



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA EM CONTEXTOS INSTITUCIONAIS

Paula Emanuelli Antonelli

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA VIA DE PRAZER E/ OU
SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM?**

Orientadora: Prof. Dra. Janine Kieling Monteiro

São Leopoldo

2015

Paula Emanuelli Antonelli

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA VIA DE PRAZER E/ OU
SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof. Dra. Janine Kieling Monteiro

São Leopoldo

2015

A634h Antonelli, Paula Emanuelli
Humanização em saúde: uma via de prazer e/ ou sofrimento
no trabalho dos técnicos de enfermagem? / Paula Emanuelli Antonelli.
– 2015.
56 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. São Leopoldo, RS,
2015.

Área de concentração Psicologia Clínica
Orientadora: Prof. Dra. Janine Kieling Monteiro.

1. Psicologia clínica. 2. Humanização em saúde. 3. Psicodinâmica
do trabalho. 4. Técnico de enfermagem. I. Título. II. Monteiro,
Janine Kieling.

CDU 159.9:56

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária Raquel Herbcz França – CRB 10/1795)

A minha mãe, **Rosana**, que dedica sua vida ao cuidado, e incentivou este trabalho, como tudo na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me conceder saúde para alcançar meus objetivos e por ter me presenteado com uma família que me ensinou a buscá-los de maneira digna e responsável.

À **Rosana**, minha mãe, pela dedicação incondicional, pelo colo e palavras sinceras, sendo meu refúgio e alento nesta difícil jornada quando parecia que não iria vencer.

Ao meu irmão, **Tiago**, por ter me recebido em sua casa durante esta jornada, por ser o lar que precisava quando estava longe de casa, e principalmente, por ter me ensinado que querer é poder, basta acreditar e persistir.

Ao meu amor, **Paulinho**, por me incentivar a continuar quando tudo pedia para desistir, pelas inúmeras madrugadas acordado a me levar ou buscar da rodoviária, e principalmente, pelo amor, companheirismo, dedicação. Amo-te!

A minha vó, **Heronita**, que sempre me incentivo a estudar, e mesmo não estando mais entre nós, esteve presente nesta jornada, no coração, na saudade e na vigília.

A minha estimada orientadora, **Janine**, que fez as minhas ideias ganharem forma e se transformarem nesta dissertação.

Aos **Técnicos de enfermagem**, por participarem desta pesquisa, e por partilharem comigo suas valiosas experiências.

Aos **Colegas**, por compartilharem comigo seu conhecimento.

A **Todos** que passaram pela minha vida, deixando-me algo de bom.

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que devíamos ser, não somos o que iremos ser... mas não somos mais o que éramos”.

Martin Luther King

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	9
RESUMO	10
ABSTRACT	11
APRESENTAÇÃO	12
SEÇÃO 1: HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: DA PRESCRIÇÃO POLÍTICA À REALIDADE DO TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	14
RESUMO	14
ABSTRACT	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. MÉTODO	18
2.1 Delineamento	18
2.2 Contexto de Pesquisa e Participantes	19
2.3 Instrumentos	19
2.4 Procedimentos Éticos e de Pesquisa	20
2.5 Procedimento de Análise dos Dados	20
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
3.1 Humanizar ou não humanizar, eis a questão	21
3.2 Amor ao trabalho: o diferencial na humanização	22
3.3 A empatia como facilitador de um atendimento humanizado	23
3.4 Pouca informação sobre a Política de Humanização	24
3.5 Ser humano versus ser técnico	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	26
SEÇÃO 2: TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NA BUSCA DE UM CUIDADO HUMANIZADO	31
RESUMO	31
ABSTRACT	32
1. INTRODUÇÃO	33
2. MÉTODO	35
2.1 Delineamento	35
2.2 Contexto de Pesquisa e Participantes	36
2.3 Instrumentos	36
2.4 Procedimentos Éticos e de Pesquisa	37

2.5 Procedimento de Análise dos Dados	37
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
3.1 Vivências de prazer no trabalho	38
3.2 Vivências de Sofrimento no trabalho	39
3.2.1 Falta de reconhecimento do trabalho	39
3.2.2 Dificuldades de relacionamento no trabalho	40
3.2.3 Falta Tempo, mas sobra Trabalho	41
3.2.4 “ <i>O difícil não é o Paciente, é o Familiar</i> ”	42
3.3 Estratégias de enfrentamento no trabalho	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXO A- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	52
ANEXO B- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	53
ANEXO C- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	54
ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55

LISTA DE SIGLAS

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

PPG - Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CRS- Coordenadoria Regional de Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

PNH- Política Nacional de Humanização

PdT- Psicodinâmica do trabalho

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

MS- Ministério da Saúde

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA VIA DE PRAZER E/ OU SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM?

RESUMO

Humanização é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, buscando autonomia e a participação coletiva para melhorar os serviços, conforme a Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, depois desta construção, muito tem se refletido e discutido sobre o tema. Sendo assim, esta dissertação partiu de um estudo que teve o objetivo de analisar o prazer e o sofrimento psíquico de técnicos de enfermagem mediante a percepção e aplicação da prática humanizada no seu trabalho. A pesquisa teve um delineamento qualitativo exploratório-descritivo e foi orientada teoricamente pela abordagem da Psicodinâmica do Trabalho. O estudo foi realizado na região sul do Brasil, e contou com a participação de seis técnicas de enfermagem, com idades entre 26 e 52 anos (M= 38; DP= 10,1), que trabalham em hospitais que realiza atendimento pelo SUS. As participantes foram selecionadas a partir do método *Snowball*. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e de análise de documentos públicos. Os dados gerados na pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo e descrevem categorias. Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados em dois artigos empíricos, que compõem esta dissertação. Na primeira seção é apresentado o artigo *Humanização em Saúde: da prescrição política à realidade do trabalho do técnico de enfermagem*. Os resultados mostraram que a humanização em saúde é percebida pelos técnicos de forma fragmentada, atrelada predominantemente ao atendimento ao paciente, o que pode ser consequência da falta de informação sobre o tema. Os técnicos de enfermagem referem que o amor à profissão e a empatia para com os pacientes são o que impulsiona na realização de um atendimento mais humano, em que a técnica serve de ponto de partida para o humano se sobressair. Diante desses resultados, conclui-se que a proposta da humanização em saúde, na prática, tem sido realizada parcialmente, sendo apenas direcionada ao cuidado ao paciente. Na segunda seção encontra-se o artigo *Técnicos de Enfermagem: vivências de prazer e sofrimento na busca de um cuidado humanizado*. Apesar de às vivências de sofrimento se destacar, os técnicos de enfermagem relacionaram o prazer ao reconhecimento do trabalho pelo paciente e pela manifestação verbal de agradecimento. Quanto às vivências de sofrimento destacaram-se a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo na prestação de um atendimento mais humanizado, a rivalidade entre colegas, além da falta de reconhecimento do trabalho pela organização e chefia. Como estratégia de enfrentamento foi identificada o uso do bom humor e a tentativa de desconectar do trabalho no ambiente familiar. Conclui-se que a humanização, na experiência do técnico de enfermagem tem gerado sofrimento no trabalho, uma vez que a organização do trabalho não possibilita ao trabalhador protagonizar suas intervenções. Através das discussões apresentadas nos artigos pôde-se considerar que a humanização em saúde, como tem sido aplicada e enfatizada pelas organizações de trabalho, tem intensificado o sofrimento, e conseqüentemente, os agravos à saúde, pois a humanização não se restringe a política, ela se efetiva frente ao confronto real do trabalho.

Palavras-chave: Humanização em saúde; psicodinâmica do trabalho; técnico de enfermagem.

HUMANIZATION IN HEALTH:

A PLEASURE ROUTE AND / OR SUFFERING AT WORK OF NURSING TECHNICAL?

ABSTRACT

Humanization is to value the different subjects involved in health production process, seeking autonomy and collective participation in improving the services, according to the National Policy on Humanization - PNH, established in 2003, after this construction, much has been discussed and reflected on the theme. Thus, this work came from a study that aimed to analyze the pleasure and mental suffering of nursing technicians by perception and application of humanized practice in their work. The research was an exploratory-descriptive qualitative design and was theoretically driven approach psychodynamics of work. The study was conducted in southern Brazil, and included the participation of six nursing techniques, aged between 26 and 52 years ($M = 38$, $SD = 10.1$), working in hospitals that performs service by SUS. Participants were selected from Snowball method. Data collection was conducted through semi-structured interview and public documents analysis. The data generated in the study were subjected to content analysis and describe categories. The results obtained in this study were divided into two empirical articles that make up this thesis. The first section presents the article Humanization in Health: policy prescription to the technical work of the nursing reality. The results showed that health humanization is perceived by technical piecemeal, predominantly linked to patient care, which may be a result of lack of information on the subject. The nursing technicians reported that the love of the profession and empathy towards the patients are what drives the realization of a more humane care, where technique is the starting point for human stand out. From these results, it is concluded that the proposal of health humanization in practice, has been partially performed and only directed to patient care. The second section is the article Nursing Technicians: experiences of pleasure and suffering in search of a humanized care. Despite the suffering experiences excel, nursing technicians related pleased to recognition of the work by patient and verbal expression of thanks. As for the suffering experience stood out the work overload and lack of time in providing a more humanized care, the rivalry between colleagues, and the lack of recognition of the work the organization and leadership. As a coping strategy was identified using the good humor and the attempt to disconnect from work in the family environment. It follows that the humanization, in the nursing technician experience has generated suffering at work, since the organization of work does not allow the worker star in their interventions. Through the discussions presented in the articles could be considered that health humanization, as has been applied and enhanced by labor organizations, has intensified the suffering, and consequently the health problems because humanization is not restricted to politics, she be effective against the real confrontation of work.

Keywords: Humane health care; psychodynamics of work; nursing technician.

APRESENTAÇÃO

Atualmente, o conceito de humanização tem adquirido mais espaço dentro das discussões de diferentes campos profissionais, tornando-se um tema recorrente e de alta ênfase em várias áreas. Do ponto de vista administrativo e das organizações, fala-se em humanização buscando a qualidade de vida no ambiente de trabalho. Já as áreas tecnológicas buscam, através da inclusão, humanizar o acesso ao mundo digital. E na área da saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e demais segmentos se propõem a discutir a humanização do atendimento nos ambientes hospitalares e serviços públicos, para promoção e prevenção em saúde, tanto para os usuários como para os profissionais (Backes, Lunardi & Lunardi Filho, 2006; Ijuim & Tellaroli, 2008; Vergara & Branco, 2001).

Para humanizar as práticas em saúde, no Brasil, o Governo Federal criou a Política Nacional de Humanização (PNH), que é desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil, aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, atualmente, também pensada e aplicada em parte nos serviços privados de saúde. Essa visa alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde, operando de forma transversal, buscando a participação coletiva e a troca de saberes entre profissionais e usuários (Brasil, 2004a, 2004b).

A humanização enquanto política pública desenvolveu-se no ambiente hospitalar, berço das discussões e reflexões sobre humanização da saúde, tendo como entusiastas os profissionais de enfermagem (Brasil, 2001). No Brasil, segundo dados obtidos junto ao Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2011), o número total de profissionais de enfermagem registrado no órgão era de 1.856.683(100%), destes mais de 40% é técnico de enfermagem, num total de 750.205 profissionais. Cabe ressaltar que o contexto hospitalar, tem como característica a predominância de mão de obra de nível técnico que presta assistência de enfermagem, sendo estes 80% dos trabalhadores deste ambiente, por está razão o presente estudo optou por dar voz a estes profissionais, justificando a escolha pelos técnicos de enfermagem, e por estes profissionais em seu ofício estarem em constante contato com os pacientes e vivenciarem mais intensamente o cuidado.

