



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

A VIVÊNCIA DO AMBIENTE HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

JÚLIA MARIA MEDEIROS

Goiânia – Goiás

Agosto de 2011



**PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

A VIVÊNCIA DO AMBIENTE HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

JÚLIA MARIA MEDEIROS

Orientador: Prof. Dr. LUC VANDENBERGHE

Dissertação apresentada a Pontifical universidade Católica de Goiás para o Programa de Pós-Graduação Mestrado de ciências ambientais e da saúde, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia - Goiás

Agosto de 2011

M488v Medeiros, Júlia Maria.
A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de
enfermagem / Júlia Maria Medeiros. – 2011.
85 f. : il. (colors)


Bibliografia: p. 77-81
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, 2011.
“Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe”.

1. Enfermagem – profissional – hospital – ambiente de
trabalho. 2. Saúde ocupacional. 3. Hospital – assistência –
humanização. 4. Saúde – assistência humanizada. I.
Vandenberghe, Luc. II. Título.

CDU: 616-083-057:615.478(043.3)
613.6



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 22 DE JUNHO DE 2011 E CONSIDERADA
Aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 
Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / PUC Goiás (Presidente/Orientador)

2) 
Dr. Sibelius Lellis Vieira / PUC Goiás (Membro)

3) 
Dr. Erico Naves Rosa / UFG (Membro Externo)

4) _____
Dra. Eline Jonas / PUC Goiás (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por me dar a oportunidade de estudar, por me dar a disponibilidade, coragem e disposição para ir buscar meus objetivos.

A minha família por sempre acreditar nos meus sonhos e estar sempre me apoiando e auxiliando em todas as minhas conquistas.

Meus mestres de graduação que me fizeram notar a importância de estudar constantemente e buscar sempre mais por conhecimento.

Agradeço aos meus colegas por me ajudarem e junto comigo caminhar nesta fase de melhora e crescimento.

Ao Luc Vandenberghe por me incentivar, ensinar e acolher como orientanda, por sua disponibilidade e clareza em suas orientações. Ao professor Erico e Vanessa pelo incentivo e orientação para melhora da pesquisa e melhora como pesquisadora.

Dedico este estudo a toda equipe de enfermagem que me auxiliou e me ofereceu subsídios para comprovações e descobertas. Ao meu mestre Luc Vandenberghe, a minha família, aos meus colegas que partilham deste desafio e dedico a cada leitor que utilizar do meu trabalho para melhorar as condições de vida e de trabalho dos profissionais de Enfermagem.

RESUMO

O ambiente hospitalar é composto por várias equipes de trabalho, incluindo a de enfermagem que se apresenta, na maioria das vezes, como o de maior contato entre o paciente e a instituição. Isso implica dizer que a equipe passa um longo período dentro deste ambiente de trabalho. Conhecer a equipe, e o que a mesma necessita é de suma importância, pois é ela quem presta cuidados diretamente ao paciente e necessita estar bem tanto fisicamente quanto psicologicamente. É necessário, portanto, um maior cuidado com esta classe trabalhadora, pois dentro do seu âmbito de atuação as influências da estrutura, as relações e o ambiente de trabalho podem interferir na sua produção profissional. Esta dissertação objetiva mostrar a vivência do profissional de enfermagem em um hospital de pequeno porte no interior de Goiás. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pautada nos princípios da teoria fundamentada nos dados. Foi realizada uma observação de campo, seguida de entrevistas com 17 profissionais. Como pontos negativos os trabalhadores percebem o espaço edificado como deficiente no que diz respeito à ergonomia, ao dimensionamento do espaço, ao conforto visual e à circulação do ar. A ausência de contato com a natureza também é vista como deficiência. O conforto visual poderia ser melhorado pela natureza no ambiente, com a criação de um jardim. É ainda fundamental a adequação das cores e da iluminação. As relações interpessoais com o usuário e os colegas são percebidas como boas. Podem ocorrer conflitos dentro da equipe que interferem na assistência prestada, mas são problemas devidos à organização do hospital, que são percebidos como causa de mal-estar dos usuários. Como pontos positivos revelados os participantes demonstram amor pela profissão e têm consciência da importância do bom relacionamento da equipe e da contribuição de cada um para melhor desempenho das funções. Sentem, porém, falta de participação nas decisões da organização. O trabalho desvela uma dimensão político-gerencial na maneira como os participantes vivenciam seu ambiente de trabalho. Muitos têm compreensão das falhas no nível do gerenciamento, por isso têm também anseios, críticas e sugestões para oferecer ao gestor da organização. Sentem-se afastados do núcleo de decisões, mas percebem várias maneiras que poderiam amenizar problemas práticos e manejar dificuldades criadas pelas deficiências da estrutura e da administração.

