



ANÁLISE DE FATORES QUE DIFICULTAM A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS EM HOSPITAIS

*Breakdown analysis of impeding factors to the promotion of quality of life for care
professionals in hospital environment*

Ana Caroline E. N. Oishi – Fisioterapeuta, Especialista em Gestão e Promoção da Qualidade de Vida pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, PR – Brasil: e-mail: anacen@gmail.com

Érica Maria N. Turbay – Fisioterapeuta, Especialista em Gestão e Promoção da Qualidade de Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, PR – Brasil: e-mail: ericaturbay@hotmail.com

Ana Maria Moser – Orientadora, Psicóloga, Mestre e Doutora em psicologia, professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, PR – Brasil: e-mail: ana.moser@pucpr.br

Resumo

Vive-se uma era de grandes mudanças em busca de qualidade, seja ela de vida, de produto ou profissional. No entanto, o que se vê são indivíduos que buscam aperfeiçoamento em suas qualificações negligenciando sua saúde e bem-estar. Com este comportamento, o que se encontra é uma sociedade sofrendo as conseqüências do alto nível de estresse, sobretudo na saúde, onde o profissional assistencial tem cometido iatrogenias sem perceber. Contudo, percebe-se a preocupação de algumas organizações pela qualidade, mas o que existe são apenas melhorias voltadas para as estruturas físicas e muito pouco ainda, para o ser humano. Porém aquilo que há muito já se encontra nas literaturas, ainda estão a desejar nas empresas. Neste trabalho, se faz um comparativo entre a teoria e a prática, pois se vivencia uma qualidade utópica e perdida. Serão apontadas algumas dificuldades para a promoção da qualidade de vida nos meios hospitalares e sugerem-se algumas intervenções efetivas. Com isso, conclui-se que a qualidade de vida é indispensável para atingir a qualidade total, e que não há necessidade de se perder esta qualidade para iniciar uma mudança e investir nesta área, basta apenas intervir com programas e ações contínuas para os indivíduos envolvidos no processo e assim, alcançar uma mudança de hábitos no trabalho que por sua vez afetará positivamente a cultura de toda sociedade e uma quebra de paradigmas pré-existentes.

Palavras-chave: Profissional Assistencial. Qualidade de Vida. Estresse.



Abstract

People live an era of great changes in search for quality, being it life quality, consumer products quality or professional quality. Nevertheless, one can only see individuals longing for improvement in their qualifications in despite of their health and well-being. As result of this general behavior, what is found is a society that suffers the consequences of high stress level, mainly in health integrity, sided by care professionals that eventually incur into iatrogenic injuries without knowing. However, there is a noticeable concern for quality by some organizations, but that manifest only in form of small improvements in infrastructure but still too little for the human being. So, the content that is been, for long, found in technical literature, is still to be found in companies. In this work, there is a comparison between theory and practice, since a utopian and lost quality is being experienced. Some of the barriers for promoting quality of life in hospital environment will be pointed, as well as some suggestions of effective interventions. As conclusion, it is understood that quality of life is indispensable for achieving total quality, and that there is no need for losing that quality and to initiate change and investment in this field, being sufficient only to intervene by using programs and continuous actions for those individual that are involved in that process and therefore to achieve a change of work habits that will positive affect a society's whole culture will provoke the break of existing paradigms.

Keywords: Professional Care. Life Quality. Stress.

Introdução

Os profissionais da área da Saúde estão expostos diariamente a situações de estresse físico, psíquico, intelectual e/ou emocional. Geralmente, são pessoas com carga horária exaustiva, alternando entre um emprego e outro, e que têm como principal função ajudar, curar, recuperar, promover a satisfação do indivíduo no sentido de aliviar a dor, o trauma, o sofrimento. Sendo assim, estes indivíduos estão sujeitos ao risco de desenvolverem a Síndrome de *Burnout*.

Não obstante, esse estresse é visivelmente refletido em seu desempenho profissional. Desta forma, as iatrogenias são constantes e as não-conformidades são facilmente detectáveis. Conseqüentemente, o profissional pode ser levado à exaustão e à desmotivação, o que repercute na sua saúde, na qualidade de seu trabalho e, assim, atinge toda sociedade envolvida.