Nesta direção, foi desenvolvido esse estudo com objetivo analisar o prazer e o sofrimento psíquico de técnicos de enfermagem mediante a percepção e aplicação da prática humanizada no seu trabalho, utilizando a Psicodinâmica do Trabalho (PdT), como pressuposto teórico. A pesquisa foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), tendo os dados

coletados na região sul do país, com técnicos de enfermagem de hospitais particular de grande porte que oferece atendimento pelo SUS.

A escolha desta temática de investigação está relacionada ao convívio prolongado e intenso com estes profissionais que são pouco reconhecidos pela sociedade, mas que sustentam as nossas instituições de saúde com dedicação e amor à profissão, mesmo contra todas as adversidades da organização do trabalho e das dores humanas. Neste sentido, construir uma dissertação de mestrado dando voz às vivências desta população, sem dúvida, é a realização de um sonho, e um compromisso social. Sendo assim, apesar de apresentar temas totalmente associados, didaticamente, optou-se pela construção de dois artigos empíricos, o primeiro fundamentando a relação entre a humanização enquanto Política de Saúde, enquanto uma prescrição a ser aplicada a realidade do trabalho, e o outro, abordando as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do técnico de enfermagem, na busca de um cuidado humanizado. Desta forma, esta dissertação está organizada em duas seções: a primeira (Humanização em Saúde: da prescrição política à realidade do trabalho do técnico de enfermagem), com o objetivo de analisar a realidade do trabalho do técnico em enfermagem frente à prescrição da política de humanização em saúde; e a segunda, (Técnicos de Enfermagem: vivências de prazer e sofrimento na busca de um cuidado humanizado), com o objetivo principal de analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos técnicos em enfermagem frente à proposta de humanização em saúde, além de compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes trabalhadores no contexto hospitalar. Espera-se que este estudo atribua maior visibilidade a estes profissionais, oferecendo um entendimento acerca da importância do trabalho humanizado para a promoção e restauração da saúde, sem deixar de problematizar os aspectos do trabalho real.

SEÇÃO 1
HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: DA PRESCRIÇÃO POLÍTICA À REALIDADE DO
TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

RESUMO

A referente pesquisa qualitativa buscou analisar a realidade do trabalho do técnico em enfermagem frente à proposta da política de humanização em saúde. Participaram seis técnicos de enfermagem que trabalham em um hospital privado que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Santa Maria/RS, com idades entre 26 e 52 anos (M= 38; DP= 10,1). Os dados, obtidos por meio de entrevista semiestruturada e análise de documentos públicos, foram submetidos à análise de conteúdo. A humanização em saúde é percebida pelos técnicos de forma fragmentada, e atrelada ao atendimento ao paciente, o que pode ser consequência da pouca informação sobre o tema. Os técnicos de enfermagem referem que o amor à profissão e a empatia dos profissionais para com os pacientes são fatores que impulsionam na realização de um atendimento mais humano, em que a técnica serve de ponto de partida para o humano se sobressair. Diante desses resultados, conclui-se que a proposta da humanização em saúde, na prática, tem sido realizada parcialmente, sendo apenas direcionada ao cuidado ao paciente.

Palavras-chave: Técnico de enfermagem; Psicodinâmica do Trabalho; Humanização em saúde.

HUMANIZATION HEALTH: PRESCRIPTION POLICY TO REALITY OF NURSING TECHNICAL WORK

ABSTRACT

A for qualitative research aimed to analyze the reality technician job in nursing forward the proposal of humanization in health policy. Participants were six nursing technicians working in a private hospital that serves patients of the Unified Health System (SUS) in the city of Santa Maria / RS, aged between 26 and 52 years ($M = 38$, $SD = 10.1$). The data, obtained through semi-structured interviews and analysis of public documents were subjected to content analysis. Health humanization is perceived by technical piecemeal, and linked to patient care, which may be a consequence of little information on the subject. The nursing technicians reported that the love of the profession and the professional empathy toward patients are factors that drive the realization of a more humane care, where technique is the starting point for human stand out. From these results, it is concluded that the proposal of health humanization in practice, has been partially performed and only directed to patient care.

Keywords: technical nursing; psychodynamics of work; health humanization.

1. INTRODUÇÃO

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, é um marco para a saúde pública no Brasil, pois, a partir dela, surgiram políticas específicas tais como: saúde da mulher; na infância e adolescência; do trabalhador, mental e bucal, além da implantação das políticas nacionais de recursos humanos para o SUS, e diretrizes para a formação, relação e desenvolvimento do trabalho e do trabalhador da saúde. Na 11ª CNS, ocorreram importantes discussões sobre a humanização dos serviços e dos cuidados prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, visando melhorar a qualidade do atendimento, acolhimento e a capacidade resolutiva de cada caso (Benevides & Passos, 2005^a; Brasil, 2001).

Estas discussões e reflexões sobre a humanização só foi possível através das vivências do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, criado em 1999, pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, sendo as primeiras experiências relevantes em humanização do atendimento e atenção a profissionais e usuários do SUS. Em 2003, o Ministério da Saúde decidiu valorizar as experiências obtidas na PNHAH, construindo uma Política Nacional de Humanização (PNH) que englobasse as iniciativas existentes e que as articulasse, deixando de serem iniciativas isoladas, potencializando o conceito de humanização para todas as instâncias das práticas de saúde do SUS (Brasil, 2004a; Nogueira-Martins, 2001).

Diante disso, a humanização deve ser uma política transversal das práticas de atenção e gestão da saúde, desempenhando um papel de atuação integrada e integradora. A Política Nacional de Humanização visa fortalecer os princípios do SUS no sentido da integralidade que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais complexo tratamento, prestando ao sujeito atenção integral, a universalidade do serviço que garante que todos os sujeitos têm direito aos serviços públicos de saúde, e a equidade que diz que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido em suas necessidades (Brasil, 2004a, 2004b).

Após a construção da PNH, muitos autores buscaram conceituar a humanização, agregando muitos significados, que vão desde a visão de cunho caritativo e solidário do profissional para com o paciente, passando pela discussão do respeito à essência do ser humano e até o processo de reflexão da ética e dos valores profissionais (Backes, Lunardi & Lunardi Filho, 2006; Casate & Corrêa, 2005; Pessini & Bertachini, 2004; Silva, 2000). Discutindo a proposta política da humanização, alguns autores referem que está relacionada ao processo de defesa da vida, em que o foco é a valorização do ser humano, onde deveriam

ser criadas estratégias de intervenção voltadas ao humano, produzindo formas de intervenções com os sujeitos sendo protagonistas das transformações do sistema de saúde, mas que a amplitude, tanto da política como do conceito, dificultam este processo por gerar infinitas possibilidades de aplicação (Benevides & Passos, 2005b; Campos, 2005; Pessini, Pereira, Zaher & Silva, 2003).

A humanização como proposta de saúde atinge todos que nela estão inseridos, mas a implementação e aplicação efetiva da política só será bem sucedida quando suscitar nos profissionais a análise de sua prática, de suas habilidades e limitações, buscando aliar às teorias as questões éticas implicadas na garantia dos direitos dos pacientes, tornando-a mais humanizada e de maior qualidade. Para que as propostas da Política Nacional de Humanização tenham maior chance de concretização, torna-se necessário um entrelaçamento do conceito com cada realidade do trabalho em saúde, possibilitando assim entender o contexto no qual se inserem os sujeitos que participam do processo da saúde, suas ideias, concepções e valores, permitindo a articulação de estratégias específicas e eficazes para se obter a humanização (Chernicharo, Silva & Ferreira, 2011; Goulart & Chiari, 2010).

A humanização em saúde é um desafio, pois para ser efetiva necessita que cada profissional repense sua prática, e conseqüentemente, transforme a prescrição política no confronto com a realidade de seu trabalho. Para Dejours (2008), trabalhar é preencher o espaço entre o prescrito e o efetivo. O trabalho prescrito é o que antecede a execução da tarefa, são as normas, a burocracia e a fiscalização do trabalho, e é por meio deste que o trabalho é reconhecido ou punido. Já o trabalho real é a execução, a ação real do trabalhador. Para a clínica do trabalho é importante o que o trabalhador acrescenta ao trabalho prescrito para enfrentar o que não funciona, sua ação real diante do objetivo a atingir.

Para encontrar soluções e inventar novos caminhos, o trabalhador faz uso de sua inteligência prática, desafiada a partir do confronto com o real do trabalho, não ficando restrito ao ambiente laboral, pois o trabalho influencia na subjetividade e transforma os sujeitos e, conseqüentemente, seus modos de agir e de viver. E, em decorrência, quando o trabalhador faz uso da sua astúcia, ele também transforma o trabalho. A inteligência prática está presente em todo trabalho, pois é o trabalho que a produz, na medida em que é necessário transformar o trabalho prescrito em trabalho real. Nas áreas de saúde, no exercício do trabalho do técnico de enfermagem, essa passagem do prescrito para o real se torna ainda mais complexa, uma vez que, não se pode ensinar o trabalho propriamente dito, pois o cuidar demanda a cada momento investimento, onde o trabalhador deverá encontrar por si só, a partir

de sua inteligência inventiva e criativa, as artimanhas e as astúcias da profissão que não lhe foram ensinadas (Dejours, 2012b).

Desta forma, o trabalho real do técnico de enfermagem é acompanhar a fragilidade e o desamparo causado pela doença do paciente. E, ao escolher trabalhar neste ofício, acaba por investir sua emoção, exigência para além de técnica e conhecimento. Investir de afetividade a prática de trabalho é oferecer ao paciente a palavra de consolo que necessita para aderir ao tratamento (Machado & Merlo, 2008). Para tornar-se técnico de enfermagem é necessário realizar um curso profissionalizante, com duração de dezoito meses que habilitará para a profissão conforme a Lei nº 7.498 que regulamenta a profissão de Técnico de Enfermagem (Brasil, 1986). As atribuições do trabalho do técnico de enfermagem vão para além dos cuidados de higiene e conforto, da medicação e do exame, elas exigem sensibilidade do profissional que não está prescrita como atribuição da profissão. O cuidado é considerado um espaço de criação que o investimento afetivo proporciona ao técnico de enfermagem, inventar-se e reinventar-se como ser humano, e isso só é possível por que existe uma lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real que permite que se estabeleça uma relação entre o cuidador e o paciente, sendo única, e pertencendo ao trabalhador (Machado & Merlo, 2008).

O uso da humanização, como habilidade e saber, ultrapassa o trabalho prescrito para o técnico de enfermagem, porque o uso de habilidades que vão para além da prescrição não costuma ser considerado, na dinâmica hospitalar, nas discussões sobre o trabalho dessa categoria. No entanto, tendo em vista a concepção de trabalho da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), sabemos que nenhum trabalhador é um mero executor, para que o trabalho aconteça, é preciso que o trabalhador acrescente de si às prescrições (Dejours, 1992, 2004, 2012; Fonseca, 2014). Diante desta concepção, pode-se entender que o trabalho prescrito seria a Política Nacional de Humanização, que será utilizada como ponto de partida para entender melhor este fenômeno. Já o trabalho real é como os técnicos de enfermagem tentam viabilizar a aplicação da humanização em suas práticas. O estudo teve como objetivo analisar a realidade do trabalho do técnico em enfermagem frente à proposta da política de humanização em saúde.

2. MÉTODO

2.1 Delineamento

A presente pesquisa apresenta um delineamento qualitativo, exploratório e descritivo. Nesse sentido, pretende apreender a dimensão individual, fazendo emergir aspectos subjetivos, de maneira espontânea (Turato, 2003).

