

O trabalho na saúde pública e a saúde no trabalho: uma experiência de estágio com grupo de enfermeiros.

Tanya Marques Cardoso¹

Milena dos Santos Maróstica²

Cláudio Edward dos Reis³

Faculdade de Ciências e Letras da UNESP - Assis

Introdução

A Política Nacional de Humanização, conhecida como “HumanizaSUS”, articula a possibilidade da qualidade do atendimento em saúde com o trabalho do profissional no campo da saúde, das condições às quais os trabalhadores se submetem, durante a jornada no serviço. O texto do “HumanizaSUS dá lugar a antigas demandas da saúde, como a democratização das relações de atendimento, maior diálogo e comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, e o reconhecimento das expectativas dos profissionais e pacientes, como participantes de todo o processo terapêutico (Deslandes, 2004).

No documento em que essa Política se constitui, o “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”, pode-se verificar a importância dada à operacionalização dos princípios da melhoria do atendimento e acolhimento da população usuária do serviço público de saúde; e, para que seja possível esse trabalho em termos de qualidade, foi estabelecida, como tecnologia a ser usada na construção de uma saúde pública mais eficaz, a escuta qualificada para os trabalhadores da saúde (Brasil, 2004). Esse aspecto, pouco explorado no documento, mas não menos importante, diz respeito ao trabalho do profissional como algo que precisa ser humanizado – “Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (Deslandes, 2004). A escuta oferecida pelo documento, como operador terapêutico, ético e político, é há muito reconhecida em vários contextos, todavia, por mais simples que pareça essa premissa, não é sempre óbvia a relação entre uma escuta oferecida aos profissionais de saúde com um melhor atendimento à população, nos serviços de saúde.

A população chega ao serviço por diversos motivos, como as queixas de dores de diversas ordens; preocupação com alguns sinais estranhos que estejam a surgir; por solicitação de amigos, familiares ou por conta própria; por alcance de campanhas específicas ou a partir da divulgação dos meios de comunicação, dentre outros. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS – em 1988, garante o acesso ao atendimento de saúde pública a toda a população brasileira, cujos princípios estabelecidos pela Lei Orgânica de 1990, de universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade (controle social), descentralização política e administrativa, e hierarquização/descentralização (Brasil, 2000) exigem resultados em termos de

¹ Graduada no Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

² Graduada no Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

³ Doutor em Educação pela Universidade Estadual Paulista. Professor Titular do Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho da Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

qualidade, eficiência e eficácia nas intervenções em saúde. Embora sejam muito plausíveis as propostas citadas, enquanto ideais a serem atingidos, os recursos para tornar viáveis tais proposições são poucos, e o que se vê na prática é uma alta cobrança em termos de quantidade de atendimentos, em detrimento da qualidade.

Aquele que vem pedir ajuda, ou seja, o que está visivelmente em sofrimento, acaba sendo mal atendido, para que se atinja determinado número de atendimentos locais, enquanto outra problemática que é menos aparente – o sofrimento do profissional de saúde – reflete igualmente os problemas de estrutura da instituição. O grau de satisfação dos profissionais da saúde, quanto às atividades a serem desenvolvidas, a gratificação ou frustração de suas expectativas, os baixos salários que recebem e o reconhecimento social são alguns dos fatores que influem no exercício profissional da saúde e na qualidade da saúde do trabalhador desse campo, aspectos esses que influenciam direta ou indiretamente no exercício de cuidado.

Especificamente, dentre os profissionais mais requisitados pelos serviços e pelos usuários, os enfermeiros ganham destaque, por seu trabalho face-a-face com o público e sua proximidade “manifesta” sobretudo com os médicos, mas também com outros profissionais.

