

Qualidade de vida no trabalho: percepções de um grupo de acolhimento no Hospital Universitário Pedro Ernesto

Quality of life at the workplace: perceptions of a reception group at Pedro Ernesto University Hospital (HUPE / UERJ)

Ana Cláudia Santos Chazan¹,
Angela Machado da Silva²,
Camila Ramos³, Luiz
Fernando Chazan⁴

Introdução

A noção de *qualidade de vida* transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, relaciona-se a modo, condições e estilo de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E ainda, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais¹. O tema *qualidade de vida* tem sido tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas como a saúde coletiva, a epidemiologia e as ciências sociais; seja através do senso comum, seja do ponto de vista objetivo e subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas.

Trata-se de uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade¹.

O conceito de *qualidade de vida no trabalho* (QVT) vem sofrendo diferentes enfoques, desde a sua origem no pós-guerra. Nos anos 60, o foco era na reação individual do trabalhador às experiências de trabalho e, nos anos 70, na melhoria das condições e ambientes de trabalho, visando maior satisfação e produtividade, passando nos anos 80 a adquirir importância como um conceito globalizante, na busca de enfrentar as questões ligadas a produtividade e a qualidade total².

A Organização Internacional do Trabalho procura articular duas tendências: uma dirigida ao melhoramento geral de vida e a outra concernente a uma maior participação dos trabalhadores nas decisões sobre sua vida profissional. Sob esta perspectiva, a QVT está relacionada com a auto-

Resumo

Partindo do conceito ampliado em saúde e do reconhecimento dos trabalhadores do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) como seus clientes internos, criamos um espaço de acolhimento (grupo) para esses trabalhadores onde possam refletir sobre temas difíceis do cotidiano e buscar soluções para melhorar a sua qualidade de vida, enquanto aos estudantes é oferecida a oportunidade de conhecer o cenário aonde atuarão profissionalmente. Foram 16 encontros quinzenais, de 1h30min de duração, estando presentes uma médica, uma psicóloga, duas estudantes de medicina e uma média de 4 dos 15 membros da equipe da chefia do Serviço de Pacientes Externos (SPEx), por encontro. Destacamos 4 fases no desenvolvimento do trabalho: Fase 1: apresentação do projeto, Fase 2: identificação das competências; Fase 3: o grupo como espaço seguro, Fase 4: Avaliação do projeto. O trabalho tornou evidente como a estrutura organizacional da instituição interfere no processo de trabalho da equipe e na forma como as relações se estabelecem dentro dela. Como resultado do engajamento das estudantes de medicina no projeto (QVT HUPE), foi realizado um estágio no qual as alunas substituíram as recepcionistas na recepção do ambulatório. A avaliação levou a busca por parcerias para que a política de Humanização se efetive no HUPE.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida no Trabalho; Saúde do Trabalhador, Acolhimento, Humanização

Área temática: Saúde

Linha da extensão: Saúde e Proteção no Trabalho

¹ Profa. Assistente do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF) da FCM/UERJ – Tel: (21) 2587-6660, E-mail: anachazan@yahoo.com.br

² Prof. Substituta da Disciplina de Psicologia Médica FCM/UERJ – Tel: (21) 2587-6469, E-mail: angelamachado@bigghost.com.br

³ Acadêmica de Medicina, FCM/UERJ. Tel: (21) 2408-0644, E-mail: camila.ramos@gmail.com

⁴ Prof. Assistente da Disciplina de Psicologia Médica FCM/UERJ, E-mail: lfchazan@gmail.com

nomia e poder dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, ou seja, eles é que devem identificar seus problemas e interferir nesta realidade, organizando o seu processo de trabalho³.

Objetivo

Partindo do conceito ampliado em saúde⁴, do reconhecimento dos trabalhadores do hospital universitário como seus “clientes internos”⁵, e da melhoria das condições de trabalho como um dos eixos do discurso oficial do Ministério da Saúde sobre Humanização⁶, pretendeu-se criar um espaço de acolhimento onde os trabalhadores do HUPE possam refletir sobre questões profissionais que influenciam o seu processo de saúde e adoecimento, elaborem meios para a melhoria da QVT, a partir da sua integração e da revelação de suas competências.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão⁷.