2.2 Contexto de Pesquisa e Participantes

Este estudo contou com a participação de seis técnicas de enfermagem, com idades entre 26 e 52 anos ($M= 38$; $DP= 10,1$), com experiência e tempo de atuação como técnico de enfermagem entre 2 e 16 anos ($M= 8,5$; $DP= 5,2$). No momento da entrevista, as participantes trabalhavam em hospitais da região sul que também presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde- SUS. As participantes foram recrutadas pelo método *Snowball* (bola de neve) na qual um participante indica outros e assim por diante (Turato, 2003), a primeira participante foi indicada por uma conhecida da pesquisadora, e a partir destas as demais foram sendo indicadas.

As participantes trabalham em hospitais considerados de média a alta complexidade. Em sua totalidade, as participantes da pesquisa foram mulheres, não foi indicado pelos participantes nenhum homem para participar do estudo, confirmando o que alguns estudos já diziam que a área da enfermagem a predominância é feminina (Magnago, Lisboa, Griep, Kirchof & Guido, 2010; Martins, Kobayashi, Ayoub & Leite, 2006; Souza Araújo, Silva & Bêredo, 2014). Utilizou-se o critério de saturação teórica do roteiro das entrevistas para definir o número dos participantes.

Um aspecto a destacar é que apenas uma participante estudava no período da coleta, cursando enfermagem. Das seis participantes somente uma não exercia outra função remunerada, quatro delas realizam a função de cuidadora em horário inverso ao trabalho (plantão particular). O critério de exclusão estabelecido para a participação no estudo foi: não estar de laudo médico ou afastamento do trabalho durante a coleta de dados e profissionais que não atuam diretamente com pacientes. Outro dado relevante é que a maioria das participantes estava trabalhando no turno da noite. Com vistas à preservação de identidade, optou-se, no decorrer da análise, chamá-los por nome de flores: Açucena, Amarílis, Camélia, Dália, Gardênia e Lis.

2.3 Instrumentos

O instrumento para coleta das informações utilizadas foi um questionário sócio-demográfico (Anexo A) e uma entrevista individual semiestruturada (Anexo B). Através da entrevista pode-se colher informações detalhadas sobre o tema da pesquisa. A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela realização de perguntas específicas, ao mesmo tempo em que o pesquisador pode ser livre para ir além das respostas oferecidas pelos entrevistados; assim o mesmo pode buscar esclarecimentos adicionais, que lhe permite aprofundar a compreensão do fenômeno estudado (May, 2004). As entrevistas foram gravadas em áudio, sendo transcritas na íntegra para posteriores análises.

2.4 Procedimentos Éticos e de Coleta dos Dados

O projeto foi enviado e aprovado ao Comitê de Ética da UNISINOS, número 14/078 (anexo C), após receber a autorização de execução, foi recrutado um participante que estava de acordo com os critérios do estudo, e este indicou o próximo participante. O recrutamento do primeiro participante foi por conveniência do pesquisador, por convite individual por contato pessoal. Aos que aceitaram, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo D) e que respondessem a entrevista. O anonimato das participantes foi assegurado, bem como o pedido para sair do estudo a qualquer momento da coleta de dados da pesquisa.

As entrevistas ocorreram de forma individual, em espaços reservados, e qualquer esclarecimento durante a mesma foi feito pela pesquisadora. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados e serão arquivados, pelo período de cinco anos, junto ao pesquisador responsável. Já as gravações das entrevistas foram apagadas, após a transcrição das mesmas. Foram adotados todos os procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos, seguindo a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013). A devolução dos dados aos participantes foi realizada por e-mail, e os que solicitaram mais detalhes foi marca uma devolução pessoalmente.

2.5 Análise de Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo a qual, segundo Bardin (1977), é uma técnica que analisa as falas e informações coletadas, de forma extensiva com o objetivo de aprofundar o conteúdo das informações prestadas pela pessoa que forneceu os dados. Após leituras exaustivas do material foram elencadas categorias, sendo estas

codificadas mediante identificação de unidades temáticas. Para a realização da análise, foi utilizado o programa Atlas T.I., e duas pesquisadoras fizeram a análise individualmente e depois compararam os achados. Através da análise de dados empregada permitiu-se a extração de categoria *a priori*, como: Humanizar ou não humanizar, eis a questão. E a categoria *a posteriori*, como: o amor ao trabalho, à empatia como facilitadora da humanização, ser humano versus ser técnico e a pouca informação sobre humanização.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Humanizar ou não humanizar, eis a questão

Quanto à fala das entrevistadas, pode-se notar a percepção da “humanização”, reflete a ambiguidade do termo e lacunas que o entendimento do conceito proporciona, mostrando a relação que cada entrevistado tem com o assunto. Cabe ressaltar, que o termo humanização é polissêmico, principalmente quando empregado nos contextos de saúde (Ferreira & Araújo, 2014). Um dilema pertinente à ideia de humanização foi abordado por uma das entrevistadas, em relação à questão de ser humana, portanto é humanizada, evidenciado no relato de camélia: *“no momento em que a gente trabalha com pessoas né, é humanizado”*. Humanizar é a prática do humano, o cuidado do técnico para com o paciente é humano, pois quando um profissional coloca a sua humanidade a serviço do outro, já é humanizar (Corbani, Brêtas & Matheus, 2009). Quando o profissional questiona a humanização, a política já está cumprindo com sua proposta, que é suscitar reflexões, possibilitando que o técnico possa reavaliar sua prática, e assim, mexer com aspectos fragmentados e banalizados; de como são tratados os serviços de saúde e as pessoas que deles necessitam. Da mesma forma, o impacto das reflexões sobre humanizar ou não, pode ser desestabilizador da rotina dos profissionais, suscitando reflexões sobre as técnicas e práticas nomeadas como “humanizadas” (Benevides & Passos 2005).

Nos contextos de saúde, o foco das intervenções geralmente é o paciente, na percepção da entrevistada Gardênia isso fica evidenciado, uma vez que a mesma entende que a Humanização está diretamente ligada ao bom atendimento ao paciente *“humanização em saúde é a maneira como tu trata o paciente desde o momento em que o paciente entra no hospital até o momento da saída do paciente”*. A humanização com foco somente no cuidado e atendimento ao paciente também é relatada pela entrevistada Amaríles quanto afirma: *“a humanização na saúde pra mim é assim ô, é tu cuida, é tu cuidar do próximo, é tu gostá do*

que tu tá fazendo”. Esta percepção de humanização ligada ao tratar bem o paciente está associada a um sentido reducionista da dimensão do termo, acarretando um entendimento de que se deve exigir dos trabalhadores uma postura de bom atendimento ao paciente, excluindo assim outras ações que dão sustentação a humanização como a transformação de coaduna, tanto do profissional como do paciente, na busca de mais protagonismos no sentido da produção de saúde (Ferreira & Araújo, 2014).

E a entrevistada Lis, a partir de seu relato, é quem se aproxima mais da abordagem de humanização proposta pela política, que tem como objetivo a participação de todos que estão envolvidos nas esferas de saúde: *“entendo humanização em saúde é um bom atendimento aos usuários, procurando fazer um bom acolhimento, não somente com os usuários, com os enfermeiros, médicos, todos os profissionais”*. A percepção das técnicas de enfermagem sobre a humanização é resultado da atividade que desenvolvem, das lacunas entre a política (proposta) e sua aplicação (trabalho real), que permitem ao trabalhador a transformação do que idealiza a política na realização de suas atividades. Assim, o cuidado humanizado pode ser concretizado no trabalho real, como aquilo que o técnico de enfermagem deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (Dejour, 2004; Hennington, 2008).

3.2 Amor ao trabalho: o diferencial na humanização

A concepção de amor, abordada pelas participantes, apresenta-se como benéfica à profissão de técnico de enfermagem. Através do exercício do cuidado humano com amor os técnicos de enfermagem podem adquirir as transformações necessárias para modificar o trabalho exercido, bem como as instituições de saúde (Rivero & Erdmann, 2007). Para as entrevistadas a humanização só é possível quando o profissional ama seu ofício e o realiza com dedicação. Todas as entrevistadas relataram que o amor é o principal motivador para continuar a realização de práticas mais humanizadas, e isso fica explícito no relato das entrevistadas Amarílis e Dália: *“sentimento de dever cumprido, de tu está fazendo o que tu gosta com amor, com carinho e de poder ajudar, eu gosto muito do que eu faço, e eu faço por que realmente eu gosto mesmo” e “o meu diferencial é: eu faço por que eu gosto”*.

O amor pela profissão pode potencializar o uso da astúcia no trabalho real do técnico de enfermagem, por não ser prescrito, o amor suscita nas participantes do estudo, a utilização da inteligência prática que permite a estes profissionais expressarem sua subjetividade,

colocando a sua marca no trabalho e transformando suas práticas (Mendes & Morrone, 2010). O amor pelo ofício, como inteligência prática, é desenvolvido no confronto com o real do trabalho, sendo potencializado pela autonomia diante da realização do trabalho, em que o trabalhador tem oportunidade de expressar-se regulando a prescrição de seu trabalho (Dejours, 2007).

3.3 A empatia como facilitador de um atendimento humanizado

A empatia, não é uma exigência técnica do trabalho em enfermagem, por este motivo não é aprendida na formação profissional, ela é sentida pelos profissionais no âmago de suas emoções, no ato do trabalho, despertando no técnico de enfermagem sua condição humana, e a vontade de prestar um atendimento mais humano ao sujeito cuidado (Andrade, Martins, Caetano, Soares & Beserra 2009; Carvalho, 2013). Para as técnicas entrevistadas, a assistência prestada ao paciente é algo que demanda uma compreensão ampla do momento em que o sujeito se encontra, e para que o atendimento humano possa ser empregado com sucesso, estes profissionais se colocam no lugar do paciente, tanto no imaginário, quanto no real, deixando-se tocar pelo outro para darem conta de suas demandas. O que fica evidente na fala da Lis: *“eu tento me botar no lugar da pessoa sabe, cuidar como eu gostaria de ser atendido, tentando atender todos na mesma maneira”*.

Colocar-se no lugar do paciente, tratá-lo com sentimento, pode vir a ser pertinente à perpetuação da condição humana do profissional, mas, cabe ressaltar que esta não é a proposta da humanização, pois, para que duas pessoas tenham um contato humanizado, não se faz imprescindível o envolvimento emocional ou afetivo. No entanto, o respeito com que se trata o paciente é de fundamental importância para estabelecer uma relação humanizada entre técnico de enfermagem e paciente (Pregnoatto, Agostinho, Dias & Baptista, 2003). A empatia mobiliza as técnicas de enfermagem entrevistadas, uma vez que estas ao se imaginarem no lugar do paciente acabam por realizarem intervenções mais humanas, dedicando-se mais ao paciente, como podemos averiguar no relato da entrevistada Açucena: *“a gente tem que se pôr no lugar do paciente né, dedicar nosso tempo, o nosso trabalho como a gente gostaria que fizessem com a gente”*. No trabalho, o técnico de enfermagem encontra um espaço de criação, em que o investimento afetivo e a empatia proporcionam ao profissional inventar-se e reinventar-se como ser humano, e isso só é possível por que existe um espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real que permite que se estabeleça uma

relação entre o cuidador e o paciente, e esta é única, e pertence singularmente a cada trabalhador (Machado & Merlo 2008).

3.4 Pouca informação sobre a Política de Humanização

A dificuldade frente ao cuidado e atendimento humanizado, segundo as participantes, pode estar ligada à falta de conhecimentos técnicos e atualização nos ambientes de promoção e assistência à saúde, como relatado pela participante Camélia: *“dentro da minha área, assim, não é colocado à humanização. Eu escutei assim, mas não com frequência do dia a dia”*. Para Silva (2004), os profissionais da área da saúde devem rever e delimitar seus objetivos diariamente, para que possam resgatar o sentido de suas ações, que seria o cuidado, já que é o cuidado ao paciente que dá sentido à profissão, instigando a necessidade de reciclagem profissional, para não se deixar desumanizar pela complexidade inexorável: lidar com a fragilidade humana.

