

## CUIDADO AO CUIDADOR: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO A SERVIÇO DO TRABALHADOR

### CARING FOR THE CAREGIVER: THE NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION SERVING WORKERS

Daniela Trevisan MONTEIRO\*   
Jussara Maria Rosa MENDES\*\*   
Carmem Lúcia Colomé BECK\*\*\*   
Danusa Scremin ROLIM\*\*\*\* 

**Resumo:** Este estudo possui como objetivo evidenciar a humanização do trabalho para o trabalhador da saúde como o centro da discussão, utilizando-se como guia a Política Nacional de Humanização. Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa realizada em um hospital de ensino. Os participantes foram médicos e enfermeiros das unidades de clínica médica e do pronto socorro. Foram utilizadas na coleta de dados a observação e a entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que o ambiente hospitalar apresenta condições que tornam o trabalho precarizado e podem influenciar negativamente na saúde mental dos profissionais. Destaca-se a importância de um olhar voltado às suas necessidades e ações em prol da saúde mental que possibilitem um cuidado aos cuidadores e melhor satisfação no trabalho realizado.

**Palavras-chave:** Pessoal de Saúde. Saúde Mental. Humanização da Assistência.

**Abstract:** This study aims to evidence the humanization of work for health workers as a main aspect, by using the National Policy of Humanization as a guide. The descriptive and qualitative research was carried out in a teaching hospital. Physicians and nurses from internal medicine and emergency medical service units took part in it. Observation and semi-structured interviews were used for data collection. The results indicate that there are conditions in the hospital environment which make work precarious and may negatively influence workers' mental health. The importance of both attention to the workers' needs and actions that promote mental health, which allow the care to caregivers and better satisfaction in the activities performed by them, must be highlighted.

**Keywords:** Health Personnel. Mental Health. Humanization of Assistance.

Submetido em 03/05/2021. Aceito em 10/12/2021.

\* Psicóloga, Pós-doutoranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Psicologia Social e Institucional, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestra em Psicologia - ênfase em psicologia da Saúde, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. E-mail: [daniela.trevisan.monteiro@gmail.com](mailto:daniela.trevisan.monteiro@gmail.com)

\*\* Graduada em Serviço Social. Mestra em Serviço Social pela PUCRS. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (1999). Pós-doutora em Serviço Social pela Universität Kassel, República Federal da Alemanha. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia/ UFRGS, docente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e de Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. E-mail: [jussaramaria.mendes@gmail.com](mailto:jussaramaria.mendes@gmail.com)

\*\*\*Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: [carmembeck@gmail.com](mailto:carmembeck@gmail.com)

\*\*\*\*Graduação em Psicologia pela UFN Universidade Franciscana. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde - NEIS. Psicóloga clínica na Secretaria Municipal de Saúde em São Pedro do Sul/RS. E-mail: [danusarolim@gmail.com](mailto:danusarolim@gmail.com)



## **Introdução**

O mundo do trabalho repercute diretamente na saúde de seus trabalhadores e exerce grande influência em suas vidas. Quando há limitações e condições impostas no contexto de trabalho, sem que se possa ter certa liberdade e autonomia, o adoecimento pode tornar-se evidente. Os danos emocionais perpassam por todas as esferas da vida do trabalhador: na sua vida pessoal, social, nas relações, na produtividade no trabalho e na sua saúde. Acerca dos profissionais da área da saúde, este sofrimento pode estar perpetuado à limitação de recursos tecnológicos e às dificuldades desenvolver um trabalho humanizado (FACHINI; SCRIGNI; LIMA, 2017). Os profissionais da saúde, que trabalham no mesmo ambiente e organização ocupacional, experienciam semelhantes níveis de stress laboral. Torna-se corriqueiro o cumprimento de longas jornadas de trabalho, inadequação de equipamentos, longos plantões e falhas no serviço. Logo, diferentes aspectos no ambiente de trabalho podem desencadear diversos problemas de saúde, levando à desestruturação do profissional no cotidiano do trabalho, sendo que, na maioria das vezes, estes não contam com um suporte psicossocial (SILVA; SILVA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) aponta que há vários fatores que podem determinar o nível de saúde mental de uma pessoa, tais como os fatores sociais, psicológicos e biológicos. No caso da saúde do trabalhador, os principais fatores de risco são o assédio e o bullying, jornadas de trabalho excessiva e inflexíveis, ameaça de desemprego, risco de violência e condições de trabalho estressantes. A OMS (2017) igualmente ressalta que mais de 300 milhões de pessoas no mundo apresentam Depressão, sendo ela a principal causa por afastamento de serviço. Em outro dado apresenta que mais de 260 milhões de pessoas no mundo vivem com o Transtorno de Ansiedade e grande parte da população vive com ambos os transtornos. Frente ao exposto, observa-se que tais fatores de risco podem estar diretamente ligados ao tipo de trabalho, ao ambiente organizacional e de gestão, políticas inadequadas de saúde e segurança, falha na comunicação, falta de objetivos organizacionais e inexpressiva participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões.

Em relação ao trabalho e saúde mental, Dejours (1994) infere que o trabalho não deve ser restringido apenas às questões de condições de trabalho como pressões físicas, químicas, biológicas, ou psicossensoriais e cognitivas. O trabalho deve ser considerado a partir de uma dimensão organizacional, a qual inclui a divisão das tarefas e as relações de produção. Assim, falar sobre saúde do trabalhador significa compreendê-la a partir de uma divisão social e técnica do trabalho que por sua vez, traz como consequências a alienação e o distanciamento do todo que compõe o processo de trabalho, bem como, mantém as relações de dominação e subordinação (DUTRA, 2016).

Para que se possa compreender a saúde do trabalhador, é necessário, primeiramente, inserir o termo *saúde* dentro de um determinado contexto, o que irá remeter à compreensão da saúde do trabalhador. A saúde, enquanto produção social é resultado dos meios de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico (BRASIL, 2006). O Sistema Único de Saúde (SUS) representa

uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. No SUS, de acordo com a Lei n. 8.080/90, as ações e serviços em saúde deixam de ser restritos e tornam-se universais. E a saúde passa a ser entendida dentro de uma noção centrada na prevenção dos agravos e na sua promoção; passando a se relacionar com a qualidade de vida da população. O art. 3º dessa lei refere que a saúde é composta por um conjunto de bens que se referem à alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e farmacológica, moradia, lazer, entre outros (BRASIL, 2000).

