaro MN, Orlandi MHF, Santana, RGO. O trabalho da mulher: o confronto com a realidade familiar. *T & C Enf* 1997;6(1):135-56.
31. Grandjean E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas;1998.
32. Faugier J, Lancaster J, Pickles D, Dobson K. Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 1. *Art & Sci* 2001;15(36):33-6.
33. Faugier J, Lancaster J, Pickles D, Dobson K. Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 2. *Art & Sci* 2001;15(37):33-5.
34. Wada CCBB. Saúde: determinante básico do desempenho. *Rev Alim Nutr* 1993;56:36-8.