A pouca informação sobre a política de humanização faz com que muito se perca na construção de uma assistência humanizada, pois, pensar em humanização é refletir sobre a própria profissão do técnico de enfermagem, que essencialmente é o cuidado (Silva, Oliveira, Sá, Lima, Oliveira & Collet, 2014). A importância de refletir sobre humanização é relatada pela entrevistada Dália: *“eu acho, que às vezes, a gente nem para pra pensar que é tão importante falar sobre humanização, e faz falta, pois se tu vai pensar é uma coisa muito importante que a gente acaba não tendo muito contato”*. A importância de se repensar as práticas de humanização é uma das propostas da política de humanização, que recomenda a troca de saber entre gestores, profissionais e pacientes, para que cada um assuma seu papel de protagonista na promoção de saúde (Brasil, 2004a, 2004b).

A única entrevistada que relatou ter ouvido falar da Política Nacional de Humanização – PNH, no seu trabalho foi a entrevistada Açucena: *“logo que eu fui contratada sempre falaram que eles queriam técnicos humanizados, mas eles não passaram nada, só falaram, e parou por ai”*. Estes relatos mostram que a humanização, mesmo sendo uma política de saúde vigente no nosso país a mais de dez anos, ainda não é muito conhecida pelas técnicas, sendo pouco aplicada no contexto de saúde estudado. E quando apresentada a essa participante, foi feita de maneira reducionista, focando apenas o atendimento ao paciente.

A partir dos relatos é possível inferir sobre a ausência de programas de educação permanente nos locais em que as entrevistadas trabalham. A educação permanente em saúde, no Brasil, foi instituída como política pública, a qual é compreendida como “aprendizagem no

trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, sendo um dos pilares que sustentam a PNH. A educação permanente depende que os processos educativos dos trabalhadores da saúde tenham como objetivos a transformação das práticas, pois o (saber) só gera competências quando mobilizado pelas vivências reais desenvolvidas na prática do trabalho (Barreto, Tavares, Brandão, Gonçalves, Valente & Ferreira, 2013; Dejourns, 2012; Silva, Ferraz, Lino, Backes & Schmidt, 2010).

3. 5 Ser humano versus ser técnico

A humanização requer do técnico de enfermagem um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, além de uma postura ética que permeie todas as suas atividades profissionais. Nessa perspectiva, diante dos dilemas éticos decorrentes, os técnicos de enfermagem têm demonstrado estarem, cada vez mais, à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana nas relações profissionais, principalmente, às associadas à autonomia (Backes, Lunardi & Lunardi Filho, 2006).

Ser mais humano é um dilema recorrente na área da saúde, pois o cuidado não pode ser prescrito, ele se apresenta ao profissional na execução da tarefa, e isso fica claro na lei nº 7.498/1986, que regula a profissão do técnico de enfermagem, quando não esclarece quais atividades de assistência de enfermagem seriam executadas pelo técnico, permitindo a estes profissionais ter autonomia no cuidado (Brasil, 1986). A utilização da humanidade do profissional é relatada pela entrevista Dália: *“A gente usa muito o nosso lado humano, às vezes, não deveríamos usar tanto”*. Em relato, a entrevista Lis pondera a importância de equilibrar o ser humano e o ser técnico para que o trabalho seja realizado: *“a gente tem que ter um equilíbrio sabe, no sentido de não se deixar levar só ela - emoção, e também não só pela razão, pois ai a gente não é humano né, mas um equilíbrio”*.

O dilema entre ser humano e ser técnico, também foi relatado por outros profissionais de enfermagem em pesquisa realizada em Belo Horizonte, afirmam que o trabalho considerado mais humano possibilita a diminuição da sensação de sobrecarga de trabalho e aumenta a satisfação do trabalhador. Já em contra partida, o trabalho muito técnico gera no trabalhador mais sofrimento. Ser copiosamente técnico provoca sofrimento no trabalhador, pois ao ser altamente especializado o profissional deixa de usar a sua criatividade e inteligência na transformação de seu trabalho, repetindo atos mecanicistas desprovidos de humanidade (Vieira, Alves, Monteiro & Garcia, 2013; Dejourns, 2004).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a realidade do trabalho do técnico em enfermagem frente à proposta da política de humanização em saúde. Ao buscar ampliar os dados existentes acerca da humanização em saúde, e contextualizar a realidade de trabalho dos técnicos de enfermagem, pôde-se analisar que a humanização como proposta política ainda é insipiente e somente voltada para o atendimento aos pacientes.

A humanização como política pública é pouco empregada no contexto das entrevistadas, isso pode ser devido à formação profissional, à organização de trabalho e a características regionais, em que a política ainda está sendo construída junto às instituições de saúde. No entanto, os profissionais estudados mesmo sem ter o rapport educativo sobre a humanização acabam, muitas vezes, realizando um atendimento humano para com os pacientes. A sensibilização do colocar-se no lugar do outro pela empatia e o amor ao ofício cumprem, em parte, a proposta da Política de Humanização. No entanto, não estão sendo contemplados outros aspectos da política, como a humanização do profissional, da gestão do trabalho e nem o protagonismo do paciente.

Outra questão relevante sobre o estudo foi à percepção ambígua do conceito de humanização, isso reflete também a inconsistência teórica encontrada sobre o assunto, fazendo com que o profissional perceba a humanização como algo que se limita ao paciente, sem que ele mesmo se inclua no processo de humanização, o que desumaniza o profissional em detrimento da humanização do paciente.

Coloca-se como limitação de pesquisa, que os dados foram obtidos apenas em um setor e um contexto. Sugere-se estudos futuros que abordem a humanização voltada para o cuidador.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L. M., Martins, E.C., Caetano, J. A., Soares, E. & Beserra, E. P.(2009). Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. V. 1, n.1. pp. 151-157. Obtido em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.
- Backes, D. S., Lunardi, V. L. & Lunardi Filho, W. D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.14, n.1. pp. 132-135.
- Bardin, F. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

- Barreto, B. M. F., Tavares, D. N., Brandão, J. L., Gonçalves, J. C. P., Valente, G. S. C. & Ferreira, F. C. (2013). Educação continuada/permanente como estratégia no gerenciamento de enfermagem no sistema único de saúde: uma revisão integrativa. *J. res.: fundam. care.*[online]. v.5, n.3. pp. 85-93. Obtido em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1748/pdf_821
- Benevides, R. & Passos, E. (2005a). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.9, n. 17. pp.389-406. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>
- Benevides, R. & Passos, E. (2005b). A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.10, n. 3. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>
- Brasil, Casa Civil. (1986). *Lei 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Obtido em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-norma-pl.html>
- Brasil, M. S. (2001). *11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Obtido em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf
- Brasil, M. S. (2004a). *Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf
- Brasil, M. S. (2004b). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf
- Brasil, (2013). Ministério da Saúde. *Resolução N° 466, de 12 de Dezembro 2012*. Publicada no Diário Oficial da União (DOU), n°12, quinta –feira, 13 de junho de 2013, seção 1, pp.59.
- Campos, G. W. S. (2005). Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface-comunicação, saúde, educação*, vol. 9, n.17. pp 398-400. Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016

- Casate, J. C. & Corrêa, A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.13, n. 1. pp. 105-111. Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017
- Carvalho, C. G. (2013). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde [online]*. Três Corações, v. 10, n. 1, pp. 630-638. Obtido em: doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.560569>
- Chernicharo, I. M.; Silva, F. D. & Ferreira, M. A. (2011). Humanização no cuidado: concepção de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, vol.15, n. 4, pp. 686-693.
- Corbani, N. M. S., Brêtas, A. C. P. & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm*, Brasília: v.62, n.3. pp. 349-354. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>
- Ferreira, J. A. & Araújo, G. C. (2014). Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. *Textos & Contextos*. v. 13, n. 1. pp. 199 – 213. Obtido em: <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/fass/article/view/16519/11764>
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicodinâmica do trabalho* (5° ed.). São Paulo: Cortez – Oboré.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Prod.* [online]. vol.14, n.3. pp. 27-34 . Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004
- Dejours, C. (2007) Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes, A. M., Lima, S. C. C. & Faca, E. P. (orgs). (pp. 13-26). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília: paralelo 15.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (2012a). *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 1 ed. 13 reimp. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2012b). *Trabalho Vivo: Sexualidade e Trabalho*. Brasília, Editora Paralelo 15.
- Fonseca, M. L. G. (2014). Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: s/n. pp.251. Obtido em: <http://teses.icict.fiocruz.br/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/>
- Goulart, B. N. G. & Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n.1, pp. 255-268.

- Hennington, E. A. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Pública* [online]. vol.42, n.3. pp. 555-561 . Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000300024&script=sci_arttext
- Machado, A. G. & Merlo, A. R. C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicol. Soc. [online]*, vol.20, n.3, pp.444- 452. ISSN 1807- 0310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000300015>.
- Magnago, T. S. B. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C. & Guido, L. A. (2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. V. 18, n. 3. 08 telas. Pp. 140-147. Acesso em 26/8/2014. Acedido: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_19.pdf
- Martins, C., Kobayashi, R. M., Ayoub, A. C. & Leite, M. M. J. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, vol. 15, n.3. pp. 472-8
- May, T.(2004). *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Tradução: Carlos Silveira Netto Soares. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, A. M. & Morrone, C. (2010). Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In Mendes, A. M., Merlo, A. R. C., Morrone, C. & Facas, E. P. (orgs). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 29-52). Curitiba: Juruá.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2001). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 2ª ed. São Paulo: Loyola.
- Pessini, L., Pereira, L. L., Zaher, V. L. & Silva, M. J. P. (2003). Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 27, v.27, n.2, p. 203-205.
- Pregolato, A. P. F., Agostinho, V. B. M., Dias, R. R. & Baptista, M. N. (2003). Humanização em Ambientes Médicos. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp. 157-170.
- Rivero, D. E. & Erdmann, A. L. (2007). El poder del cuidado humano amoroso en la enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. vol.15, n.4. pp. 618-625 . Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Silva, M. J. P.(2000) *O amor é o caminho: maneiras de cuidar*. São Paulo: Editora Gente.

- Silva, M. J. P. (2004). Qual o tempo do cuidado? Clarificando a intenção. In: SILVA, M. P. J. *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola. pp. 13- 17.
- Silva, L. A. A., Ferraz, F., Lino, M. M., Backes, V. M. S & Schmidt, S. M. S. (2010). Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 31, n.3. pp. 557-561. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a21.pdf>
- Silva, F. L. F., Oliveira, R. C. C., Sá, L. D., Lima, A. S., Oliveira, A. A. V. & Collet, N. (2014). Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção do usuário. *Cienc. Cuid. Saúde*. V. 13, n. 2. pp. 210-218. Obtido em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22015/pdf_163
- Souza, L. L., Araújo, D. B., Silva, D. S. & Bêrredo, V. C. M. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, V. 19, N.2. pp. 218-232. Acesso em 26/8/2014. Acedido: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Vozes.
- Vieira, A., Alves, M., Monteiro, P. R. R. & Garcia, F. C. (2013). Mulheres nas equipes de enfermagem: identificação organizacional e vivências de prazer e sofrimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 21, n.5, 10 telas.