Atenta-se para as práticas de saúde no trabalho, pois atualmente tem-se uma atuação individual e em nível secundário, ou seja, quando a doença já está presente no sujeito e este precisa de intervenção. Assim, é feito o encaminhamento individual para diversas áreas como reabilitação física e saúde mental, não havendo um investimento em trabalhos de prevenção e promoção da saúde do trabalhador. Esse cenário promove ainda mais o adoecimento, pois o trabalhador frequenta o mesmo ambiente estressor e as mesmas fontes de sofrimento. Nesse sentido, fica evidente a importância de se observar como estão sendo organizados os ambientes de trabalho e as relações interpessoais com as chefias e colegas para que, então, possa haver uma intervenção mais eficaz (SILVA; SILVA, 2015).

As pesquisas apontam que os transtornos mentais relacionados ao trabalho, aqueles potencialmente incapacitantes, demonstram aumento significativo na população em geral (OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015). Da mesma forma, o estresse ocupacional é um grave problema que vem afetando os trabalhadores, a organização e a sociedade como um todo (PRADO, 2016). Portanto, frente ao custo humano gerado pelo adoecimento por transtornos mentais, são essenciais ações que reforcem as concepções de saúde mental e trabalho como indissociáveis da realidade produtiva atual da sociedade. Dado o exposto, atenta-se para a urgência de uma macropolítica que vise à promoção da saúde do trabalhador e a prevenção de agravos, que incida para além da minimização dos impactos e promova uma eficaz qualidade de vida no trabalho (OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015).

Frente ao que foi supracitado e, considerando os trabalhadores de saúde no que se refere ao processo de adoecimento por transtornos mentais; este estudo possui como objetivo evidenciar a humanização do trabalho para o trabalhador da saúde como o centro da discussão, utilizando-se como guia a Política Nacional de Humanização e propor, através da visão da psicologia, possibilidades no fazer profissional que protejam a saúde mental deste.

## **1. Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo. O hospital no qual foi realizada a pesquisa caracteriza-se como um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário; atendendo somente pelo SUS. A pesquisa foi realizada a partir de um prévio consentimento institucional. As unidades pesquisadas foram a clínica médica e o pronto socorro. A unidade de clínica médica ou medicina interna caracteriza-se, pelo atendimento de pacientes adultos com doenças crônicas. Há em torno de 30 leitos nesta unidade, a maioria

destinado a pacientes com diagnóstico dentro da área da nefrologia e hemato-oncologia. No pronto socorro (PS) o limite aproximado é de 30 leitos de urgência e emergência e em torno de 20 macas de observação. Apesar desse número, os profissionais nessa unidade trabalham sempre com superlotação, sendo matéria constante na mídia o número excessivo de pacientes internados.

Os participantes desta pesquisa foram médicos e enfermeiros das unidades de clínica médica/medicina interna e do pronto socorro. Na clínica médica participaram dezessete profissionais. Entre os médicos, somaram-se cinco homens e três mulheres com idades entre 27 e 54 anos. Dentre estes há um médico especialista em oncologia com maior tempo de trabalho no setor e responsável pelos outros sete médicos residentes em medicina interna, que realizam a prática por três anos dentro da unidade e no ambulatório de oncologia. Entre os médicos residentes, três estavam no primeiro ano de residência, três no segundo ano e um no terceiro ano. Apesar da diferença no tempo de formação, não houve discrepâncias nas respostas. Quanto aos profissionais da enfermagem, apenas um é do sexo masculino, e a maioria foi contratada há dois anos. Um profissional da área da enfermagem não quis participar. Entre os entrevistados sete trabalham no turno diurno e três no noturno. As idades dos profissionais variaram entre 25 e 55 anos. No pronto socorro, com relação aos médicos, foram entrevistados sete homens e uma mulher, que trabalham nos diferentes turnos em escala de plantão. Com idades entre 27 e 52 anos. E entre os enfermeiros participaram sete mulheres e dois homens. Com idades entre 33 a 42 anos, e apenas dois trabalham no turno noturno.

Foram utilizadas, na coleta de dados, a observação sistemática e a entrevista semiestruturada. A coleta de dados iniciou primeiramente na unidade de clínica médica, na qual era possível entrevistar a totalidade dos profissionais, pois entre médicos e enfermeiros somavam-se dezoito profissionais. Como o pronto socorro possui um número muito mais expressivo de profissionais, optou-se por entrevistar o mesmo número de participantes entre ambas unidades. Assim, mediante o término das entrevistas na clínica médica, com dezessete profissionais (um enfermeiro não quis participar da pesquisa), iniciou-se a coleta no pronto socorro, igualmente com oito médicos e nove enfermeiros. Os participantes, nesta unidade, foram convidados aleatoriamente, nos diferentes turnos de trabalho (diurno e noturno). Totalizou-se 34 entrevistas nas duas unidades e três meses e meio de observação.

Para a análise dos dados, primeiramente, as narrativas das entrevistas foram transcritas para que pudessem ser percebidas as falas mais significativas, seja por sua repetição, por sua carga emocional, ou pelo grau de congruência ou contradição das narrativas. A partir das observações e das entrevistas se formaram as categorias referentes ao tema da pesquisa para a análise de dados. Como combinação de técnicas, observação e entrevista, se procedeu a triangulação das informações como parte do processo de confiabilidade dos dados. A análise teve como eixo norteador a análise de conteúdo, com foco na análise categorial (BARDIN, 2009).

Foram seguidas as recomendações éticas da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016), que prescreve a ética nas pesquisas com seres humanos. Dessa forma, os entrevistados tiveram

participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As atividades de campo apenas ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número X (número omitido para evitar a identificação dos autores). O sigilo dos participantes foi mantido através da utilização de siglas para a identificação das falas, seguidas da sigla da unidade em que trabalha (“CM” para clínica médica e “PS” para pronto socorro). Por exemplo: M1, CM; M2, CM; quando o participante for médico da clínica médica. E1, CM; E2, CM; E3, CM; quando for enfermeiro da clínica médica. Igualmente se o profissional for do pronto socorro: M9, PS; E10, PS; e assim sucessivamente.