O trabalho destes profissionais é frequentemente marcado por um cotidiano desgastante, devido, muitas vezes, ao quadro desfalcado numericamente de enfermeiros nos hospitais, acarretando uma sobrecarga de trabalho muito grande e, também, pela circunstância de o hospital apresentar um sistema hierárquico rígido. Os médicos são os únicos no hospital com autonomia, sendo as outras formas de saber, como a da enfermagem, consideradas periféricas, submetidas ao mando de outros profissionais. (Lima & Binsfel, 2003) Isso se deve ao fato de a enfermagem não ter seu papel profissional afirmado e definido/definitivo, já que encontra dificuldade em delimitar sua função dentre tantos outros profissionais, como técnicos e auxiliares de enfermagem. (Stacciarini & Troccoli, 2001)

Além desses fatores, o trabalho em enfermagem traz muitas dificuldades aos profissionais, em função do contato cotidiano com enfermidades, dor, algumas vezes a impossibilidade de cura e a morte dos pacientes. Isso pode gerar nesses trabalhadores sentimentos difíceis de lidar. Segundo Pitta (1999), há sempre um grande risco, nesse ofício, de se entrar em contato com uma ansiedade intensa, que está relacionada com a natureza do trabalho, mostrando que essa profissão em permanente construção, somada ao seu exercício no ambiente hospitalar, pode ser fonte de sofrimento físico e psíquico.

O trabalho no hospital, assim como outras formas de trabalho na sociedade, obedecem às necessidades econômicas, priorizando a produção, apresentando sistemas hierárquicos baseados no saber, produzindo, assim, desigualdades (Pitta, 1999). Há também a fragmentação no trabalho, por causa do cientificismo e das especialidades. O trabalho se torna repetitivo e alienante, de sorte que o trabalhador, dessa forma, fica desprovido de sua capacidade de agir criativamente, em seu fazer. No hospital, algumas atividades são tão recorrentes e repetitivas que, por vezes, acabam por se tornar automáticas; por outro lado, algumas ações são difíceis de ser feitas, por sua contiguidade com a doença ou a morte, situações essas que podem produzir algum sofrimento psíquico que não possui tempo, num hospital e numa pesada jornada de trabalho de um enfermeiro, para ser expressado, pensado, associado.

Muitas vezes, o luto pela perda de um paciente não é elaborado, pois não há espaço para se pensar nas perdas dentro desse ambiente de trabalho, sendo esses sentimentos levados para casa, já que falta nos hospitais um local para que se possa

refletir sobre os sentimentos que são experimentados no trabalho (Shimizu & Ciampone, 2002). A enfermagem, por outro lado, está sendo estudada com afinco pela Psicologia, atualmente. Essa inquietação com relação à saúde mental dos enfermeiros pode ser enendida como uma necessidade de se compreender a problemática desse “cuida-dor”, além das demandas de escuta por parte dessa modalidade profissional que chegam aos psicólogos.

Esta reflexão, portanto, surgiu a partir de uma prática de estágio junto a enfermeiros de um hospital público, em razão da demanda que estes fizeram à universidade, com o pedido de um espaço psicoterapêutico para eles, dentro do hospital. Essa escuta, com intenção de ser terapêutica e institucional, nos permitiu articular o presente trabalho para pensar nessas questões da organização hospitalar, como a que pode produzir a saúde do usuário, mas que às vezes não oferece um acolhimento ao sofrimento dos cuidadores, como é previsto pela Política de Humanização, material-base de nossa consulta diante da construção deste trabalho teórico e prático.

Material e Métodos

Conforme o pedido de escuta dos enfermeiros, oferecemos encontros em grupo, que seriam realizados quinzenalmente. Num espaço de reuniões da unidade de terapia intensiva (U.T.I.) desse hospital, realizamos uma escuta “livre”, mas que, desde seu início, já se mostrava direcionada à realidade do trabalho desses enfermeiros. Pautamo-nos na ética psicanalítica, na escuta, em que procuramos escutar tudo para se escutar algo, propiciando um lugar em que os pacientes possam trazer suas narrativas e desenvolver suas singularidades (Mendes; Paravidini, 2006).

A Política Nacional de Humanização (PNH), artigos e livros sobre o trabalho com grupos, com grupos de enfermeiros, a questão da saúde do trabalho dos enfermeiros foram alguns dos materiais teóricos pesquisados durante a prática.

Como o tempo e o espaço no hospital eram limitados, estabelecemos que os encontros seriam em grupo, tanto pela organização e otimização das condições do local, quanto por acreditarmos no grupo como possibilidade de produção de sentido inconsciente, a partir de falas do indivíduo, mas que pode ser apropriado coletivamente, ideias essas pautadas nos postulados freudianos de que o inconsciente é simultaneamente individual e social (Freud, 1913).