SEÇÃO 2

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NA BUSCA DE UM CUIDADO HUMANIZADO

RESUMO

O presente estudo qualitativo teve como objetivo analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos técnicos em enfermagem frente à proposta de humanização em saúde, além de compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes trabalhadores no contexto hospitalar. Participaram seis técnicos de enfermagem que trabalham em hospitais que atende paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados, obtidos por meio de entrevista semiestruturada, foram submetidos à análise de conteúdo. O prazer no trabalho dos técnicos de enfermagem está relacionado ao reconhecimento do paciente, pela assistência humanizada prestada pelo técnico, e no agradecimento verbal recebido no momento da alta hospitalar. Em contrapartida, e em maior destaque, nas vivências de sofrimento destacaram-se a falta de reconhecimento da organização e da chefia direta, a rivalidade entre colegas e a dificuldade de lidar com familiares. O sofrimento é intensificado pela sobrecarga de trabalho que acarreta a falta de tempo, dificultando a assistência humanizada ao paciente. Para lidar com essas vivências, os trabalhadores fazem uso de estratégias de enfrentamento pautado na utilização do bom humor e brincadeiras, além da tentativa de desconectar-se do trabalho no ambiente familiar. Tendo em vista esses resultados, a humanização em saúde pode ser um meio para transformar sofrimento em prazer, ao permitir que o trabalhador imprima seu jeito no ato de trabalhar, mas na organização de trabalho estudada ela tem gerado mais sofrimento, dificultando ao trabalhador protagonizar suas intervenções.

Palavras-chave: técnico de enfermagem; assistência humanizada; prazer no trabalho; psicodinâmica do trabalho.

TECHNICAL NURSING: PLEASURE AND SUFFERING OF EXPERIENCES IN
SEARCH OF A CAUTION HUMANIZED

ABSTRACT

This qualitative study aimed to analyze the experiences of pleasure and suffering in the work of the technical nursing students to health humanization proposal, and understand the coping strategies used by these workers in the hospital context. Participants were six nursing technicians working in hospitals southern Brazil region, which serves patients of the Unified Health System (SUS). The data, obtained through semi-structured interviews were subjected to content analysis. The pleasure in the work of nursing professionals is related to the recognition of the patient by the humanized assistance from technical and verbal thanks at the time of hospital discharge. However, and most prominent, the suffering experience highlighted the lack of recognition of the organization and direct management, the rivalry between colleagues and the difficulty of dealing with family. Suffering is intensified by work overload that leads to lack of time, making the humanized patient care. To deal with these experiences, workers make use of coping strategies guided by the use of good humor and jokes, besides trying to disconnect from the work in the family environment. Considering these results, health humanization can be a means to transform suffering into pleasure by allowing the worker print your way in the act of work, but the work organization studied it has generated more suffering, making it difficult to star in their work interventions.

Keywords: technical nursing; humanized; pleasure at work; psychodynamics of work.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem a propositiva de analisar as vivências de prazer, bem como de sofrimento mediante a proposta de humanização do trabalho dos técnicos em enfermagem, além de buscar compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes trabalhadores frente à intensificação do sofrimento. O ato de trabalhar, para a Psicodinâmica do Trabalho, está relacionado a uma constante luta contra o sofrimento, em que o sujeito se confronta com a organização do trabalho e suas normas, que objetiva limitar a expressão subjetiva do trabalhador. No trabalho, o trabalhador está à mercê de imprevistos e fracassos, e vulnerável ao sofrimento, sendo essas experiências inerentes ao trabalho. O trabalhador tem que ultrapassar as vivências penosas para continuar a trabalhar e, para isso, mobiliza seus recursos subjetivos para subverter o sofrimento, assim o trabalho está situado entre experiências de prazer e sofrimento (Dejours, 1992, 2007, 2008).

A Psicodinâmica do Trabalho entende que a saúde mental não está associada à ausência de sofrimento, mas às possibilidades de transformação dos fatores geradores de sofrimento, tornando o trabalho gratificante (Mendes, 2007). De acordo com a abordagem, a dinâmica existente na relação do homem com o trabalho parte de um conflito básico estabelecido entre a singularidade de cada trabalhador e a organização do trabalho, mobilizando cada trabalhador de uma maneira diferente (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 2012).

A mobilização do trabalhador pode ocorrer de formas distintas, no sofrimento patogênico o trabalhador não consegue utilizar adequadamente suas estratégias defensivas prejudicando a sua capacidade criativa e sua inteligência astuciosa para transformar a sua atividade, a fim de torná-la satisfatória a suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos. Em contrapartida, no sofrimento criativo o trabalhador se utiliza de sua mobilização subjetiva para transformar criativamente seu ofício, esta capacidade de transformação de sofrimento em prazer é entendida na psicodinâmica como inteligência astuciosa, em que o trabalhador modifica o trabalho prescrito para atender as suas necessidades fisiológicas e psíquicas (Dejours, 1992).

O trabalho mesmo sendo gerador de sofrimento, é importante na manutenção da vida, como meio de sobrevivência e como forma de realização e crescimento pessoal, sendo este organizador da vida social, pois submete o trabalhador ao capital, ou a interesses econômicos. A relação entre o capital e o trabalho apresenta contradições, pois o mesmo trabalho que dignifica, também pode ser fonte de sofrimento, causando desequilíbrio físico e mental, e conseqüentemente, adoecimento. Quando a organização de trabalho é inflexível e estabelece

rígidos modelos de exacerbação dos ditames organizacionais, o trabalho torna-se insalubre, intensificando os agravos a saúde do trabalhador, como é o caso dos ambientes hospitalares, em que os trabalhadores são submetidos a intensas jornadas de trabalho em meio ao sofrimento e a morte (Dejours, 2012; Campos, David & Souza, 2014).

O ambiente hospitalar, contexto de trabalho dos investigados, tem como característica ser reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham, pois, a carga física e psicológica enfrentadas pelos trabalhadores destes locais privilegia o adoecimento. Historicamente, este ambiente carrega o ônus da dor, da doença e da morte que influenciam no processo de trabalho, e no trabalhador (Elias & Navarro, 2006). No hospital, há uma predominância do trabalho técnico no setor de enfermagem, isso ocorre devido o hospital ser um ambiente de prestação de serviço, engajado no modelo capitalista, e o reflexo desta realidade é o barateamento nos custos, caracterizado pela contratação de profissionais técnicos que desenvolvem trabalhos fragmentados, subordinados com caráter servil, neste sentido os técnicos oferecem sua força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função (Matos & Pires, 2006; Costa, Vieira & Sena, 2009; Campos, David & Souza, 2014).

O trabalho do técnico de enfermagem tem como característica o processo organizativo da fragmentação do cuidado, em que o objetivo é o paciente, nesta organização o profissional se depara com a constância da dor, sofrimento, morte e estresses inerente ao labor. Cabe ressaltar, que o trabalho dos técnicos em enfermagem não se desenvolve só na dor, mas no amor à profissão, na possibilidade de proporcionar conforto e salvar vidas, gerando satisfação e equilíbrio psíquico a estes profissionais. As vivências de sofrimento e prazer são frequentes no trabalho dos técnicos de enfermagem, e esta constância gera sentimentos ambíguos nestes profissionais, pois ora são expostos ao sofrimento alheio e à morte, gerando sentimentos de impotência e sofrimento, e por ora ao cuidado humanizado, proporcionando saúde e gerando satisfação (Martins, Robazzi & Bobroff, 2010).

O cuidado humanizado no ambiente hospitalar advém da criação pelo Ministério da Saúde (MS) do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000, que propôs ações integradas visando mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais, buscando a melhoria na qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições e acenando com a possibilidade de valorização do trabalho dos profissionais da saúde. O PNHAH em 2003 passou por uma revisão, e o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que estendeu a humanização do atendimento, que estava restrita aos hospitais, para toda rede de Saúde, e definiu uma política, cujo objetivo central

passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho, possibilitando ao trabalhador de saúde maior autonomia na realização do seu ofício (Brasil, 2001, 2004).

Estudos realizados com técnicos de enfermagem que atuam em um contexto hospitalar indicaram que a humanização é um meio de tornar o trabalho prazeroso para os técnicos, pois possibilita ao técnico de enfermagem autonomia no cuidado, o que favorece o equilíbrio da relação sujeito-trabalho, tornando-o mais saudáveis (Garcia, Dellaroza, Haddad & Pachemshy, 2012; Machado & Merlo 2008; Martins, Robazzi & Bobroff, 2010; Sprandel & Vaghetti, 2012;). Cabe ressaltar que prestar um atendimento humanizado não é necessariamente desenvolver um vínculo afetivo com o paciente, mas como ser humano não se é imune a este tipo de vinculação. O vínculo estabelecido entre profissional- paciente pode gerar sentimentos ambíguos, tanto de sofrimento pela sensibilização da doença ou pela vulnerabilidade social de algum paciente, como de prazer pelo reconhecimento, valorização e demonstrações de afeto por parte dos pacientes (Prestes, Beck, Silva, Tavares, Camponogara & Burg, 2010).

Corroborando com os estudos apresentados anteriormente, a prática da humanização é uma possibilidade para o profissional transformar sofrimento em prazer, mas tem que ser levado em conta, que nem sempre o profissional dá conta de realizar esta transformação, e isso pode ocorrer devido à precarização do trabalho em saúde, que sustenta a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos, a ausência de reconhecimento do trabalho refletida nas baixas remunerações, a escassez de investimento em educação continuada, além da não ocorrência da própria humanização dos profissionais envolvidos na promoção de saúde, uma vez que estes, não tem acesso a espaços de reflexão sobre a prática exercida , e nem apoio emocional especializado para lidar com os dificuldades do ofício. (Beck, Lisboa, Tavares, Silva & Prestes, 2009; Duarte & Noro, 2013; Farias, Vidal, Farias & Jesus, 2013;). Para aprofundar o entendimento das relações existentes entre a busca de uma prática humanizada em saúde e sofrimento psíquico, escolheu-se pela abordagem da Psicodinâmica do trabalho, pois o estudo desta temática torna-se relevante uma vez que o trabalho é central na vida do sujeito, sendo primordial na construção da identidade, bem como na construção e transformação do trabalho e do trabalhador (Dejours, 2008).

2. MÉTODO

2.1 Delineamento

A presente pesquisa apresenta um delineamento qualitativo, exploratório e descritivo. Nesse sentido, pretende apreender a dimensão individual, fazendo emergir aspectos subjetivos, de maneira espontânea (Turato, 2003). O foco da pesquisa buscou compreender o fenômeno pesquisado, preocupando-se menos em explicá-los, mas sim descrevê-los; o que não significa que os resultados obtidos não possam ser usados para entender outras situações relacionadas ao estudo (Nogueira-Martins, 2001).

2.2 Contexto de Pesquisa e Participantes

Este estudo contou com a participação de seis técnicas de enfermagem, com idades entre 26 e 52 anos ($M= 38$; $DP= 10,1$), com experiência e tempo de atuação como técnico de enfermagem entre 2 e 16 anos ($M= 8,5$; $DP= 5,2$). No momento da entrevista, as participantes trabalhavam em hospitais da região sul do país, que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde- SUS. As participantes foram recrutadas pelo método *Snowball* (bola de neve) na qual um participante indica outros e assim por diante (Turato, 2003), a primeira participante foi indicada por uma conhecida da pesquisadora, e a partir destas as demais foram sendo indicadas. As participantes trabalham em hospitais considerados de média a alta complexidade. Em sua totalidade, as participantes da pesquisa foram mulheres, não foi indicado pelos participantes nenhum homem para participar do estudo, confirmando o que alguns estudos já diziam que a área da enfermagem a predominância é feminina (Martins, Kobayashi, Ayoub & Leite, 2006; Magnago, Lisboa, Griep, Kirchhof & Guido, 2010; Souza Araújo, Silva & Bêrredo, 2014). Utilizou-se o critério de saturação teórica do roteiro das entrevistas para definir o número dos participantes.