## **2. Resultados e Discussão**

No decorrer da pesquisa, foi possível perceber uma série de situações difíceis às quais passam os profissionais da saúde. Resilientes ou não, são momentos carregados de emoções, que deixam sua marca no ser e no fazer profissional. Então, o intuito, nesta discussão, é possibilitar uma reflexão acerca do que fazer para e com o profissional que se encontra nesse imenso desafio diário de cuidar do outro. A perspectiva é ter o profissional como foco, como fim em si mesmo e não como instrumento. Em outras palavras, é preciso pensar em humanização do trabalho para o trabalhador como o centro da discussão, e não para obter melhor resultado no trabalho; embora isso consequentemente acontecerá. Para tanto, utilizar-se-á como guia a Política Nacional de Humanização (PNH) que possui como escopo promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde (BRASIL, 2013). A discussão foi dividida em dois subtítulos: “A importância da escuta” e “A Política Nacional de Humanização a serviço do trabalhador da saúde”.

### **2.1 A Importância da Escuta**

Durante o processo de coleta de dados, foi percebida a importância de um espaço de escuta para os profissionais. Já na apresentação da pesquisa alguns ressaltaram como seria bom ter alguém que olhasse por eles, pois geralmente não tem. Os mais antigos relataram estar mais “calejados”, termo utilizado pelos profissionais. Durante o período de ambientação da pesquisadora, os técnicos de enfermagem se mostraram contrariados pelo fato da pesquisa não ser feita com eles também. Foi colocado por eles que a pesquisa era realizada só com “gente chique”, evidenciando uma questão hierárquica bem importante. E, além disso, ratificando a necessidade de escuta de suas angústias. A falta de um olhar diferenciado aos profissionais fica clara na seguinte fala:

Mas uma coisa que eu acho que falta aqui é um profissional psicólogo pra equipe. Os familiares, os pacientes têm né, mas pra equipe tinha que ter, olha o que a gente vivencia aqui [...]. E nesse dia que eu te falei que teve essa morte muito difícil, uma morte assim, feia, todo mundo ficou chocado, todo mundo, e não tinha pra onde correr, meio que a

gente que se consolou ali e continuamos o plantão sabe, então aí que eu me dei conta “gente, não tem ninguém pra conversar”, assim, pra vir, alguém de fora, pra nos mostrar uma outra visão da coisa. Não tem, não tem. Eu acho super importante, deveria ter, mas não tem. (E5; CM).

Tanto no pronto socorro quanto na clínica médica não há psicólogo específico para essas unidades. Há uma psicóloga da instituição, com diferentes atribuições, disponível para atendê-los caso eles sintam necessidade. Porém, entende-se que há dificuldade entre os profissionais de sair do seu setor para buscar uma psicóloga para atendimento, assim como há dificuldade própria de perceber-se fragilizado emocionalmente e realizar todo um movimento de busca de ajuda. Evidencia-se a importância de ter um psicólogo específico para os setores pesquisados, pois possuem características próprias de precarização, no caso do pronto socorro, e de intenso envolvimento no processo de terminalidade de pacientes, no caso da clínica médica; entre outras características igualmente conflitivas.

As entrevistas realizadas com os profissionais foram, segundo demonstrado por eles, um espaço de escuta. Por vezes foram momentos intensos de desabafo e de choro, revelando questões não elaboradas, traumas antigos e descontentamentos no trabalho. Para uma profissional, foi indicado que ela buscasse a psicóloga da instituição para realizar atendimento psicoterápico. Entre o convite da entrevista e o caminho até a sala onde essa se realizaria, diferentes comentários eram feitos como, por exemplo, “estou indo para o meu divã”. Houve também um momento em que a entrevista, apesar de ter sido agendada antecipadamente, foi desmarcada pela profissional. Ela relatou que não conseguiria falar naquele momento, pois naquele dia tinha dado tudo errado. Era claro o alto estresse e emoção que ela apresentava.

Apesar de não ser o objetivo da pesquisa em si, entende-se que o falar mobiliza sentimentos e emoções, podendo ser um ato terapêutico. Com isso, indiretamente foi proporcionado um espaço de escuta e mobilizado diferentes sentimentos e reflexões entre os profissionais. Eles conversavam entre si sobre a entrevista e se comparavam no tempo e nas respostas. O tempo médio das entrevistas foi de cinquenta minutos, podendo-se, justamente, fazer alusão ao divã, em um atendimento psicológico que dura esse tempo. Apesar de serem entrevistas longas, eram muito mais dinâmicas do que fadigas. Uma das médicas, por exemplo, citou: “Quem falou mais? Fui eu né? Foi bem bom falar, me senti mais leve. Conteí até para minha mãe que conversei com uma psicóloga.” (M3; CM). Outra disse: “Quanto tempo passou? [referindo-se ao tempo da entrevista que foi de quarenta e um minutos] Tudo isso? Parece que foram dez minutos só. Bom conversar porque a gente nunca para pra pensar nessas coisas. A gente chega aqui robotizado. Eu nunca parei para pensar o que é a morte.” (M5; CM).

Nota-se que apenas uma entrevista, mesmo que relacionada a uma pesquisa, já foi um meio de olhar e de dar voz aos profissionais. Foi uma forma de conhecê-los e de legitimar seu saber e sua prática. Também foi um propício meio de diminuir suas angústias. Parte-se do pressuposto de que, se é no trabalho que o sofrimento e o desgaste são gerados, o profissional necessita de atenção dos dispositivos de gestão. Além de se pensar a humanização em saúde é preciso compreender o que motiva, dificulta, compõe alianças ou desfaz laços; nas quais certas atitudes podem ser veladas, porém manifestam-se na fragilidade da prática e

na influência do sofrimento profissional na vida pessoal dos sujeitos (SANTOS; MOREIRA, 2014).

A humanização, na pesquisa realizada por Silva, Monteiro e Pinto (2016) com profissionais da saúde de um hospital escola foi considerada por 26% dos entrevistados como a atenção dada ao paciente e a família dele. 16% dos profissionais responderam que a humanização relaciona-se com o tratamento igualitário e outros 16% com melhoria na infraestrutura. 7% apontaram a interação em equipe e outros 7% não possuíam opinião formada. A educação continuada (6%), diminuição da sobrecarga de trabalho (3%), melhora da remuneração (3%) e divisão do conhecimento (3%) foram apontados como importantes no processo de humanização. As demais respostas foram relacionadas ao atendimento de qualidade (3%), respeito (7%) e relação pessoal (3%). A PNH (BRASIL, 2013) preconiza que os trabalhadores reinventem seus processos de trabalho e sejam ativos das mudanças nos serviços de saúde, mudanças que acontecem a partir do reconhecimento do papel de cada um.