Metodologia

Nossa proposta de acolhimento se baseia na técnica de Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial⁸, que pressupõe que as experiências emocionais ligadas ao exercício profissional, compartilhadas em um ambiente afetivo e acolhedor, permitem que a identidade profissional seja reassegurada por meio da detecção e do enfrentamento dos conflitos e que já foi utilizada com sucesso em oficinas de humanização⁹.

O grupo foi oferecido a uma unidade de Pacientes Externos do HUPE/UERJ e iniciado após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizados 16 encontros quinzenais de 1h30min. de duração, durante o período de abril a outubro de 2008, em horário acordado previamente. Entre as regras de convivência estabeleceu-se a fala livre e o ouvir a todos. Dinâmicas de grupo e dramatizações foram utilizadas para facilitar a emergência de conteúdos, com a co-coordenação de uma médica e uma psicóloga. A relatoria dos encontros foi feita por duas estagiárias.

Resultados

Houve uma média de quatro participantes por encontro (0 - 7). Destacamos quatro momentos no desenvolvimento do trabalho grupal: Mo-

mento 1: apresentação do projeto (encontros 1 e 2). Nesta fase os participantes expuseram seus sentimentos, com predominância de baixa autoestima, relacionada à baixa visibilidade do seu trabalho, além do *stress* devido ao excesso de atividades para além de sua competência e descrença em mudanças. Transpareceu no grupo que as soluções dos problemas da unidade dependem da boa vontade individual de trabalhadores de outros setores e não do compromisso institucional com a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. Além disso, foi possível perceber a interferência de questões interpessoais no processo de trabalho e um fraco espírito de equipe. O medo de críticas que viessem a surgir no espaço grupal os levou a discordar acerca dos critérios para a inclusão no grupo, o que culminou com a saída de uma das lideranças e dificuldades na sensibilização do restante da equipe.

Momento 2: Identificação das competências dos participantes (encontros 3 e 4). Tornaram-se evidente a heterogeneidade na formação, na experiência profissional, no tipo e no tempo de vínculo institucional e nos motivos de sofrimento no trabalho, fatores que interferiram no modo de participar e de se expor no grupo. Observamos no grupo a falta de informação sobre o que é o Sistema Único de Saúde (SUS) e como se dá a inserção do HUPE nesta rede de atenção à saúde, bem como sobre o que seja o acolhimento. Parte do sofrimento vivido no trabalho diz respeito à identificação maciça com pessoas que não conseguem ter suas necessidades atendidas no hospital. Falas como as que se seguem foram frequentes:

Eu me sinto muito mal quando vejo esses idosos, sozinhos, sem recursos, vindo de longe, necessitando urgentemente de uma consulta e sem conseguir nada. (Participante 1)

Eu não sei o que dizer ou o que fazer. Deixo o paciente reclamar até se acalmar, mas ele vai embora sem uma orientação sobre onde encontrar o serviço que precisa. (Participante 2)

Momento 3: o grupo é vivenciado como espaço seguro (encontros 5 - 10). Outros integrantes da unidade “visitaram” o grupo, a convite dos participantes mais assíduos que já o reconheciam como um espaço seguro para a exposição das situações difíceis vividas no trabalho. Ausências, contudo foram frequentes. Nesta fase, dinâmicas e dramatizações foram utilizadas como recursos

para problematizar sobre o trabalho em equipe, formas de lidar com o *stress*, a importância da comunicação no acolhimento.

Momento 4: etapa final (encontros 11 - 16). Nesta fase o grupo avaliou o processo vivido e buscou parcerias para a concretização de ações visando a melhoria da qualidade de vida e implantação da política de humanização no HUPE.

A avaliação, ao final dos encontros, feita na forma de entrevista individual a onze profissionais da unidade, revelou que sete deles declararam-se satisfeitos com o seu trabalho, apesar do salário e do *stress*. Por *qualidade de vida no trabalho*, a compreensão relacionou-se predominantemente às relações interpessoais e às condições de trabalho. Da experiência vivenciada nos encontros do grupo, apontaram como aspectos positivos: a possibilidade de refletir sobre a causa dos problemas que os afligem no cotidiano; uma aproximação com alguns setores afins e com os projetos do HUPE, a aprendizagem de uma abordagem mais 'humanizada'; a percepção de que a dificuldade é de todos, não só individual. Dessa experiência, afirmam ter adquirido uma visão mais crítica, terem percebido o interesse em mudanças, poderem repensar sua conduta e escutar melhor os outros e que o objetivo final do seu trabalho é o paciente.