A qualidade do atendimento em saúde depende, além de fatores de ordem estruturais como: falta de leitos e falta de material apropriado, dependem também do estado físico e mental do profissional assistencial. Pesquisas voltadas à saúde e



bem-estar desses profissionais são fundamentais para a promoção efetiva da qualidade de vida e, então, para a manutenção da qualidade dos seus serviços.

Partindo desse princípio, nos deparamos com diversos questionamentos, tais como: O que as organizações de Saúde têm feito para auxiliar na melhora da qualidade de vida de seus colaboradores? São instituições que prezam pela humanização? As ações e programas desenvolvidos são realmente efetivos para aqueles que usufruem deles?

A partir de então, quando fizemos as tentativas de achar resultados, fomos levadas a situações e respostas frustrantes e detectamos que as respostas nos levaram a questionamentos ainda maiores como: Que fatores dificultam a promoção da qualidade de vida dos profissionais assistenciais em ambientes hospitalares? Partindo desta problemática decidimos desenvolver esta pesquisa e principalmente por vivenciarmos todos esses questionamentos na nossa prática diária em ambiente hospitalar.

Cenário Atual

“Os historiadores do futuro provavelmente descreverão a nossa era como a idade da consciência das mudanças sociais.” Esta frase citada na obra de Ribeiro em 1977, pág.94, mostra o quão visionário era o autor em relação à sociedade que pertencemos.

O autor ainda relata que as mudanças foram muito mais significativas em áreas como a tecnologia e ciência, exigindo uma mão-de-obra mais especializada e disponível para este mercado, todavia o que se nota foi o grande desgaste físico e mental causado aos indivíduos, pois a necessidade de sobrevivência, fez com que estes buscassem cada vez mais o aperfeiçoamento e assumissem novas formas de comportamento.

Apesar de estas mudanças terem sinais positivos de desenvolvimento, acarretou para a população uma complexa mudança nos hábitos de vida, e isto



trouxe como consequência o aumento de problemas de saúde, marginalidade, abandono, criminalidade e uma infinidade de outros; e isto se observa refletido na personalidade dos indivíduos, pois se apresentam mais inseguros, deprimidos, desprezados e desvalorizados por seus gestores e empresas (RIBEIRO, 1977).

Hoje quase meio século depois, percebe-se em todos os cantos do mundo, em todas as áreas da atividade humana a busca pela conscientização, pelo equilíbrio e qualidade tanto em serviços quanto na vida pessoal.

Oakland (1994) salienta que a rápida mudança tecnológica, o desenvolvimento científico, a introdução de computadores e das técnicas científicas no âmbito das empresas, precipitaram a alteração de atitudes dos administradores, pois este precisou controlar atividades e desenvolver planos, fixar objetivos, formular políticas e orientação para o bom andamento das relações intergrupais.

Silva (2004) relata que no ano 2000 as políticas públicas se voltam pela busca do humano.

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização visando à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, como usuários, trabalhadores e gestores; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; e o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento. Uma de suas diretrizes é promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. Para alcançar seus objetivos propõem implementar programa de formação em saúde e trabalho e atividades de qualidade de vida e atenção à saúde para os trabalhadores da saúde. (OFICINA HUMANIZASUS, 2003)

Para Mezomo (1994) o hospital não existe para produzir pessoas fisicamente saudáveis, mas para oferecer ao paciente um tratamento que respeite sua dignidade e seus direitos como pessoa. Isto, evidentemente, supõe que o hospital tenha uma



administração fundamentada nestes valores e que seu administrador seja o primeiro a defendê-los. De fato, se o administrador não tiver esta mentalidade, a humanização não chegará ao seu hospital.

Segundo Taublib (1998), a área da saúde é uma das que mais sofrem como consequência de um panorama nada animador em que hospitais públicos estão à míngua quanto a recursos, leitos em números cada vez menores, sem falar em falta de mão-de-obra qualificada e baixa remuneração, assim como equipamentos cada vez mais obsoletos. A rede privada sobrevive à duras penas, não conseguindo ter seu capital remunerado e não podendo reinvestir no crescimento da empresa. Os seguros-saúde apesar de crescerem, constantemente atrasam os pagamentos aos hospitais e remuneram as ações médicas com valores vexaminosos. Por outro lado, a rede hospitalar demonstra uma baixa produtividade, um alto custo operacional e baixa qualidade de atendimento.