## **2.2 A Política Nacional de Humanização a Serviço do Trabalhador da Saúde**

A partir dos conceitos que norteiam o trabalho na PNH e através da visão da psicologia é possível propor alguns meios no fazer profissional que protejam a saúde mental deste. Os próximos subcapítulos discorrerão sobre tais possibilidades.

**Gestão participativa e cogestão.** Esse conceito traz a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão e a ampliação das tarefas de gestão. Relaciona-se à organização de um espaço coletivo de gestão, que permite o acordo entre necessidades e interesses dos trabalhadores e gestores. Sendo um importante instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde; contribuindo para tornar o trabalho mais motivador para a equipe de saúde. O modelo de gestão proposto pela PNH é centrado na equipe, na construção coletiva e em espaços coletivos de compartilhamento, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2009b).

No espaço hospitalar há uma hierarquia que faz parte da organização de uma instituição. Os serviços de saúde organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns, o que não tem permitido que as práticas se complementassem (BRASIL, 2009b). No que concerne aos trabalhadores dos setores pesquisados, há igualmente uma hierarquia entre eles próprios. Na ordem hierárquica crescente: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos. Técnicos de enfermagem e enfermeiros dividem a mesma sala, ficando os médicos em sala separada. Isto pode ser condizente com algumas atividades realizadas por estes profissionais. Porém, o que se observou foi o fato desses profissionais não se conversarem. Uma passagem de plantão, por exemplo, é realizada na mesma sala entre os enfermeiros e entre os técnicos, num mesmo momento, no entanto separadamente entre os saberes. Em grupos separados pela hierarquia e não pela estrutura da sala. Um momento de estranheza para a pesquisadora que estava ouvindo a mesma passagem de plantão, sobre os mesmos pacientes, mas sem uma

comunicação que integrasse as duas profissões. A passagem de plantão dos médicos também é realizada no mesmo horário em sala diferente.

A comunicação pode ser um fator chave nos modos de cuidados. Comunicar traz um encontro entre as pessoas; uma interação que compõe um sistema. Os sujeitos, na comunicação, não são considerados individualmente e sim em uma rede relacional, no seu contexto de interação. Nesse sistema o inter-relacionamento irá constituir um todo único (FREIXO, 2006). Com isso, o processo hierárquico poderia ser mais horizontalizado. Os profissionais seriam valorados entre eles próprios, no sentido de se escutarem e se perceberem inseridos dentro de um contexto maior. Ademais, a passagem de plantão, momento em que todos se encontram, pode tornar-se um momento de reflexão sobre questões mais subjetivas dos profissionais e não apenas um momento de informações técnicas. Retratar como se sentiu durante um atendimento, em decorrência da morte de um paciente ou até sobre ruídos entre a própria equipe são compartilhamentos que auxiliariam na redução das angústias e estresse dos profissionais.

Esses espaços de discussões poderiam ocorrer diariamente nas passagens de plantão, nas quais há mais profissionais presentes, e em outros momentos propícios, uma vez na semana ou a cada quinze dias, conforme a disponibilidade do setor. Entende-se a dificuldade de realizar essa proposta no pronto socorro, onde os profissionais apenas se encontram nas passagens de plantão. Todavia, seria possível realizar essa proposta nesse momento e nos *rounds*, nos quais os médicos estão presentes. A possibilidade dessa troca os aproximaria enquanto equipe multidisciplinar e também seria um meio de dividirem suas responsabilidades, no sentido de um compartilhamento das situações, o que poderia diminuir a angústia em momentos difíceis. Assim, promovendo o pensar e o fazer coletivos, e visando democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009b).

Se sentir pertencente nas decisões tomadas no cuidado ao outro também é uma forma de valorização do profissional. É uma maneira de reconhecimento sobre a qualidade do trabalho, da contribuição desse trabalhador e dele próprio. Dessa forma, o profissional adquire um status diferenciado que lhe concerne responsabilidades e ratifica a condição profissional que ele possui. Em contra partida, quando as trocas entre os profissionais não ocorrem há uma degradação do trabalho do profissional, que sente que só precisa obedecer e não construir no seu local de trabalho. As falas a seguir apresentam essas duas vias:

Aqui a gente é enfermeiro gestor, a gente é líder aqui, aqui a gente tem que trabalhar com espírito de liderança, quer dizer... Tem alguma coisa, tem algum problema, tem que tomar a frente, tem que ir... Tem que puxar a rédea e tem que ir para cima, né? Então isso é importante, legal se puxou bastante esse perfil profissional que a gente amadurece aqui dentro, é muito legal, é muito bacana. (E16; PS).

Mas a gente não toma todas as decisões. É o [nome do médico] que tem que tomar. Então a gente não, muitas vezes não pode decidir né, então vai pra ele né. Ele que decide e a gente não discute muito as coisas. Às vezes eu gostaria de discutir mais. Acho que... eu entendo um pouco ele porque é muita coisa que ele tem que levar nas costas né. Mas a gente gostaria de poder discutir mais as coisas. Ter mais tempo assim. (M1; CM).

Outro problema relatado pelos profissionais se encontra no fato de que, a princípio, eles não

escolhem o setor que gostariam de trabalhar. Aprovados em concurso, são alocados nos setores que possuem vagas. No pronto socorro, por exemplo, há profissional com especialização em saúde mental que preencheu a vaga do setor após o concurso. Apesar de ele gostar de trabalhar no pronto socorro, o que acontece na maioria das vezes, é o profissional não se adaptar à unidade. Outro profissional relatou que só está trabalhando lá até conseguir passar em outro concurso, uma vez que não gosta do setor. Há um sofrimento ao realizar um trabalho ao qual não se identifica ou não consegue se adaptar. Em relatos, foi colocado que vários profissionais não “aguentaram” o pronto socorro e desistiram do trabalho ou pediram a troca de setor, como se percebe na fala:

Muitos já saíram, quando [nome da empresa] entrou, a grande maioria saiu, eram pessoas que estavam também há muitos anos, já se diziam cansados então muita gente saiu, e alguns porque não tinha perfil, não se adequaram não é nem porque não quiseram ficar, é porque não tinha condições técnicas de ficar, então a gente sabe que para trabalhar numa emergência tem que ter várias competências que se a pessoa não consegue desenvolver não tem como ela fica, então teve alguns colegas que precisaram ser retirados mesmo por não ter as habilidades, competências e não conseguiram desenvolver, e alguns outros porque não se adaptaram mesmo. [...] a gente tinha um colega que saía chorando daqui porque ela dizia, esse trabalho é demais para mim, lidar com esse pessoas nessas condições é muito complicado. (E13; PS).