Um aspecto a destacar é que apenas uma participante estudava no período da coleta, cursando enfermagem. Das seis participantes apenas uma não exercia outra função remunerada, quatro delas realizam a função de cuidadora em horário inverso ao trabalho (plantão particular). Os critérios de exclusão estabelecidos para a participação no estudo foi: não estar de laudo médico ou afastamento do trabalho durante a coleta de dados e profissionais que não atuam diretamente com pacientes. Outro dado relevante é que a maioria das participantes estava trabalhando no turno da noite. Com vistas à preservação de identidade, optou-se, no decorrer da análise, chamá-los por nome de Flores: Açucena, Amarílis, Camélia, Dália, Gardênia e Lis.

2.3 Instrumentos

O instrumento para coleta das informações utilizadas foi um questionário sócio-demográfico (Anexo A) e uma entrevista semiestruturada (Anexo B) individual. Através da entrevista pode-se colher informações detalhadas sobre o tema da pesquisa. A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela realização de perguntas específicas, ao mesmo tempo em que o pesquisador pode ser livre para ir além das respostas oferecidas pelos entrevistados; assim o mesmo pode buscar esclarecimentos adicionais, que lhe permite aprofundar a compreensão do fenômeno estudado (May, 2004). As entrevistas foram gravadas em áudio, sendo transcritas na íntegra para posteriores análises.

2.4 Procedimentos Éticos e de Coleta dos Dados

O projeto foi enviado e aprovado ao Comitê de Ética da UNISINOS, número 14/078 (anexo C), após receber a autorização de execução, foi recrutado um participante que estava de acordo com os critérios do estudo, e este indicou o próximo participante, método *Snowball* (bola de neve). O recrutamento do primeiro participante foi por conveniência do pesquisador, por convite individual por contato pessoal. Aos que aceitaram, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo D) e que respondessem a entrevista. O anonimato das participantes foi assegurado, bem como o pedido para sair do estudo a qualquer momento da coleta de dados da pesquisa.

As entrevistas ocorreram de forma individual, em espaços reservados, e qualquer esclarecimento durante a mesma foi feito pela pesquisadora. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados e serão arquivados, pelo período de cinco anos, junto ao pesquisador responsável. Já as gravações das entrevistas foram apagadas, após a transcrição das mesmas. Foram adotados todos os procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos, seguindo a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013). A devolução dos dados aos participantes foi realizada por e-mail, e os que solicitaram mais detalhes foi marcada uma devolução pessoalmente.

2.5 Análise de Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo a qual, segundo Bardin (1977), é uma técnica que analisa as falas e informações coletadas, de forma extensiva com o objetivo de aprofundar o conteúdo das informações prestadas pela pessoa que forneceu os

dados. Após leituras exaustivas do material foram elencadas categorias, sendo estas codificadas mediante identificação de unidades temáticas. Para a realização da análise, foi utilizado o programa Atlas T.I., e duas pesquisadoras fizeram a análise individualmente e depois compararam os achados.

Através da análise de dados empregada permitiu-se a extração de categorias *a priori*: vivências de prazer no trabalho, vivências de sofrimento no trabalho e estratégia de enfrentamento no trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Vivências de prazer no trabalho

Durante as entrevistas, diante da pergunta sobre quais os sentimentos que são vivenciados na busca pela realização de uma prática humanizada ocorreram poucos relatos sobre as questões ligadas ao prazer. Isso pode ser um indicativo que os técnicos de enfermagem, por vivenciarem em seu cotidiano intensamente a dor, podem identificar mais facilmente o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, é necessário que estes profissionais consigam ter uma percepção do prazer e da satisfação no trabalho, visto que esse fator está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional, e influenciar na saúde do trabalhador (Siqueira Junior, Siqueira & Gonçalves 2006).

A única fonte de prazer no trabalho identificado pelas entrevistadas está relacionada ao reconhecimento do trabalho pelo paciente. O reconhecimento do trabalho pelo outro dá sentido ao trabalho realizado, pois é a partir dele que o profissional reconhece suas práticas, ressignificando o sofrimento vivenciado no trabalho. (Mendes, 2007). O reconhecimento é sem dúvida o que move o trabalhador para o trabalho, pois é importante para a construção da identidade do sujeito porque pode permitir a transformação do sofrimento em prazer (Dejours, 2012, 2013).

As entrevistadas afirmaram que nada é mais prazeroso que receber o agradecimento do paciente, como se pode evidenciar na fala da entrevistada Lis: *“O paciente, sem dúvida, tu se sente recompensado pelo teu serviço quando tu vê eles indo pra casa, e quando eles te agradecem, não tem explicação a alegria que isso dá”*. A melhora do paciente gera no técnico de enfermagem sentimentos de contentamento e gratificação, pois o mesmo percebe que a evolução do paciente é o resultado das ações e cuidados realizados por ele, ou seja,

emergem sentimentos positivos quando o próprio trabalhador consegue ver o resultado do seu trabalho durante este processo (Garcia, Dellarozza, Haddad & Pachemshy, 2012).

O agradecimento verbal que o paciente dirige ao técnico é o melhor “termômetro” para o profissional valorizar seu trabalho, como podemos averiguar nas falas de Camélia: “*Ver o paciente ir embora, e quando eles agradecem é muito bom ver que o nosso trabalho fez diferença na vida dele*”, e Gardênia: “*É um bem estar que tu não tem como explicá, quando o paciente dá alta, que vem te agradece, vê a pessoa bem indo pra casa, acho que é a melhor coisa que tem, é a hora da alta, que tu vê que valeu a pena*”. A gratidão expressa pelo paciente pelos cuidados humanizados dispensados faz emergir no técnico a sensação de estar sendo útil, o que revela sentimentos de prazer nesta população (Garcia, Dellarozza, Haddad & Pachemshy, 2012).

3.2 Vivências de Sofrimento no trabalho

3.2.1 Falta de reconhecimento do trabalho

As técnicas de enfermagem identificaram que a proposta de humanização também gera sofrimento, e um dos fatores que intensificam o sofrimento é a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, abordado pelas entrevistadas em duas instâncias distintas: a organizacional e pela chefia direta. É importante ressaltar que o prazer no ambiente de trabalho está diretamente relacionado aos sentimentos de reconhecimento e valorização e a ausência desses sentimentos leva o técnico de enfermagem ao sofrimento e desgaste profissional (Dejours, 2012; Mendes, 2007).

A desvalorização profissional por parte da organização é vivenciada pelas entrevistadas como um fator que causa sofrimento no trabalho, como pode-se verificar no relato da entrevistada Amarílis “*em todos os lugares o técnico de enfermagem não é bem visado, ele não tem o valor dele, é em nós que bate tudo, eu fico meio assim pra baixo é com esta valorização que os técnicos não têm na verdade, que não é reconhecido eu acho por todo o pessoal dali do hospital*”. Outro fator que as entrevistadas relataram é a falta de valorização do trabalho do técnico pela enfermeira chefe da unidade, como relata a entrevistada Lis: “*Frustrada sabe, a gente faz o melhor que dá, e sempre tem alguém que reclama, que acha que tu poderia fazer mais, eu tento dar meu melhor, é frustrante, pois não somos reconhecidos pela chefia*” as duas situações geram aos técnicos de enfermagem sentimentos de sofrimento e inferioridade.

O reconhecimento no trabalho se dá a partir da validação realizada pelo outro, no caso do hospital, paciente, equipe de enfermagem, enfermeiros, médicos, equipe multidisciplinar, familiares de pacientes, colegas e sociedade em geral, através do reconhecimento da atividade, de elogios e da remuneração, desta forma o reconhecimento assume papel crucial no estabelecimento da satisfação no trabalho e na construção da identidade do trabalhador, pois é através do olhar do outro que o trabalhador consegue investir na sua subjetividade e identidade (Dejours, 1992, 2004, 2008). A não ocorrência de reconhecimento causa no trabalhador a perda do sentido do trabalho, dificultando a transformação de sofrimento em prazer, significando ao longo do tempo, intensificação e agravos do sofrimento que podem gerar patologias (Mendes, 2007a).

3.2.2 Dificuldades de relacionamento no trabalho

Uma das questões que faz do ambiente de trabalho gerador de sofrimento é a relação entre os colegas, a disputa entre iguais é uma das dificuldades encontradas por duas das entrevistadas na realização da humanização. A rivalidade e a dificuldade de relacionamento entre colegas tem sido causador de sofrimento e stress no trabalho, contribuindo para o adoecimento e afastamento dos profissionais de saúde, prejudicando o trabalho junto ao paciente, pela falta de cooperação entre a equipe ou pela observância de “panelinhas” que dominam o ambiente de trabalho, segregando as ações de enfermagem, assim como o cuidado (Belancieri & Bianco, 2004). A entrevistada Açucena relata como vivência esta realidade no trabalho: *“uma dificuldade é dentro da equipe né, as vez aquela rivalidade entre colegas é complicado”*. A precariedade das relações interpessoais ao mesmo tempo em que dificulta o trabalho mobiliza o sujeito e seus investimentos psíquicos, prejudicando a reconstrução da lógica das pressões do trabalho gerando sofrimento ao trabalhador (Dejours, 2012).

Corroborando com o relato anterior, a entrevistada Gardênia evidencia que a rivalidade é geradora da desunião da classe profissional: *“o mais difícil da área de enfermagem é a convivência com os colegas, pois às vezes uma pessoa pensa de um jeito e outros de outro, é o mais difícil, pois a enfermagem é uma área, assim, muito desunida”*. A falta de coleguismo e individualismo entre a equipe de técnicos de enfermagem gera desunião, acarretando em insatisfação e repercutindo na assistência ao paciente. A falta de interação em equipe neste contexto gera desavenças que prejudicam os turnos e plantões, afetando o compromisso com o trabalho, além do respeito e comprometimento entre os colegas, influenciando diretamente a saúde no trabalho (Bernardes, Rocha & Barboza, 2013).

3. 2. 3 Falta Tempo, mas sobra Trabalho

O tempo e a sobrecarga de trabalho foram os principais causadores da intensificação do sofrimento na prestação de serviços humanizados. No ambiente de trabalho das entrevistadas estes dois fatores são geradores de sofrimento e dificultam a realização do trabalho. A patologia da sobrecarga é caracterizada pelo processo pelo qual o trabalhador assume uma carga de trabalho maior do que sua capacidade, com o intuito de atender as demandas da organização, alavancando metas e maior produtividade, atingindo assim, melhores resultados (Dejours, 2007).

A questão do tempo para a prestação da assistência em enfermagem é recorrente da sobrecarga dos serviços de saúde, sendo que se deve considerar a otimização do tempo para determinar ações prioritárias (Oliveira, Carvalho, Peixoto, Camelo & Salviano, 2012). As entrevistadas relataram que a sobrecarga de trabalho faz com que sejam priorizados alguns procedimentos em detrimento a um atendimento mais humanizado ao paciente, indicando a falta de tempo para a realização do mesmo, isso fica evidente no relato da entrevistada Gardênia: *“Eu acho que a falta de tempo, de atender vários pacientes ao mesmo tempo, eu acho assim que é a grande dificuldade que a gente tem, por que tu tens que fazer as coisas muito rápidas, tu tens que ter agilidade, por que tu sai do posto de enfermagem até tu chegar ao leito do paciente três, quatro te pegam no corredor”*. Há uma tendência na área da saúde, na qual os profissionais têm dificuldade de visualizar o que priorizar, já que tudo parece ser importante, e, por isso, tudo deve ser feito, ocasionando uma deficiência na assistência ao paciente, causada pela falta de priorização das atividades. Nesse ínterim, gera-se um distanciando do profissional de sua real função que é o cuidado, alegando a falta de tempo. Constata-se, com relação a este assunto, um desperdício de tempo por não ocorrer delimitação acerca do que é importante e prioritário nas atividades em saúde. Dificilmente, o profissional vai dispor do tempo desejado para atender o paciente de forma humanizada, tornando-se importante que o técnico otimize ao máximo o tempo junto ao mesmo (Puggina, 2004).