O quadro é de crise. Porém, estamos em tempos de mudanças profundas e radicais. Só terão sucesso as organizações ágeis e flexíveis e que vencerem a força de acomodação que ainda as prende ao presente. (MEZOMO, 1994; TAUBLIB, 1998)

Para Bom Sucesso (1998), as mudanças não se fazem sem dificuldades e tensões. Mas existem limites aceitáveis. A tensão emocional resulta em bloqueio, provoca atitudes destrutivas. A tensão criativa mobiliza a inteligência, a competência e a vontade de construir. Mudança não é exceção na vida pessoal ou das organizações; é a condição permanente e inevitável para fazer face aos avanços tecnológicos e à crescente demanda de desenvolvimento do trabalhador. A autora conclui ainda que a inabilidade dos líderes na condução do processo de mudança faz com que o processo esteja fadado ao fracasso, por isso é de suma importância o perfil do líder.

Ribeiro (1997) relata que a liderança pode ser efetivamente atuante onde houver clima de boas relações de trabalho, no qual as pessoas realizam o melhor que há dentro delas. A sociologia afirma que as pessoas, quando em trabalho,



podem ser o que seus líderes desejam. Importante, pois, para cada chefe, estabelecer aquele clima, no qual cada um pode realizar o mais perfeito desempenho. Por isso, ainda, se diz que os chefes de departamento e os supervisores são os maiores agentes de mudança. Se além de chefes forem também, líderes, saberão que é *mister* providenciar quanto à estrutura : firmeza e estabilidade de padrões.

Oakland (1994) nos apresenta cinco requisitos para uma liderança eficaz:

1. Desenvolver e publicar o credo e os objetivos da organização – Missão.
2. Desenvolvimento de estratégias claras e eficazes e planos de apoio para realizar a missão e atingir os objetivos.
3. Identificação dos fatores de sucesso e dos processos críticos.
4. Revisão de estrutura gerencial
5. Delegação de autoridade- estímulo à participação efetiva dos empregados.

Segundo Mezomo (1994), a saúde no Brasil deve ser repensada em seu sistema, em sua estrutura, em seus processos e em seus resultados. A administração dos serviços de saúde deve, igualmente, ser redesenhada para dar-lhe a eficácia necessária. É preciso mudar não só as rotinas e os procedimentos, mas, sobretudo a mentalidade e a ação dos que elegeram a profissão de gerentes da saúde e da vida. É preciso que os administradores e os profissionais da saúde trabalhem em equipe, deixando para trás a prática do atendimento fragmentado ao paciente. É preciso que o sistema de saúde tenha definida sua missão, seus valores e seus princípios e que sua estrutura seja adequada à obtenção dos resultados desejados. Sem um repensar geral da estrutura e das ações e, sobretudo sem o compromisso real dos administradores e de todos os profissionais do sistema, a saúde não conseguirá melhorar os resultados que vem obtendo e não terá por que merecer o respeito de sua clientela.

Dias (2002), ressalta que a saúde constitui um direito fundamental, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas, constituindo dever do Estado, da coletividade e do indivíduo, adotar as medidas pertinentes a sua preservação e



conservação. As questões de saúde são, em verdade, como todas as questões humanas, de natureza ética e política, porque se referem à opção entre o respeito democrático pelo ser humano, ou desrespeito por eles. Nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos interesse individual ao interesse social como o da saúde.

Portanto, a implementação de novas políticas de qualidade tanto na vida pessoal quanto em uma empresa, deve-se ir de encontro às culturas existentes, ou realizar modificações a essas culturas, caso elas não contribuam para o bem-estar.

Para Oakland (1994), a cultura pode ser definida como o conjunto de crenças difundidas pela organização sobre como conduzir as atividades, como os empregados devem comportar-se e como devem ser tratados. A organização precisa de uma estrutura de visão que inclua sua filosofia de orientação, valores e crenças centrais e um objetivo. Estes devem ser combinados em uma missão que forneça clara descrição de como serão as coisas quando ela for realizada. Logo os valores, missão e objetivo devem atuar como força diretriz para que todos os envolvidos (funcionários, clientes, fornecedores e a sociedade) estejam diretamente focalizados. Por isso a eficácia de uma organização e de seu pessoal depende do empenho com que cada pessoa ou setor desempenha e se move no sentido das metas e objetivos comuns. Mezomo (1994) diz que não se trata de fórmulas mágicas. Trata-se de um esforço de autenticidade e de lealdade, sobretudo para com as pessoas que põem nos serviços de saúde suas últimas esperanças. A qualidade não é só uma metodologia gerencial e nem um problema puramente técnico e econômico. Ela é uma questão ética e moral. Deixar de buscá-la e de praticá-la é ato irresponsável e imoral.