Seria importante atentar para as especialidades dos profissionais e buscar uma política de realocação de setor por parte da direção do hospital. Profissionais que não se identificam com seu setor de trabalho podem desenvolver doenças mentais, pois a maior parte do trabalho consiste em uma infinidade de comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes que são invisíveis. Nesse sentido, pensa-se na importância de uma via de comunicação entre a direção da instituição e seus trabalhadores. Fornecer orientação e direcionamento, instrução e apoio aos profissionais podem ser meios para tornar o prescrito e o real mais próximos.

É importante considerar que uma mesma carga psíquica de trabalho pode produzir questões clínicas diferentes, que estarão condicionadas pelo tipo de personalidade, de temperamento, pelos recursos internos e pela própria história de vida do trabalhador envolvido. Logo, aspectos psíquicos e físicos estão densamente implicados no trabalho (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993). Por exemplo, nem todos conseguem vivenciar a morte de um paciente com câncer possuindo um vínculo tão próximo. Ou receber uma criança em parada cardíaca e lidar com o intenso sofrimento dos familiares. Há perfis para atendimentos de urgência, assim como há perfis para atendimentos de doenças crônicas, entre outros, como ilustram algumas falas. Segundo uma das enfermeiras: “Eu sempre, desde muito pequena, eu queria trabalhar em pronto socorro, sempre tive tino para emergência, trabalhar com urgência, fazer coisas diferentes todos os dias, não fazer tudo igual, então sempre gostei de emergência.” (E13; PS). Nas palavras de um dos médicos:

Olha, eu me identifiquei muito com emergência. Desde jovem o meu sonho era bem claro que eu queria fazer medicina e, além disso, eu acho com influência do que a gente vê muito na mídia, e a gente ouve falar da medicina, a gente acreditava que era só na emergência, no meu ver e acabei gostando muito na emergência quando passei pela

medicina na graduação. Acabei me identificando muito com a emergência aonde eu gosto de atuar mais em situações mais aonde precisa pensar e raciocinar mais rápido e aplicar a medicina, então nunca me enxerguei em trabalhar em outros setores. (M11; PS).

Assim, aspectos individuais precisam ser considerados; pois revela aspirações e transforma o trabalho em algo prazeroso. Ao contrário, trabalhadores que destoam do processo de trabalho e não são percebidos em sua individualidade irão entrar em sofrimento psíquico. Nesse sentido, uma pesquisa institucional poderia quantificar e/ou qualificar o nível de satisfação do trabalhador e a partir daí inserir uma política de realocação de pessoal que funcione tanto de forma individual quanto coletiva priorizando a saúde mental dos trabalhadores. Intensificar ações nesse sentido é valorar demandas psicológicas e manter um ambiente laboral que permita aos profissionais investir e criar dentro do seu ambiente de trabalho; incluindo a capacidade de sofrer e a noção de um ambiente conversível, ou seja, que possua sempre a possibilidade de construção (FURTOS, 2007), como já colocado anteriormente.

**Ambiência.** Pela PNH (BRASIL, 2013) a ambiência prevê a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, gerem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. É o tratamento dado ao espaço físico percebido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora, resolutiva e humana. Visa a confortabilidade, a produção de subjetividade e a mudança no processo de trabalho (BRASIL, 2010).

Em ambos os setores pesquisados há locais de descanso para os profissionais e refeitório. Na unidade de clínica médica o refeitório é utilizado para pequenos encontros entre os profissionais, realizando comemorações entre eles. Momentos importantes de descontração dentro deste ambiente. O refeitório desta unidade é utilizado por toda a equipe o que estimula a construção de vínculos entre os trabalhadores. No pronto socorro, o refeitório dos enfermeiros e técnicos de enfermagem é a sala utilizada para as passagens de plantão, não sendo muito adequada para os trabalhadores devido ao seu pequeno espaço físico e por se encontrar no corredor onde estão os pacientes, podendo se escutar tudo o que é falado. Não foi percebido, nem relatado nas entrevistas, momentos de descontração entre os trabalhadores nessa sala. Isso pode ocorrer pela densificação do trabalho no pronto socorro e conseqüente supressão de tempos de descontração e descanso.

Esses locais reproduzem o mesmo modelo da instituição hospitalar: mesma cor, mesmo estilo de móveis, etc. Não sugerem uma confortabilidade para os trabalhadores, além de não possuírem acústica adequada para o descanso. Os corredores hospitalares refletem o espaço frio do ambiente; e, no pronto socorro, o ambiente insalubre de atendimento devido à grande demanda. Entende-se a dificuldade de se modificar uma estrutura já construída, porém, pequenas mudanças podem ser significativas aos trabalhadores. Como, por exemplo, resolver a acústica do local de descanso e cuidar da luminosidade. Sugere-se cor e móveis diferenciados e confortáveis aos olhos e ao corpo, permitindo um momento de relaxamento adequado e que possibilite o cultivo de coletividades e o cuidado a individualidades.

Situações em que o profissional não consegue manejar adequadamente o paciente também atuam como dano psíquico. No pronto socorro os pacientes estão internados lado a lado nos corredores. O manejo

é complicado e não há privacidade para uma conversa com este ou com seus familiares, o que é difícil também para o profissional. Mesmo na sala de internação, as cortinas para isolar o paciente são menores que o espaço a ser fechado. Deixando à mostra os corpos nus dos pacientes e constrangendo quem por ali transita, inclusive profissionais. Há apenas uma sala de banho, sendo que os profissionais precisam descolocar todos os pacientes para lá. Como são muitos e apenas uma sala não dá conta, os profissionais optam por colocar um biombo e dar o banho no corredor. Como se percebe na fala: “Tem uns becos assim, que a gente leva, coloca um biombo e tudo para tampar e tem a sala de banho mesmo, mas como não dá para ocupar só a sala de banho porque é muito paciente tem que se dividir em várias equipes para poder dar banho” (E16; PS).