A sobrecarga de trabalho está relacionada com a desproporção entre o número de técnicos de enfermagem e pacientes, e afeta o tempo da assistência ao paciente como bem relata a Lis: *“Não sei o que é pior, a falta de tempo ou dar conta de vários pacientes, mas eu sinto mais mesmo é pelo tempo sabe, a gente não conseguiu dar atenção que cada um precisa, tu corre com 29 né, como é que eu vou te dizer, não é que não rende, tem que render de alguma maneira mas a gente fica assim, sobrecarregada”*. A insuficiência de técnicos de enfermagem pode determinar o desgaste físico e psicológico, predispondo o profissional a

insatisfação e a sobrecarga de trabalho, pois trabalhar numa unidade com um número restrito de trabalhadores faz com que seus profissionais desempenhem uma assistência precária, realizando somente o cuidado básico, não podendo desenvolver a assistência que realmente gostariam de prestar, um serviço com qualidade (Bernardes, Rocha & Barboza, 2013).

3.2.4 “O difícil não é o Paciente, é o Familiar”

As dificuldades encontradas do ambiente de trabalho dos técnicos de enfermagem são inúmeras e geralmente ligadas ao paciente, mas cinco das seis entrevistadas relataram que lidar com os familiares e seus anseios acaba por dificultar muito a prestação de um atendimento humanizado, conseqüentemente finda por gerar sofrimento. Em relato, a entrevistada Açucena aborda esta dificuldade: *“às vezes, o acompanhante é tão ríspido contigo que tu já chega meio, hum... receosa com o paciente, por que tu não sabe como vai chegar até o paciente, por que o acompanhante fica ali te travando, então é bem complicado”*. Os técnicos de enfermagem devem compreender que a família é uma união complexa e fundamental para o processo de viver do ser humano. No momento de enfermidade, e frente a possibilidade inerente de morte, a família nem sempre se apresenta preparada para o cuidado, pois nas ocasiões de crise, a família já fragilizada desestrutura-se. E necessita também ser ajudada, e esta ajuda é muitas vezes reivindicada em detrimento a assistência ao paciente, sendo indispensável que o técnico para conseguir realizar seu trabalho disponibilize tempo para dar suporte à família (Weiland. Cazali, Neumann, Rosanelli, Loro & Kolankiewich, 2011).

A fragilização dos familiares frente à enfermidade de seus entes queridos é vista pelas entrevistadas como algo que atrapalha o bom andamento do cuidado e das práticas humanizadas, causando transtorno e sofrimento ao técnico por não conseguir atender as demandas emergenciais, tanto dos familiares como dos pacientes, e isso fica evidente no relato da entrevistada Dália: *“o familiar não sabe esperar né, eles querem tudo pra ontem, então é o mais difícil”*. Outra questão relatada pela entrevista Camélia é o despreparo do técnico de lidar com o familiar cuidador, como se pode averiguar em sua fala: *“O problema é os familiares, eles atrapalham o serviço da enfermagem, é muito difícil lidar com o ser humano né”*. Para o familiar é muito difícil superar a condição imposta pela doença, o estabelecimento de um equilíbrio depende de como cada pessoa da família reage e se organiza frente a isso, sendo assim, é necessário que os técnicos de enfermagem busquem meios mais adequados para investir no atendimento dessa porcentagem de pessoas que desempenham esta

função essencial de familiar cuidador. Diante do despreparo para lidar com estes familiares, o técnico pode acabar por causar prejuízos tanto à sua saúde, como a do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado, por não conseguir lidar com o sofrimento que a intervenção do familiar acarreta no seu trabalho (Fava, Silva & Silva, 2014).

3.3 Estratégias de enfrentamento no trabalho

As estratégias de enfrentamento são fundamentais para a manutenção do trabalho em saúde, e principalmente na prática humanizada, pois elas possuem uma dimensão transgressora que vai além do prescrito, possibilitando experimentar e inventar novas maneiras de realizar o trabalho, como uma forma de tentar regularizar a organização do trabalho naquilo que agrava o sofrimento, atuando na causa e não sobre o efeito, buscando alternativa para subverter sofrimento em prazer (Morais, 2013; Mendes 2007).

Para enfrentar a dura realidade de trabalhar na área da saúde uma das entrevistadas relatou as dificuldades emocionais do trabalho e como lida de forma individual com a dor em sua rotina de trabalho, Dália afirma: *“procuro muito trabalhar o meu lado psicológico, como se trabalha muito com a dor e o sofrimento das pessoas tu acaba carregando mesmo não querendo aquilo pra ti, eu tento chegar em casa e meio que tentar esquecer muitas situações do meu dia a dia, tentar ouvir uma música, tentar separar o trabalho as situações de casa”*. Para a manutenção da saúde, o técnico de enfermagem deve encontrar maneiras de desconectar-se das situações vividas no trabalho no ambiente familiar, a fim de, possibilitar a reflexão sobre suas vivências na busca de maneiras saudáveis de enfrentá-las (Dejours, 1992; Kessler & Krug, 2012).

Outra estratégia de enfrentamento utilizada pelas profissionais estudadas para dar conta do trabalho humanizado é o bom humor e as brincadeiras para com o paciente, evidenciado pela fala da participante Gardênia: *“fazer uma brincadeira, conversa, e daí como à senhora tá, e aí vó já tá quase indo embora, estas coisas assim eu tento tornar aquele momento um pouquinho mais leve sabe”*. O bom humor é vistos pelos técnicos como uma forma de enfrentar o cotidiano de trabalho. A utilização do humor pelos profissionais, também mencionada em outra pesquisa, serve como uma forma de dar conta do desespero que se instala pela demanda excessiva de trabalho, frente a angustiante sensação de não conseguir realizar o trabalho. Para tanto, o profissional lança mão de risos e brincadeiras como recurso contra o sofrimento, sendo uma maneira que encontra para descontrair e tornar o trabalho mais leve (Dal Pai & Lautert, 2009).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as vivências de prazer e sofrimento na busca de uma prática humanizada dos técnicos em enfermagem, além de compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas. Ampliou os dados já existentes acerca da humanização em saúde, indicando-a como uma possibilidade de transformação de sofrimento no trabalho, mas também mostrou que a humanização, como vem sendo aplicada no contexto de saúde dos entrevistados, tem causado mais sofrimento psíquico nos profissionais do que prazer. Neste sentido, a análise das vivências dos trabalhadores permitiu conhecer a dinâmica entre o prazer e o sofrimento e o papel das estratégias de enfrentamento frente à realidade do trabalho.

As situações que geram sofrimento e agravo à saúde do trabalhador foram mais exaltadas durante a pesquisa. A falta de reconhecimento pelo trabalho prestado à organização e da chefia direta é relatada pelas participantes como um dos fatores de agravo a saúde, além das rixas entre iguais que dificultam as relações de trabalho e a cooperação para realização do atendimento humanizado. Outro fator é o despreparo para lidar com o familiar e as situações que estes impõem ao andamento da assistência humanizada ao paciente, além da sobrecarga de trabalho que acarreta a falta de tempo para com o paciente. Diante destes fatores, os técnicos de enfermagem buscam alternativas de enfrentarem a realidade de trabalho, fazendo o uso, muitas vezes, do bom humor para amenizar a ansiedade do despreparo em situações complexas, para manter-se trabalhando. Mesmo diante da dificuldade de reconhecer os aspectos positivos na busca do cuidado humanizado, os participantes conseguiram identificar o reconhecimento do paciente e a visualização do resultado do trabalho prestado por eles como fontes de prazer e motivação no trabalho.

Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a rápida saturação dos dados restringiram o melhor conhecimento do fenômeno estudado. Sugere-se para estudos futuros, investigar as mobilizações coletivas na transformação do sofrimento ou averiguar os fatores que mantêm o trabalhador no labor, mesmo diante de tantas situações estressantes que agravam a saúde, dando mais voz a estes trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- Bardin, F. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Beck, C. L. C., Lisbôa, R. L., Tavares, J.P., Silva, R. M. & Prestes, F. C. (2009). Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde

- de um município. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS): v. 30, n.1. pp.54-61. Obtido em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5102/6561>
- Belancieri, M. F. & Bianco, M. H. B. C. (2004). Stresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. *Texto e Contexto Enferm.* v.13, n.1. pp. 124-131.
- Bernardes, L. S., Rocha, I. C. & Barboza, M. C. N. (2013). A insatisfação profissional dos enfermeiros de um hospital público no centro oeste. *Journal of Nursing and Health.* v. 3, n. 1. pp. 62-73.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). (2001). Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.* Brasília (DF). Obtido em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). (2004). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* [Internet]. Brasília (DF). Obtido em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Brasil, (2013). Ministério da Saúde. *Resolução N° 466, de 12 de Dezembro 2012.* Publicada no Diário Oficial da União (DOU), n°12, quinta –feira, 13 de junho de 2013, seção 1, pp.59.
- Campos, J. F., David, H. M. S. L. & SOUZA, N. V. D. O. (2014). Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. *Esc. Anna Nery* [online]. v. 18, n.1. pp. 90-95 .
- Costa, F. M, Vieira, M. A. & Sena, R. R. (2009). Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* Brasília: v.62, n.1. pp. 38-44. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>
- Dal Pai, D. & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paul Enferm.* v. 22. n.1. pp. 60-65.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicodinâmica do trabalho* (5° ed.). São Paulo: Cortez – Oboré.
- Dejours, C. (2004). *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2007) Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes, A. M., Lima, S. C. C. & Faca, E. P. (orgs). (pp. 13-26). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho.* Brasília: paralelo 15.

- Dejours, C. (2008). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In Lancman, S. & Sznelwar, I. L. (orgs). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo. pp. 49-106.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (2012). *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 1 ed. 13 reimp. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2013). A Sublimação, entre Sofrimento e Prazer no Trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. v. 33, n.2 .pp. 9 – 28.
- Duarte, M. L. C. & Noro, A. (2013). Humanização do atendimento no setor de radiologia: dificuldades e sugestões dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v.18, n.3. pp. 532-538. Recuperado em 12 de fevereiro de 2015, de http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300017&lng=pt&tlng=pt.
- Elias, M. A. & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*. V. 14, n.4. pp. 517-25. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf/517/525>
- Farias, F. B. B., Vidal, L. L., Farias, R. A. R. & Jesus, A. C. P. (2013). Humanized care in the icu: challenges from the viewpoint of health professionals. *Journal research: fundamental care* [online]. v.5, n.4. pp.635-642. Obtido em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2283/pdf_961
- Fava, M. C., Silva, N. R. & Silva, M. L. (2014). Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul: n.41, pp. 41-55. Obtido em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4690/3872>
- Garcia AB, Dellaroza MSG, Haddad MCL, Pachemshy LR. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 2. pp.153-159.
- Kessler, A. I. & Krug, S. B. F. (2012). Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.33, n.1. pp. 49-55. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>
- Magnago, T. S. B. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C. & Guido, L. A. (2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores

- de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. V. 18, n. 3. 08 telas. Pp. 140-147. Acesso em 26/8/2014. Acedido: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_19.pdf
- Martins, C., Kobayashi, R. M., Ayoub, A. C. & Leite, M. M. J. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, vol. 15, n.3. pp. 472-8.
- Martins J. T., Robazzi, M. L. C. C. & Bobroff, M. C. C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev Esc Enferm USP*, Vol.44, n.4, pp. 1107-11.
- May, T.(2004). *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Tradução: Carlos Silveira Netto Soares. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, A. M. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Medes, A. M. (2007a). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In Mendes, A. M. (org.). *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas*. (pp-29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- Nogueira-Martins, M. C. F.(2001). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Matos, E. & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. V.15, n.3. pp.508-514.
- Morais, R. D. (2013). Estratégias de enfrentamento do sofrimento e conquista do prazer no trabalho. In Merlo, A. R. C., Mendes, A. M. & Moraes, R. D. (orgs). (pp. 175-186). *O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia*. Curitiba: juruá.
- Oliveira, C. M., Carvalho, D. V., Peixoto, E. R.. M., Camelo, L. V. & Salviano, M. E. M. (2012). Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. *REME – Rev. Min. Enferm*, v.16, n. 2. pp. 258-263.
- Puggina, A. C. G. (2004). Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”. In: Silva, M. J. P. (orgs). (pp. 19-28). *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola.
- Siqueira Júnior AC, Siqueira FPC, Gonçalves BGOG. (2006). O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. V. 10, n.1. pp 41-45.