Percebe-se então que, para chegar a um ambiente com qualidade total deve-se lembrar que quem mantém a qualidade de processos e ações são os funcionários, então investir em qualidade de vida dos colaboradores é investir no sucesso da instituição.



Taublib (1998) relata que existe em cada instituição uma identidade, uma forma de existir específica, inerente à sua formação e cultura. Mas o que são as instituições, senão um conjunto de pessoas? A cultura destas pessoas é que forma a cultura da empresa. A cultura é uma barreira quando parte da mesma entra em choque com novas formas de agir e pensar, resultando em conflito.

Maslach (1998) ressalta que é de suma importância que a pessoa desempenhe um papel adequado e coerente com suas condições pessoais e profissionais, pois isso motiva e facilita o bom desempenho.

Logo, as mudanças determinadas pela empresa podem ser originadas por uma nova chefia ou devido à nova orientação geral da empresa. Normalmente esse tipo de mudança gera muita insegurança.

Segundo Taublib (1998), as dificuldades vêm da inércia de cada um, em acreditar na mudança, e isto é de natureza humana. Conseqüentemente, a inércia do setor, que é composto por pessoas. A inércia da direção, que tem medo e insegurança. Enfim a inércia da instituição que nada mais é do que o conjunto de tudo isto. Existem qualificações diferentes de hospitais: privados, públicos, mistos, militares, beneficentes. Cada um tem uma organização e cultura próprias, com uma inércia institucional inerente a esta estrutura. Existem hospitais de pequeno, médio e grande porte, com um quantitativo de serviços e funcionários diferente, conseqüentemente com uma complexidade maior ou menor, influenciando também a inércia da estrutura.

Sendo assim, o que define se um programa terá sucesso ou não é identificar esta cultura, saber como lidar com os conflitos e os caminhos encontrados para solucioná-los. Por isso, mapear, avaliar e implementar ações e programas para a promoção da qualidade de vida nas instituições de saúde é algo fundamental para auxiliar na melhora da qualidade de vida de profissionais assistenciais e daqueles que necessitam de seus cuidados.

Os benefícios de um programa de qualidade de vida no trabalho são: melhor qualidade e motivação no trabalho; redução no número de doenças e afastamento;



oportunidade de crescimento pessoal-profissional; otimização dos recursos da empresa; exemplos de modelos de vida sadia, para a comunidade e os familiares. Já os obstáculos encontrados para se por em prática são: cultura e burocracia da empresa; preparo e conhecimento específico de quem vai gerenciar o projeto; recursos financeiros, humanos e tecnológicos disponíveis; resistência das pessoas pessimistas e acomodadas; estágio de desenvolvimento da administração de recursos humanos e apoio de pessoas influentes na empresa, que acreditem na proposta (LIMONGI-FRANÇA e RODRIGUES, 1996).

Taublib (1998) relata que a qualidade não é um tema novo. Pela própria natureza do homem, a busca pela melhoria, pelo aperfeiçoamento e pela realização sempre foi uma constante. O enfoque na qualidade e da qualidade é que evolui à medida que as relações sociais e econômicas do homem se tornam mais complexas. Qualidade não é somente uma nova filosofia gerencial, é uma nova filosofia de vida, significa uma nova postura comportamental, não somente produzir mais, porém melhor, com menor custo, menor desperdício e menos retrabalho. É um processo do topo para base, não inicie o programa se a direção não quiser. Eduque as pessoas e motive-as através de sensibilização e conscientização continuada.

Segundo Lussari e Schmidt (2003), as empresas, no limiar do século XXI, necessitam compreender que elas, apesar de terem seu papel de agente capitalista, passaram a ter incumbências como coadjuvantes no processo de educação da sua sociedade. O desenvolvimento de atividade educativa no ambiente de trabalho não só o transforma como também permite que o educando leve os frutos desse aprendizado para a sociedade em que vivem. Souza (1998) acredita que educar é desenvolver a capacidade de pensar.