Discussão

Esta experiência serviu para ilustrar como as dificuldades no âmbito da macroorganização do SUS, no sentido de criar espaços que propiciem a interlocução sistemática entre gestores/ equipes dos vários níveis de atenção, visando à apropriação do que sejam a missão do sistema e de cada uma das unidades/ serviços pensados em rede, repercutem diretamente nos locais de trabalho. Especialmente no fazer cotidiano e nas relações que (não) se estabelecem entre os conjuntos de trabalhadores e gestores, dentro de cada unidade, inter setores (de uma mesma unidade) e inter unidades em rede¹⁰.

Também nos permitiu compreender, à luz da análise do discurso oficial sobre a humanização hospitalar, que perpassando seus três eixos – humanização como oposição à violência (simbólica, física e psicológica); humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento;

e a humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador - há uma diretriz mais central, que diz respeito à humanização enquanto ampliação do processo comunicacional¹¹. É somente na comunicação que tem sentido a vida humana. Impedir a comunicação significa reduzir as pessoas à condição de coisas¹².

É necessário, portanto, que cada equipe crie um espaço de comunicação e reflexão para que os sentidos sejam produzidos e acolhidos, de modo que as diferenças possam conviver sem que sejam compreendidas como oposição. Focar na tarefa impede que questões pessoais paralise o processo de buscar a melhoria da qualidade efetiva dos cuidados prestados.

Participar deste grupo nos ajudou a preencher lacunas em nossa formação profissional, ainda fundamentada no modelo flexneriano, que dá ênfase à clínica em sua dimensão biológica e no qual os aspectos sociológicos, políticos e administrativos do mundo do trabalho, ficam relegados ao segundo plano¹³, ainda que enfatizados nas diretrizes curriculares¹⁴.

Conclusão

O processo de trabalho dos participantes do grupo parece reproduzir o modelo de gestão não dialógico, tão criticado. As dificuldades apresentadas, como as ausências comprometeram a integração dos participantes, o que gerou sentimentos diversos acerca do rumo que o grupo tomaria. Contudo, os objetivos de acolher, dar suporte para a reflexão sobre o trabalho e sensibilizar sobre a política de humanização foram alcançados de acordo com os relatos dos participantes.

Referências

1. MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
2. LACAZ, Francisco Antonio de Castro, Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.151-161, 2000.
3. MENDES, René. Impactos dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. *Saúde Públ.*, São Paulo, v. 22, n.4, p.311-326, 1988.
4. Resolução do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior n° 4, de 7 de novembro de 2001. Disponível na internet. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/>

CES04.pdf. Acessado em 28/02/09.

5.VIOLIN, Fábio. Cliente interno: a diferença fundamental. 25/09/2008. Disponível na internet. <http://fabioviolin.blogspot.com/2008/09/cliente-interno-diferena-fundamental.html> Acessado em 28/02/2009.

6.BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: MS, 2001.69 p.

7. _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de saúde*. Brasília: DF, 2006.42 p.

8.ZIMMERMAN, David Epelbaum. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.64-69.

9.NOUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.), **Humanização dos Cuidados em Saúde – Conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.141-161.

10.SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.); **Trabalhador da Saúde, Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Ijuí, 2007. p. 261-266.

11.DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 7-14, 2004.

12.FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988, p.64. 184p.

13.GURGEL Jr., Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.325-334, 2002.

14.DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível na internet. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acessado em 28/02/09.

Abstract

Based on a wider concept of health and on the recognition of the Pedro Ernesto University Hospital (HUPE/UERJ) workers as internal clients, a reception group was created so that these workers can reflect upon difficult everyday topics and seek solutions to improve their quality of life. Meanwhile, students have the opportunity to get familiar with the scenario where they are going to act professionally. 16 meetings were held twice a month, 1h30min each. The meetings were attended by one doctor, one psychologist, two medical students and, approximately, four out of fifteen members from the team of the Outpatients Unit. There were four stages in the work development: Stage 1: presentation of the project; Stage 2: identification of competences; Stage 3: the group as a safe place; Stage 4: project evaluation. The study showed that the organizational structure of the institution interferes with the working process of the team and with the relations established inside it. As a result of the students' engagement in the project (QVT HUPE), an experiment in which students replaced HUPE's workers in the reception desk of the outpatient unit was conducted. Results led to the search for partnerships so that the humanization policy in HUPE becomes effective.

Keywords: Quality of life at workplace; Worker health; Reception; Humanization.