É preciso estar atento não só às demandas subjetivas do trabalhador, mas também demandas relacionadas ao espaço físico, pois essas igualmente irão agir em degradação do trabalho e conseqüentemente da saúde mental do trabalhador. Por mais que não seja possível modificar a demanda do pronto socorro, é necessário pensar em pequenas soluções que possam proporcionar maior qualidade no trabalho e menor precarização deste. Como cortinas maiores que consigam fechar totalmente o espaço onde está o paciente para o profissional manejá-lo com maior liberdade; e outra sala para banho para tentar suprir a demanda e facilitar o trabalho dos profissionais. Salas que são ocupadas para consultas, podem servir também para o momento de comunicação do diagnóstico aos familiares dos pacientes, mantendo uma privacidade para todos. Assim, visando à promoção de um ambiente hospitalar menos nocivo aos profissionais e pacientes/familiares.

**Clínica ampliada e compartilhada.** Contribuí para uma abordagem na qual é considerada a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Visa o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações em saúde. São considerados outros recursos no diagnóstico, além do enfoque orgânico, e a qualificação do diálogo entre os profissionais a fim de favorecer decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2009b). Esse conceito busca integrar diferentes abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009a). A proposta é de que trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial de diferentes saberes (BRASIL, 2007). Tendo em vista a saúde mental dos profissionais da saúde, menciona-se aqui o segundo eixo da clínica ampliada: Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Neste, deve ser reconhecida a necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. O compartilhamento deve acontecer tanto em relação à equipe de saúde, aos serviços de saúde e da ação intersetorial, no caso dos usuários. O compartilhamento é considerado mais potente do que uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009b).

Durante a coleta de dados, houve uma situação em que uma médica precisava dar alta a um paciente morador de rua e usuário de drogas. Ele internou para a realização de um exame por possuir diagnóstico de

câncer de esôfago. Na internação, o paciente chegou em condições precárias de higiene e alimentação. A equipe técnica de enfermagem foi mobilizada para os cuidados necessários de banho, alimentação, corte de cabelo e barba. O paciente permaneceu poucos dias internado e, após o exame ser realizado, a alta hospitalar ficou a cargo de uma médica residente. A questão que gerou sofrimento para a médica foi o fato de que o paciente não estava se beneficiando em termos de tratamento, porém estava se alimentando com cinco refeições diárias, o que ele nunca teria na rua. O paciente estava demonstrando grande felicidade por essa possibilidade de se alimentar e estar em um lugar quente e confortável, o que tornou a alta hospitalar algo difícil de realizar. A médica, demonstrando claro desconforto, foi à equipe de enfermagem pedir que a equipe multidisciplinar fosse mobilizada para a realização da alta. A equipe multidisciplinar vem de outros setores do hospital, não há, como escrito anteriormente, outros profissionais no setor, que deem conta de situações ampliadas a respeito dos pacientes e da própria equipe. Marca-se aqui a importância de um trabalho em conjunto que possa envolver um cuidado além da doença do paciente. Compartilhar as situações de cuidado dividiria a carga de responsabilidade dos profissionais, excetuando-se o que é próprio de cada profissão.

Os profissionais da saúde passam de seis a doze horas no ambiente de trabalho. Logo, o cuidado ao cuidador perpassa meios de ações e atitudes de cuidado entre os profissionais. Deve iniciar ao chegar ao ambiente de convívio e de interação com demonstração de respeito, de interesse e de preocupação com o outro. No convívio diário intergrupar, torna-se importante a presença, escuta, atenção, valorização, disponibilidade e solidariedade que um profissional expressa em relação ao outro no espaço de trabalho (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Assim, a assistência humanizada precisa ter seu enfoque também aos profissionais e nas relações estabelecidas no serviço de saúde. As dificuldades não podem ser percebidas apenas como algo individual. Elas merecem ser vistas como algo digno de discussão e reflexão pela equipe multidisciplinar para que sejam criados mecanismos ajustados a componentes coletivos, que permitam o enfrentamento desse processo (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Os profissionais da área da saúde evidenciam frequentemente situações traumáticas e angustiantes, mas na verdade, em qualquer trabalho pode haver a satisfação ou o desgaste físico e mental, porém natureza do trabalho e a forma como ele é organizado e as condições de trabalho podem potencializar ou não quadros de adoecimento e sofrimento desses profissionais. No contexto de profissionais da saúde, porém, observa-se que não há adoção de estratégias de caráter coletivo que trabalhem o adoecimento dos mesmos. Portanto, fazem-se necessárias medidas que possibilitem as relações socioprofissionais, estimulem o fortalecimento dos coletivos de trabalho e diminua os riscos de adoecimento, promovendo melhor qualidade no ambiente e maior bem-estar da equipe. Pois, o profissional que possui boas condições de saúde e física e mental, terá mais condições de proporcionar um atendimento mais humanizado e de qualidade aos pacientes (BARROS; HONÓRIO, 2015). Dessa forma, a clínica ampliada torna-se uma medida de suma importância, pois ela permite um plano terapêutico singular ao usuário e, além disso, comporta o compartilhamento de informações entre os trabalhadores, proporcionando discussões e reflexões dentro de diferentes saberes e

práticas.

Lidar com a multicausalidade dos problemas de saúde significa trabalhar em equipe. É através da interação entre os diferentes profissionais da equipe e da valorização das diferenças que será possível fazer uma clínica ampliada. Para tanto, torna-se necessário identificar os limites dos conhecimentos dos profissionais da saúde e das tecnologias por eles utilizadas. Além disso, a clínica ampliada demanda dos profissionais uma permanente reflexão dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade (BRASIL, 2007). Fazer a clínica ampliada é meio facilitador para os profissionais, que poderão compartilhar informações e possuir uma perspectiva mais ampla de um mesmo paciente. Nas reuniões entre equipes ou nos *rounds* cada profissional poderá se colocar argumentando seu ponto de vista profissional e respeitando a visão do outro, possibilitando ao final uma interpretação em conjunto.

**Valorização do trabalhador.** Este conceito da PNH implica na importância da visibilidade da experiência dos trabalhadores e inclusão destes nas tomadas de decisões, confiando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. São possibilidades que propiciam o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece a equipe e do que assegura os acordos de como agir no serviço de saúde (BRASIL, 2013). Nas argumentações tecidas entende-se que todas as ações demandadas ao trabalhador são meios de valorizá-los. Os conceitos trabalhados a partir da PNH para os trabalhadores visam à valoração deste a partir dos meios de gestão participativa e cogestão, ambiência e clínica ampliada e compartilhada. O olhar para as necessidades desses profissionais é forma de humanizar o ambiente de trabalho.