Para Mezomo (1994), o que distingue as organizações vencedoras das vencidas não é mais a tecnologia nem a produção, é a satisfação dos clientes garantida pela motivação de quem produz e de quem os atende. Este é um grande desafio. Construir e reconstruir as organizações em novas bases: as bases da ética, da responsabilidade social, do respeito dos valores humanos e da valorização da



mente e do coração e não apenas das mãos de quem produz. Essas serão as organizações vencedoras nos dias que virão e que já chegaram.

Para Albuquerque (2007), o saber útil é o saber como transformar as informações internas encontradas, aplicando-as ao comportamento no mundo real. A diferença entre a teoria e a prática é a ação.

Qualidade de Vida

Segundo Limongi-França e Rodrigues (1996), as sociedades modernas têm condições de vida que demandam muitas exigências individuais, sociais, econômicas, culturais e políticas. Sendo estas: nutrição adequada, necessidades de locomoção, necessidade de informações atualizadas, capacitação profissional e educacional, em mercado de trabalho fortemente elitizado, exigências de conforto e segurança, maior cuidado com a prevenção de saúde, não só com as medicinas curativas. O objetivo é, simplesmente, viver mais e melhor. Estas propostas, com ênfase na qualidade de vida, criaram demandas de programas e gestão focados na atitude de qualidade (e vice-versa) dentro das empresas e também construíram novos parâmetros, refletindo-se na ética das relações de trabalho.

A construção do conceito qualidade de vida existe em diferentes variáveis, o que lhe confere múltiplos sentidos. Em termos objetivos, a expressão qualidade de vida para Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Grupo WHOQOL, 1994).

Nesse sentido, entendendo o ser humano como ser complexo, deve-se avaliar a qualidade de vida de um indivíduo em aspectos gerais, como físico, mental, emocional, espiritual, social, profissional, econômico, político, cultural. De acordo com Morin (2003), existe complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo, o objeto de conhecimento e seu contexto, as



partes e o todo, o todo e partes. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade.

Segundo Limongi-França e Rodrigues (1996), qualidade de vida no trabalho é uma compreensão abrangente e comprometida das condições de vida no trabalho, inclui aspectos de bem-estar, garantia da saúde e segurança física, mental e social, e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso da energia pessoal.

Auxiliar na promoção da qualidade de vida pelo viés laboral é extremamente importante já que atualmente os indivíduos passam a maior parte do seu dia e conseqüentemente da sua vida se preparando para o mercado de trabalho e posteriormente em suas atividades profissionais, sendo no trabalho e através dele que realizam grande parte de suas aspirações. (RODRIGUES, 1995; SILVA E MARCHI 1997; VIANNA 1997)

Portanto, proporcionar um resgate da qualidade de vida de cada indivíduo que compõe a organização é fundamental para se chegar à qualidade total.

Segundo Silva e Marchi (1997), a promoção da saúde das pessoas depende de fatores ligados a elas mesmas, à adoção de hábitos saudáveis de vida no plano individual, mas, também, das condições ambientais nas quais estão inseridas, em especial no local de trabalho. Os padrões individuais de comportamento perdem força e tendem a ser abandonados se não receberem do ambiente reforço e estímulo. Somente quando o meio em que vive for fonte de suporte e apoio, o indivíduo conseguirá manter, ao longo da vida, hábitos saudáveis.

Fernandes (1996) refere que o conceito de qualidade de vida no trabalho engloba, além de atos legislativos que protegem o trabalhador, o atendimento a necessidades e aspirações humanas, calcado na idéia de humanização do trabalhador e na responsabilidade social da empresa.

A precocidade na detecção de agravos à saúde constitui uma obrigação permanente das instituições responsáveis pela vigilância da saúde do colaborador. Há íntima correlação entre melhoria da qualidade de vida das pessoas e estilo de



vida dentro e fora das organizações, causando impacto na excelência e na produtividade dos indivíduos em seu trabalho. Sem uma qualidade de vida construída de forma enriquecedora não se alcança muito progresso. Por isso, a qualidade de vida no trabalho deve ser combinada com programas de qualidade e compromissos com a inovação, resgatando talentos, limites e necessidades humanas (LIMONGI-FRANÇA E RODRIGUES, 1996 e 2004)

Para Silva e Marchi (1997) destaca que as facilidades operacionais também auxiliam ações voltadas à qualidade de vida no local de trabalho, geralmente há espaço, há locais de comunicação e uma série de outras facilidades práticas para implantação do programa. Some-se a isso a possibilidade de que as mensagens educativas alcancem também os familiares do trabalhador, ampliando-se assim, o universo com o qual se lida.