Resultados e Discussão

De acordo com Deslandes (2004), o documento da PNH centraliza-se na humanização especialmente como ampliação do processo comunicacional, contudo, há uma certa debilidade da escuta e do diálogo, o que compromete a qualidade em atendimento e mantém os profissionais como reféns das inadequadas condições aos quais se submetem, no exercício profissional, e que notavelmente pode produzir desgaste e até sofrimento psíquico.

Na questão do diálogo, a referência se dá com relação à comunicação entre profissionais e gestores, profissionais e pacientes/comunidade/território e entre as

diversas equipes que compõem um serviço público de saúde hospitalar. Quanto à escuta, podemos nos remeter ao termo “escuta qualificada”, citada pelo documento. Associamos a expressão escuta qualificada, rapidamente, a uma escuta que se especifique nas demandas mais subjetivas, que são objetos próprios da Psicologia e da Psicoterapia. Porém, o lugar que essa escuta “qualificada” ocupa no trabalho em saúde, perante os profissionais, é um dado a ser problematizado: qual a importância que possui esse espaço? A Psicologia/Psicoterapia tem sido reconhecida como útil, para usuários e profissionais? É válida, cientificamente, como as outras ciências que delimitam diversas ações nos serviços de saúde, como a Medicina, a Enfermagem, a Odontologia? Esses questionamentos não podem ser genericamente discutidos, pois é preciso levar em consideração cada contexto – e o que foi a nós apresentado foi um contexto hospitalar.

Esse sofrimento dos profissionais parece paradoxal, visto que seu ofício nos serviços é o de ocupar-se da saúde do outro. Mas, pode-se acrescentar a isso que esse trabalho precisa ser feito, mesmo que para tal empresa seja necessário silenciar a sua própria dor, doença e sofrimento, para que se possa continuar a função em favor da cura e melhora dos pacientes. E essa foi uma das queixas que podemos considerar coletivamente compartilhada, por parte dos enfermeiros que se dirigiram ao grupo.

Conclusão

À guisa de conclusão, podemos tecer algumas considerações. Uma delas é a de que o Hospital é um ambiente que não propicia, na maioria das vezes, condições temporais e espaciais para os profissionais em geral (e, especificamente para nosso trabalho, aos enfermeiros), de uma “escuta qualificada”, conforme afirma o documento da Política Nacional de Humanização. Outra questão é a de se analisar a proposta feita e legitimada pela PNH, que é de importante contribuição teórico-prática para a saúde pública, mas suas ações estão frequentemente direcionadas ao público usuário do Sistema Único de Saúde e ainda pouco voltadas às necessidades dos profissionais. Por fim, com a nossa breve experiência, percebemos que a saúde “mental” do trabalhador da área da saúde é algo a ser problematizado, que merece visibilidade e reflexão, uma vez que esses profissionais estão em contato constante com a doença e o sofrimento. Aqueles que têm por ofício o cuidado, por vezes, pedem um local e um momento para se posicionarem diante dos possíveis sofrimentos que seu trabalho pode lhes ocasionar, e compreendemos que oferecer essa possibilidade não é garantia de absoluta resolução, porém, ao proporcionar esse direito, sem o impor como regra institucional, certamente beneficiará aos que se implicarem com ele, o que pode ter efeitos qualitativos em termos de saúde dos trabalhadores e, por conseguinte, qualidade no atendimento das pessoas que chegam aos serviços públicos de saúde.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. Acessado em 13/10/2009, do http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/artigos/analise_discurso.pdf.
- Freud, S. (1974). *Totem e Tabu. Edição Standard das obras brasileiras de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lima, J. C. & Binsfel, L. (2003). O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? *Revista Brasileira de Enfermagem UERJ*, 11, 98-103. Acessado em 13/10/2009, do <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a16.pdf>.
- Mendes, E. D. & Paravidini, J. L. L. (2007, junho). Os significantes da escuta psicanalítica na clínica contemporânea. *Psyche*, 11(20), 99-116.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício* (3a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Shimizu, H. E. & Ciampone, M. H. T. (2002). As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola. *Rev Esc. Enferm. USP*, 36(2), 148-55. Acessado em 23/09/2009, do <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a06.pdf>.
- Staccianrini & Troccoli. (2001, março). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Latino-am Enfermagem*, 9(2), 17-25. Acessado em 23/09/2009, do <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>.

Recebido: 17 de dezembro de 2009.
Aprovado: 15 de janeiro de 2010.