Assim, segundo Perez, Bottega e Merlo (2017), para que haja um cuidado integral em saúde do trabalhador, que abranja o sujeito em suas complexas e diversas demandas, faz-se necessário o envolvimento de inúmeros atores do corpo social, como os sindicatos e participação de movimentos sociais, além dos órgãos públicos gestores de tais políticas. Nesse sentido, é fundamental que as medidas acima citadas sejam implantadas no intuito de acolher os trabalhadores que vivenciam situações de sofrimento psíquico em sua rotina de trabalho.

O psicólogo integrado à equipe deve ter uma visão crítica e global dos processos organizacionais existentes neste ambiente, para então, trabalhar na promoção da saúde de forma interdisciplinar, abordando o campo físico, psicológico e social. Promover um espaço de diálogos que trabalhe com medidas preventivas em saúde, bem como, intervenções que possibilitem a redução do sofrimento psíquico e adoecimento mental, são medidas fundamentais para saúde mental desses profissionais. Nesse sentido, o psicólogo deve trabalhar com ações que promovam mudanças no meio laboral, tornando o ambiente menos estressante e mais harmônico, sempre buscando a valorização e a potencialização do sujeito permitindo assim, que estes se sintam reconhecidos valorizados pelo seu trabalho (FERREIRA; MACIEL, 2015).

Ao detectar as dificuldades existentes, o psicólogo pode criar um espaço de acolhimento e escuta das demandas dos profissionais de saúde, pois possibilita a reflexão e elaboração sobre seus sentimentos e comportamentos. Dessa forma, o psicólogo tem a possibilidade de conhecer melhor a realidade do meio de

trabalho desses profissionais e de saber a relação entre satisfação e sofrimento no trabalho, que são fatores que interferem na saúde física e mental dos mesmos. Trabalhar de forma preventiva, com ênfase na promoção da qualidade de vida e bem-estar no trabalhador pode reduzir os impactos dos agentes estressores e possibilitar um ambiente de trabalho mais harmônico e saudável (SANGY, 2017).

Porém, com o número elevado de adoecimento no trabalho deve ser repensado em nível de estratégias até mesmo durante a graduação dos profissionais de saúde. Pois, se o profissional não está capacitado e preparado para lidar questões que causam estresse, como as escalas com altas cargas horárias e trabalhar com a doença e a morte, adoecerão frequentemente. Assim, investir em capacitações e em cursos sobre o tema, contribui para melhorar a saúde mental desses profissionais. Em hospitais escolas, por exemplo, as capacitações podem ocorrer também para estudantes de diferentes formações em estágios da graduação e/ou durante as residências, possibilitando a reflexão sobre esse assunto desde antes da vida profissional. A implantação de programas centrados em estratégias de solução de problemas pode auxiliar na constituição de redes sociais e desenvolver espaços de discussão nos quais profissionais da área e estudantes poderão refletir sobre estas questões de maneira saudável, acolhedora e integrada (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Faz-se necessário integrar a formação em saúde nessa discussão, pois através dela são direcionadas as formas de pensar e agir dos estudantes e, conseqüentemente, futuros profissionais. Se a humanização no seu sentido maior não entra em pauta no dia-a-dia de trabalho, talvez isso seja reflexo de um processo deficiente dentro do pouco valor que os meios educativos proporcionam a essa temática nos seus espaços de aprendizagem (TRAJANO; CUNHA, 2011). O que se percebeu durante a pesquisa é que muito dos comportamentos dos residentes são espelhados em seu preceptor. Logo, um preceptor que não refletiu sobre estes conceitos e dificuldades estará replicando o mesmo comportamento em seus alunos, que o observam como exemplo a ser seguido. Isso fica explícito na seguinte fala:

Ninguém te ensina, ninguém te fala como que tem que abordar esses assuntos né, e a gente não sabe qual que é a melhor maneira de falar, se fala ou não fala, se dá uma ideia, se fala toda a verdade, é difícil. Eu acho que já tentei absorver algumas experiências que eu já vi né, tipo já vi tanto. A maioria dos hospitais não tem nada específico em relação a isso né, eu gostaria que a gente tivesse mais, que a gente pudesse abordar mais a terminalidade, principalmente quando é cuidado paliativo né, eu acho que o final da vida tem que ser digno né, eu vejo assim. (M3; CM).

Replicar comportamentos observados pode ser uma ótima estratégia; porém é preciso antes ter seus próprios conceitos e percepções sobre esse tema que ainda é um tabu. Além disso, estar em coerência com os próprios sentimentos e valores é essencial para que o trabalhador se perceba dentro de um trabalho humanizado a ele próprio. Para que isso aconteça, exalta-se a percepção da importância de um diálogo efetivo sobre o assunto, possibilitando um melhor enfrentamento frente às situações vivenciadas. A partir de um olhar singular para as diferentes significações atribuídas pelos profissionais sobre a doença e a ameaça iminente de morte nas diferentes fases da vida e tratamento da doença (MOURA; COSTA JUNIOR;

SILVA; REICHERT; COLLET, 2016). Ademais, o olhar ao individual e o trabalho com o coletivo poderá modificar comportamentos restritos enraizados socialmente, descortinando os sofrimentos dos profissionais e proporcionando melhor qualidade no trabalho.

## Considerações Finais

Os profissionais da saúde são treinados em sua formação quanto às questões técnicas do cuidado ao paciente. A ênfase está nos procedimentos a serem realizados e nos materiais necessários para este fim. Porém, os cuidados consigo próprios são totalmente negligenciados. O ambiente hospitalar apresenta aos profissionais situações difíceis, doença e morte de pessoas. Alta demanda, falta de materiais, sobrecarga de trabalho, hierarquia, ambiente frio e asséptico desta instituição são condições que deixam o trabalho precarizado e podem influenciar negativamente na saúde mental dos profissionais.

Em relação ao pronto socorro, o termo *humanização* não pode ser aplicado nem aos pacientes, nem aos profissionais. Esta é uma unidade que apresenta sérias deficiências tanto na questão de organização de trabalho quanto em espaço físico e quantidade de pessoal. Compreende-se que mudanças maciças nesse setor dificilmente acontecerão e que os profissionais que ali trabalham ficarão cada vez mais doentes mentalmente.