- Souza, L. L., Araújo, D. B., Silva, D. S. & Bêrredo, V. C. M. (2014). *Ciências & Cognição*, V. 19, N.2. pp. 218-232. Acesso em 26/8/2014. Acedido: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13
- Sprandel, L.I.S. & Vaghetti, H. H. (2012). Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v. 14,n.4. pp. 794-802. Obtido em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a07.htm>.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Vozes.
- Weiland, L. A., Cazali, E. A., Neumann, A. B. T., Rosanelli, C. P., Loro, M. M. & Kolankiewich, A. B. (2011). A família e seu ente colostomizado no domicílio. *Revista Contexto & Saúde*. Ijuí: v. 10, n. 20. pp. 77-84. Obtido em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1505/1266>

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Através da realização deste trabalho, pode-se constatar que proposta de humanização enquanto política pública parece clara, mas para os participantes deste estudo esta não é muito conhecida. Além disso, ao ser aplicada no trabalho real tem suscitado múltiplos conceitos, e, inevitavelmente, algumas ambiguidades. Difícil de responder o motivo. Contudo, ao longo desta pesquisa, foi possível constatar que o impasse se dá pela pouca informação sobre o que se refere o humanizar: será a assistência? O cuidado? A informação? O ambiente? Inúmeras construções e discussões sobre este tema continuarão, até perceber-se que humanização, em sua essência, refere-se a sensibilizar o outro e a si próprio. E, pelo fato de sermos humanos e vulneráveis ao fracasso, a humanização só acontece no confronto com a realidade do trabalho.

A humanização em saúde, para os participantes, se possibilita em algumas brechas, no amor à profissão, na empatia para com o paciente e, principalmente, na execução do trabalho, são estas duas instâncias que mantêm o trabalhador trabalhando, mesmo diante da intensificação do sofrimento. Os técnicos de enfermagem mesmo sem informação, e frente à realidade do cotidiano conseguiram realizar parcialmente uma assistência humanizada, sendo essa voltada somente ao paciente. O cuidado, que não pode ser prescrito, permite um espaço de criação, em que a inteligência prática transforma e potencializa práticas mais humanas. A fragmentação do trabalho destes profissionais é uma realidade do ambiente hospitalar, mas também é característica das organizações de trabalho em saúde, que acabam por causar agravos à saúde do trabalhador, pois limitam a mobilização subjetiva, não permitindo que estes trabalhadores imprimam o seu jeito no ato de trabalhar.

O sofrimento no trabalho foi mais exaltado pelos participantes, pelo fato do trabalho executado ser imaterial, o cuidado, não sendo reconhecido pela organização do trabalho e nem pela chefia direta. Outros fatores apontados como causa de agravos à saúde foram a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo no atendimento e o despreparo para lidar com os familiares dos pacientes. Na busca de alternativas para enfrentar tais situações, utiliza-se do bom humor e do desconectar-se do trabalho, os quais indicam mais formas de adaptação da realidade do trabalho, do que de transformação dos fatores geradores de sofrimento. O prazer encontrado no trabalho do técnico de enfermagem está atrelado ao reconhecimento e ao agradecimento do paciente ao trabalho prestado, e é este reconhecimento que impulsiona e mantém o técnico trabalhando. A humanização é uma possibilidade de transformação de sofrimento em prazer, mas para que ocorra esta transformação, precisa-se que ocorram mudanças na organização de trabalho, e nos profissionais, mobilizando-se em direção a está

realização, e isso só vai ocorrer quando ambos primarem pelos espaços de discussões e reflexões, corroborando com a proposta da política, em que a prática passe a ser repensada e transformada na troca de experiência entre todos os envolvidos na saúde, culminando com a humanização. Pôde-se considerar que a humanização em saúde, no contexto estudado, como tem sido aplicada pela organização de trabalho tem intensificado o sofrimento, e conseqüentemente, os agravos à saúde, pois a humanização não se restringe a política, ela se efetiva frente ao confronto real do trabalho.

Este estudo possibilitou uma reflexão sobre o cenário de saúde da região estudada, além de dar voz a estes profissionais tão essenciais para a promoção e prevenção em saúde. Durante as entrevistas não emergiu nenhuma informação relacionada à tragédia de Santa Maria, ocorrida em 27 de janeiro de 2013, que vitimou 242 jovens, em um incêndio na Boate Kiss.

Como limitação, pode-se citar a restrição dos dados a apenas um setor e um contexto, uma vez que a seleção dos participantes se utilizou do método *snowball* (Bola de Neve). Optou por esse método pela falta de tempo para acessar várias instituições de saúde, devido à rigidez encontrada para a inserção nas mesmas.

Nesta conclusão, destacam-se as palavras de Henry Fonda: “*Amar a humanidade é fácil. Difícil é amar o próximo*”. Percebeu-se, durante esta construção, que “amor”, no sentido de boa vontade, não falta aos profissionais, mas faltam recursos necessários para humanizar; falta atualização e abertura às novas dimensões do cuidar. Nessa direção, que esta leitura possibilite reflexões e novas construções, para que se promova a busca de horizontes, possibilitando novos estudos acerca do assunto.

REFERÊNCIAS

- Backes, D. S., Lunardi, V. L. & Lunardi Filho, W. D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.14, n.1. pp. 132-135. Obtido em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421858018.pdf>
- Brasil, M. S. (2001). *11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Obtido em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf
- Brasil, M. S. (2004a). *Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf
- Brasil, M. S. (2004b). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf
- COFEN. (2011), enfermagem em dados. Obtido em: <http://www.cofen.gov.br/planejamento-estrategico-2>.
- Ijuim, J. K. & Tellaroli, T. M. (2008). Comunicação no mundo globalizado- tendências no século XXI. *Revista Ciberlegenda /UFF*, ano10, n. 20. Obtido em: <http://www.uff.br/ciberlegenda/ojs/index.php/revista/article/download/161/61>
- Vergara, S. C. & Branco, P. D. (2001). Empresa humanizada: a organização necessária e possível. *Revista Administração Empresarial*, vol.41, n.2, pp. 20-30. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a03>

ANEXO A- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

INSTRUMENTO Nº: _____

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/ ____/ ____ Sexo: () Feminino () Masculino

Local de Trabalho: _____

Quanto tempo trabalha nesta Profissão: _____

Tempo de serviço na instituição: _____

Tempo de serviço nesta unidade/ setor: _____

Turno de trabalho na instituição: () Manhã () Tarde () Noite

Trabalha diretamente com pacientes: () Sim () Não

Trabalha em outro emprego? () Sim () Não Se sim, qual?

Atualmente estuda: () Sim () Não

Se sim, estuda o que? _____

Se sim, que semestre? _____

ANEXO B- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você entende por humanização em saúde?
2. Você acha sua prática profissional humanizada? Por quê?
3. Como você utiliza a humanização no seu trabalho? Poderia me dar um exemplo?
4. No seu trabalho, o que lhe motiva a realizar uma prática humanizada?
5. Quais os sentimentos você vivência ao realizar uma prática humanizada?
6. Quais as dificuldades encontradas por você no seu dia-a-dia de trabalho?
7. Quais as dificuldades que você encontra na realização de um atendimento mais humanizado?
8. Como você se sente diante dessas dificuldades do seu trabalho?
9. O que você faz para enfrentar essas dificuldades?
10. Você acha que algo em especial atrapalha você de realizar uma prática mais humana? O que? Poderia me dar um exemplo?
11. Você conhece a Política Nacional de humanização? Se a resposta for SIM, será perguntado:
O que você conhece da Política? Ela se aplica na sua prática? Como?
Se a resposta da questão 11 for sim, não será realizada a questão de número 12. Se for Não será realizada apresentado a Política.
Apresentar a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS):
“A Política Nacional de Humanização – PNH, que valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tais como usuários, trabalhadores e gestores, visando proporcionar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão e atenção em Saúde (Brasil, 2004a, 2004b)”.
12. A partir do conceito do SUS, você gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre a aplicação da humanização na sua prática profissional? Comente sobre isso:
Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre este assunto que não estavam nas perguntas, mas que acha importante ressaltar?

ANEXO C- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 061/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/078 **Versão do Projeto:** 23/06/2014 **Versão do TCLE:** 23/06/2014

Coordenadora:

Mestranda Paula Emanuelli Antonelli (PPG em Psicologia).

Título: Humanização em saúde: uma via de prazer e/ou sofrimento no trabalho dos técnicos de enfermagem?

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 23 de junho de 2014.


Prof. Dr. José Roque Jünger
Coordenador do CEP/UNISINOS

ANEXO D- TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE EESCLARECIDO (TCLE)

Sou a psicóloga Paula Emanuelli Antonelli (CRP 18069/07), mestranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, e estou realizando uma pesquisa sobre humanização em saúde e os sentimentos gerados pela prática da humanização, sob orientação da Prof^a Dr^a. Janine Monteiro (CRP 6002/07). Esta pesquisa objetiva compreender o que pensam os técnicos de enfermagem sobre humanização nas práticas de saúde que realizam. Os resultados da pesquisa proporcionarão um maior conhecimento do tema na nossa realidade e dará subsídios para posterior intervenção psicológica com estes profissionais que cotidianamente convivem com a prática da humanização na sua atividade laboral, assim como você. Caso aceite participar, será solicitado a responder uma entrevista, que será gravada e transcrita na íntegra.

Os dados de todos os participantes da pesquisa são sigilosos e anônimos. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, eles serão apresentados sempre de maneira geral, com informações fictícias sobre os dados dos participantes para evitar identificações.

É importante salientar que a sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, e que a mesma apresenta um risco mínimo a você, mas se alguma questão reavivar qualquer sentimento você será acolhido e encaminhado para o serviço psicológico da UFSM. Cabe ressaltar que a pesquisa não lhe dará nenhum benefício financeiro, só a possibilidade de contribuir com o conhecimento científico. Como participante desta pesquisa, você poderá desistir de colaborar em qualquer momento durante a coleta de dados que ocorrerá em maio e junho, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo ou comprometimento futuro para você. Em qualquer momento estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia, tanto pessoalmente ou, através dos telefones (51) 35911122 Ramal: 1253 com Janine Monteiro ou (55) 91558449 com Paula Antonelli. Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, e pedimos sua autorização através da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

Estou ciente de que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, situado na Av. Unisinos, 950, São Leopoldo/RS, aprovou esta pesquisa. Sei que os relatos das questões aqui respondidas serão guardados de forma não identificável na sala da pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Av. Unisinos, 950, pelo período de cinco anos.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da pesquisadora

Eu _____ (nome da participante), declaro que
fui informada dos objetivos da pesquisa e aceito participar do estudo.

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da participante