Limongi-França (2004) salienta que enfrentar a tensão da vida cotidiana é também, uma questão de aprendizagem. A saúde requer mudança de estilo de vida. Há muito comportamento nocivo à saúde pela mera falta de informação.

Limongi-França e Rodrigues (1996), destacam que no trabalho temos ingredientes especiais para resgatar a qualidade de vida no trabalho. O que até há bem pouco tempo era visto como perfumaria, protecionismo ou fragilidade, transformou-se em referencial do desempenho humano nas organizações. Por exemplo, o estresse passou a ser um potente indicador de como está o nível de tensão organizacional e pessoal. A qualidade nos processos de adaptação e o grau de deformação ou realização tornam-se transparentes e imediatos, diante deste indicador de estresse. É a qualidade medida e percebida de pessoas, produtos, serviços, resultados, visando à construção de melhores cenários organizacionais.

Estresse e *Burnout*

Percebe-se que a sociedade contemporânea vivencia rápidas mudanças ambientais, sociais, científicas e culturais, que as mais simples tarefas físicas ou



mentais expõem o indivíduo a diversos níveis de estresse, muitas vezes, sem a sua consciência, o que interfere diretamente no seu desempenho cotidiano.

O estresse é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, excite ou confunda, ou mesmo que a faça intensamente feliz. Quando o estresse ocorre, todo o equilíbrio corporal, chamado de homeostase, é quebrado em decorrência da ação exacerbadora do sistema nervoso simpático e da desaceleração do sistema nervoso parassimpático em momentos de tensão, ou seja, não há mais entrosamento entre os vários órgãos. Essa reação pode ocorrer em qualquer pessoa, independente de idade, raça, sexo e situação econômica, e o indivíduo tem de se adaptar, fazendo um esforço especial para restabelecer a homeostase anterior. Tal esforço exige um desgaste considerável e a utilização de reservas de energia física e mental. Além de desencadear sintomas psicológicos, o estresse pode contribuir para a etiologia de várias doenças mais graves e afetar profundamente a qualidade de vida individual de cada população específica (LIPP, 1996 e 1999 e ALBERT, 1997)

Para Malagris (2004), em fases avançadas do estresse, a pessoa já apresenta prejuízo na sua linha de pensamento e sua meta principal é apenas sobreviver e se livrar de tudo aquilo que causa sofrimento. Diante desse quadro e se as fontes de estresse forem relacionadas ao ambiente ocupacional, pode-se cogitar o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, na medida em que a sintomatologia característica deste quadro começa a aparecer em decorrência do desgaste causado pelo estresse crônico. Benevides-Pereira (2002) considera *burnout* como um conjunto de sinais e sintomas composto de aspectos multidimensionais em resposta ao estresse laboral crônico, envolvendo três fatores principais: exaustão emocional (quando a pessoa percebe nela mesma a impressão de que não dispõe de recursos suficientes para se dar aos outros – doenças psicossomáticas), despersonalização (atitudes negativas e insensíveis em relação às pessoas que



trabalha) e redução da realização pessoal (conduz a uma avaliação negativa de si mesmo).

Benevides-Pereira (2002) ressalta ainda que a diferença fundamental entre o estresse ocupacional e o *burnout* é que neste, é dada mais importância à relação interpessoal entre o profissional e o usuário do serviço, levando a um total prejuízo de seu trabalho. Esta síndrome acomete principalmente profissionais assistenciais, notadamente profissionais de saúde, professores e policiais militares. Assim, o profissional estressado encontra-se debilitado, devido a investimentos de energia contra estressores, o que pode levá-lo a apresentar déficits em seu trabalho e, principalmente, em sua relação com o outro, sendo este último fator essencial para o diagnóstico.

Segundo Limongi-França e Rodrigues (1996), o *burnout* é considerado uma das conseqüências mais importantes do estresse profissional, pois o exercício destas profissões implica conviver com a tênue distinção entre envolver-se de forma profissional e humanizada e não pessoalmente na ajuda ao outro.