Através do que foi apresentado destaca-se a importância de um olhar individual e coletivo às necessidades dos profissionais da saúde, oportunizando espaços adequados para a expressão do sofrimento; bem como modificações, mesmo que inicialmente superficiais, como no caso do pronto socorro, na estrutura hospitalar e organização do trabalho. Ações em prol da saúde mental dos profissionais, condizentes à Política Nacional de Humanização, possibilitam uma assistência individual e coletiva mais adequada, um cuidado otimizado aos cuidadores e, conseqüentemente, maior satisfação e qualidade no trabalho que é realizado. Aproximar o trabalho prescrito do real, em um ambiente mais acolhedor às necessidades de seus trabalhadores e que permita o compartilhamento do sofrimento traz resultados benéficos à instituição hospitalar, aos trabalhadores e aos usuários. Além disso, o cuidado ao cuidador planejado em conjunto com os próprios profissionais possibilita o manejo mais adequado das necessidades, trazendo melhores resultados. O fato de falar e ser ouvido com respeito também se apresenta como facilitador de transformação.

A pesquisa aqui descrita é apenas um passo dentre outros que precisam ser dados para que mudanças substanciais sejam realizadas em prol de todos os usuários e profissionais hospitalares. Em uma instituição que prima pelo cuidado ao outro não se pode prescindir o cuidado aos seus próprios trabalhadores. Assim, acentua-se a importância de que estudos futuros sejam realizados considerando-se à saúde mental dos profissionais da saúde e meios práticos de cuidados; antepondo-se como desafio mudanças na instituição hospitalar.

## Referências

- BAGGIO, M. A. ERDMANN, A. L. Processando o cuidado “do nós” nas relações / interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n.3, p. 573-580, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41177>. Acesso em: 19 set. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, N. M. G. C. HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **REGE: Revista de Gestão**, v.22, n.1, p. 21-39, 2015. Acesso em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1809227616300911?token=0C4346C6098020079679ADC7CFC28A41E24ADB0226B12F92F8BDBFB66F0F4B6EBC15462BE899E1882F2B09D9B54C4808&originRegion=us-east-1&originCreation=20210502110931>. Acesso em: 15 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): **Princípios e conquistas**. Brasília, 2020. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 23 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf). Acesso em: 14 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2a ed. Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 20 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf). Acesso em: 26 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf). Acesso em: 19 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2020.
- DEJOURS, C. Trabalho e saúde mental: Da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELLI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 45-65.
- DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRLAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v.33, n.3, p. 98-104, 1993. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>. Acesso em: 15 set. 2020.

DUTRA, H. S. A divisão social do trabalho e enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v.10, n.11, p. 1-3, 2016. Disponível em: [10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201643](https://doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201643)>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

FACHINI, J. S ; SCRIGNI, A. V ; LIMA, R. C. G. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica. **Revista Bioética**. V. 25, n.1, p. 111-122, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251172>. Acesso em: 16 ago. 2020.

FERREIRA, M. A; MACIEL, R. H. M. Psicologia e promoção da saúde do trabalhador: Estudo sobre as práticas de psicólogos no Ceará. **Psicologia Argumento**, v.33, n.81, p. 266-281, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.081.AO04>. Acesso em: 19 ago.2020.

FEIXO, M. J. V. **Teorias e modelos de comunicação**. Lisboa: Instituto Piaget, 2006.

FURTOS, J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. **Mental Idées**, v.11, p. 24-33, 2017. Disponível em : [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles\\_RECHERCHE\\_Orspere-Samdarra/Les\\_effets\\_cliniques\\_de\\_la\\_souffrance\\_psychique\\_d\\_origine\\_sociale-J\\_Furtos\\_Sept.2007.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/Les_effets_cliniques_de_la_souffrance_psychique_d_origine_sociale-J_Furtos_Sept.2007.pdf). Acesso em: 10 ago.2020.

MOURA, F. M.; COSTA JUNIOR, A. L.; SILVA, M. E. A.; REICHERT, A. P. S.; COLLER, N. Hospitalized child and teenager with chronic diseases: Feelings about death. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 565-572, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a21>. Acesso em: 05 set. 2020.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.40, n. 132, p. 156-169, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000092614>. Acesso em: 02 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). **Saúde do trabalhador**. Brasília, 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=378:saude-do-trabalhador&Itemid=595](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:saude-do-trabalhador&Itemid=595). Acesso em 21 set. 2020.

PEREZ, K. V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: Uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 287-298, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0287.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: Causas e consequências. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 285-289, 2016. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827300/rbmt-v14n3\\_285-289.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827300/rbmt-v14n3_285-289.pdf). Acesso em: 08 set. 2020.

SANGY, M. Saúde no trabalho: Intervenção psicossocial com trabalhadores de um hospital público. In: 2º Congresso Interdisciplinar de Pesquisa, Iniciação Científica e Extensão, abril de 2017. **Anais...** Belo Horizonte: Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, 2017, p. 1060-1076. Disponível em: <http://izabelahendrix.edu.br/pesquisa/anais/arquivo-2017/saude-no-trabalho-intervencao-psicossocial-com-trabalhadores-de-um-hospital-publico.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: Revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>. Acesso em: 18 set. 2020.

SANTOS, R. A.; MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: O profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4869-4878, 2014. Disponível em: 10.1590/1413-812320141912.18862013. Acesso em: 21 ago. 2020.

SILVA, D. P.; SILVA, M. N. R. M. O. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 201-214, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00032>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SILVA, K. M.; MONTEIRO, N. F.; PINTO, J. H. P. Humanização em saúde: Relação entre os profissionais de saúde. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n.2, p. 1-15, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i2.487>. Acesso em: 20 ago.2020.

TRAJANO, A. R. C; CUNHA, D. M. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 9, p. 113-136, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400006>. Acesso em: 16 set. 2020.

---

#### **Contribuições das autoras:**

**Daniela Trevisan Monteiro:** Delimitação do tema, elaboração da pesquisa, elaboração conjunta do texto e avaliação final do artigo.

**Jussara Maria Rosa Mendes:** Orientação, elaboração conjunta do texto e avaliação final do artigo.

**Carmem Lúcia Colomé Beck:** Coorientação, elaboração conjunta do texto e avaliação final do artigo.

**Danusa Scremin Rolim:** Elaboração da pesquisa, elaboração conjunta do texto e avaliação final do artigo.

---