Malagris (2004) enfatiza a gravidade do problema e sua importância na saúde do trabalhador, cujo resultado pode ser o absenteísmo e até mesmo o abandono do emprego.

Benevides-Pereira (2002) verificou os mais diferentes sintomas que estes profissionais podem apresentar: sintomas físicos (fadiga constante e progressiva, dores musculares e osteomusculares, distúrbios do sono, cefaléias, enxaquecas); sintomas psíquicos (falta de atenção e concentração, alteração de memória, lentificação do pensamento, impaciência), sintomas comportamentais (negligência, condutas aditivas e evitativas, irritabilidade, incapacidade para relaxar, perda de iniciativa) e sintomas defensivos (absenteísmo, perda de interesse durante o trabalho, ironia e cinismo).

Limongi-França e Rodrigues (1996) sugerem como formas de prevenir o *burnout*: aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; prevenir o excesso de horas extras; dar melhor suporte social às pessoas; melhorar as



condições sociais e físicas de trabalho e investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Segundo Cury (2002), as pessoas não se dão conta das mudanças que destroem seus relacionamentos, metas, carreira, saúde física e emocional. Muitos só percebem que estão com problemas quando adoecem. Porém, podemos desenvolver nossas capacidades e aprender a superar as dificuldades, melhorando nossa qualidade de vida.

Considerações Finais

A busca pela qualidade é o foco principal dentro das organizações. Ressaltamos, então, a importância de se investir na qualidade de vida dos profissionais assistenciais, já que são estes os responsáveis pela qualidade dos processos e qualidade nos atendimentos no ambiente hospitalar. Sem eles a instituição simplesmente não existiria, pois apenas a estrutura física não é suficiente, por isso torna-se fundamental o investimento no lado humano das organizações.

Não podemos pensar em um sistema de saúde digno, se não pensarmos na saúde do profissional assistencial. Podemos observar em nossa prática em ambiente hospitalar a falta de credibilidade destes profissionais para a implementação de programas e ações devido à intolerância de gestores quanto à liberação de funcionários para participação nestes eventos, e a negligência dos líderes na persistência para com os programas. Com isso, o que temos são doentes cuidando de doentes, e isso é agonizante, precisando ser revisto urgentemente.

Por mais que saibamos a importância da busca pela qualidade, não podemos esperar que as pessoas estejam prontas para a mudança, sendo esta uma barreira importante na implementação de um programa de qualidade de vida.

É preciso primeiramente a tomada de decisão por parte dos líderes em ter uma organização com saúde, humanizada e com qualidade de vida.



Sugerimos a implementação de um programa de qualidade de vida para profissionais assistenciais de hospitais, porém é imprescindível a adesão das lideranças da organização, trazendo assim, um sentido de unidade. Os objetivos devem ser claros, bem definidos e compreendidos por todos os envolvidos. Preferencialmente de baixo custo, aceito culturalmente e disseminável com facilidade.

Para um programa efetivo deve-se disponibilizar um responsável para desenvolver as atividades, pois o acúmulo de atividades de outros setores faz com que esse se torne deficitário.

É necessário primeiramente uma análise da realidade da organização e para isso, identificar pessoas da própria realidade para auxiliar no caminho que irá ser seguido é essencial, pois são essas pessoas que vivenciam o dia-a-dia e sabem apontar de forma mais fidedigna onde estão as fraquezas e necessidades daquele ambiente. A partir de então podemos realizar o planejamento das ações e posteriormente uma avaliação dos resultados obtidos. O fundamental é a continuidade e não ações isoladas. A educação contínua no ambiente de trabalho envolvendo empregados e empregadores é essencial para uma nova visão e então à qualidade total.

O que observamos na prática é que existem ações fragmentadas, normalmente relacionadas há alguma semana ou data comemorativa por isso devemos cuidar para não ter apenas grupos de animação.

Outro fator importante é que muitos hospitais oferecem treinamentos técnicos, podemos aproveitar para associar a essa estrutura existente um programa mais completo visando à qualidade de vida.

A comunicação entre os setores do hospital, como por exemplo: medicina e segurança do trabalho, educação continuada, gerências responsáveis pelas equipes assistenciais, faz com que o programa de qualidade de vida seja mais eficiente, assim também evitamos vários setores tentando iniciar projetos com objetivos similares.



Na implementação de um programa de qualidade de vida no ambiente hospitalar não podemos esquecer as particularidades que envolvem o trabalho destes profissionais. Realizar as atividades no próprio setor faz com que os profissionais não consigam se desligar da rotina, pois frequentemente terá algum paciente ou familiar solicitando alguma informação e/ou procedimento. A saída destes profissionais dos seus postos de trabalho não deve ser longa, pois isso gera sobrecarga e maior estresse aos que ficaram. Não é viável a saída de todos os funcionários, podendo fazê-lo apenas por escalas.

Pensando em todas as características do trabalho assistencial verificamos que os funcionários precisam estar mais preparados e saudáveis, porque as pressões são maiores e mais fortes.

Investindo no aprimoramento técnico e na qualidade de vida de forma permanente no ambiente de trabalho teremos profissionais mais completos e satisfeitos e isso auxiliará na queda da rotatividade, pois o gasto é elevado com o desligamento e/ou afastamento de um funcionário e o tempo perdido de outros profissionais em integrar e orientar um novo funcionário que não conhece a rotina da instituição.

Assim, com a promoção da qualidade de vida sendo realizada de forma efetiva, teremos grandes chances de obter a qualidade total.

Pode-se assim, ousar e sugerir, que a partir de uma mudança na cultura das organizações, com programas para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos no processo, possamos contribuir para mudanças na cultura de toda sociedade, uma quebra dos paradigmas pré-existentes.

Referências:

ALBERT, Eric. **Como tornar-se um bom estressado**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.



ALBUQUERQUE, Jamil. **A arte de lidar com pessoas**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

ARQ. BRAS. CARDIOL. vol.75 n.1 São Paulo July 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2000000700009
Acesso em: 31/05/ 2010.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria P. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BOM SUCESSO, E. P. **Trabalho e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: Ed. Dunya, 1998.

CURY, Augusto. **Revolucione sua qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

DIAS, H. P. **Direito e Obrigações em Saúde**. Brasília: ANVISA, 2002.

FERNANDES, Eda. **Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para mensurar**. Bahia: Casa da Qualidade, 1996.

GRUPO WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. FAMED - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/HCPA. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>
Acesso em: 13/03/2010.

LIMNGI-FRANÇA, Ana Cristina e RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1996.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2004.

LIPP, Marilda. **O stress esta dentro de você**. São Paulo: Contexto, 1999.

LIPP, Marilda. **Pesquisas sobre stress no Brasil**. São Paulo: Papyrus, 1996.

LUSSARI, Wilson Roberto e SCHMIDT, Ivone Tambelli. **Gestão Hospitalar: mudando pela educação continuada**. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

MASLACH, C (1998). **The truth about Bournout**. New York: New Books.

MALAGRIS, L. E. N. **Burnout: o profissional em chamas**. In: NUNES SOBRINHO, F. P.; NASSARALLA, I. (Eds.). *Pedagogia Institucional: fatores humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: ZIT Editores, 2004.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Terra, 1994.



III Congresso de Humanização
II Jornada Interdisciplinar de Humanização

III Congresso de Humanização
II Jornada Interdisciplinar de Humanização
06 a 08 de agosto de 2012

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2003.

OAKLAND, J.S. **Gerenciamento da Qualidade Total**. São Paulo: Nobel, 1994.

OFICINA HUMANIZASUS – Política Nacional de Humanização: Relatório Final, Brasília, 2003. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf # Acesso em: 02/03/ 2010.

RIBEIRO, A. B. C. **Administração de Pessoal nos Hospitais**. São Paulo: Ed. LTR, 1997

RODRIGUES, Marcus Vinícius C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

SILVA, Cláudia Regina Lima Duarte. **Saúde coletiva e a ênfase no humano**. Blumenau: Edifurb, 2004.

SILVA, Marco Aurélio; MARCHI, Ricardo. **Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

TAUBLIB, Davis. **Controle de qualidade total: da teoria à prática em um grande hospital: relato de experiência de 4 anos no Centro de Unidades Médicas Integradas Santa Therezinha**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

VIANNA, Marco Aurélio F. **Trabalhar, para quê? A motivação profissional nas equipes realizadoras**. São Paulo: Gente, 1997.