Palavras-chave: ambiente de trabalho, equipe de enfermagem, humanização da assistência.

ABSTRACT

Among the typical professional groups in the hospital, the nursing team generally is the one which has the most intense contact with the patient and the institution, because nurses remain for long periods in their work environment and provide continuous direct care to the patient. This entails the physical and psychological wellbeing of this team is important for the quality of the services provided by the hospital. Therefore, a better understanding of the team and its needs is warranted. As the nursing professional is most intensely exposed to the structure of the institution, the relationships and the work environment, all of these may interfere in important ways in the services provided. The present study intends to explore how the nursing team in a small hospital in the state of Goias, in the Brazilian heartland, experiences its work environment. The study proposes a Grounded Theory analysis based on field observation and interviews with 17 nursing professionals. The results suggest that the team views the architecture of the hospital as inadequate in what concerns the special proportions, visual comfort and air circulation. They also feel a lack of contact with nature. Visual comfort can be improved by the integration of nature in the spaces, the creation of a garden, improvement of colors and illumination. Interpersonal relations with patients and colleagues are experienced as positive. Conflicts can occur in the team and interfere with patient care. But patient discomfort is attributed to institutional problems. The participants claim they love their profession and are aware of the importance of both teamwork and individual involvement. They feel they should be allowed more participation in decisions. The study shows that participants' experience of their work environment includes a political-organizational dimension. Many participants express understanding for the problems on the management level, but they also have demands, criticisms and suggestions to offer to organizational leadership. While feeling too distant from the centers of power, they also identify various ways in which they can manage practical problems and cope with difficulties that are due to structural deficits.

Key Words: work environment, nursing staff, humanization of assistance.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INDICE DE FIGURAS	ix
INDICE DE TABELAS	x
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo geral	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. REFERENCIAL TEÓRICO	4
3.1. O profissional de enfermagem	4
3.2. Ambiente hospitalar	7
3.3. Humanização dos serviços de saúde	10
3.4. Humanização para o trabalhador de saúde	12
3.5. Humanização para relações interpessoais nos serviços de saúde	13
3.6. Humanização e Ergonomia do ambiente	16
3.7. Humanização e Estrutura física hospitalar	17
4. MÉTODO	24
4.1. Ambiente de pesquisa	24
4.2. Planejamento para coleta de dados	25
4.3. Participantes	25
4.4. Execução da pesquisa	27
5. RESULTADOS	32
5.1. Estrutura física	32
5.1.1. Aspectos positivos	32
5.1.2. Aspectos negativos	34
5.1.3. Contribuições dos trabalhadores	39
5.2. Relacionamentos humanos	44
5.2.1. Aspectos positivos	44
5.2.2. Aspectos negativos	50
5.2.3. Contribuição dos trabalhadores	52
5.3. Contexto político-gerencial	55
5.3.1. Funcionalidade e dimensionamento	56
5.3.2. Relacionamento entre profissional e instituição	61
5.3.3. Anseios a serem considerados	64
6. DISCUSSÃO	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
8. REFERÊNCIAS	77
ANEXO	83
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Conforto no ambiente de descanso dos profissionais.....	33
Figura 2 - Dimensionamento insuficiente: sala de preparo de medicamentos	35
Figura 3 - Dimensionamento insuficiente: banheiro dos pacientes	35
Figura 4 - Dimensionamento insuficiente: sala de atendimento de emergencia...	35
Figura 5 - Contato com a natureza presente: pátio	38
Figura 6 - Iniciativa para melhora da estética: sala de atendimento da pediatria .	40
Figura 7 - Improviso de contato com a natureza: computador da sala de triagem	41
Figura 8 - Sugestão para melhoria do espaço útil: pátio	42
Figura 9 - Falta de manutenção: pátio.....	57
Figura 10 - Falta de manutenção: corredor	58
Figura 11 - Descaso com o meio ambiente	61

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Número de funcionários da escala diurna	26
Tabela 2 – Relação participantes, área, profissão e tempo de trabalho na instituição, 2010.	26
Tabela 3 - Relação das categorias e códigos da estrutura física.....	29
Tabela 4 - Relação das categorias e códigos dos relacionamentos humanos	30
Tabela 5 - Relação das categorias e códigos do contexto gerencial-político..	31

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que tem o maior contato com o paciente, lidando sempre com a vida, doença e morte. A equipe de enfermagem possui um alto grau de envolvimento com o paciente, desencadeando estados de ansiedade, tensão física e mental. Estes estados, adicionados às más condições de trabalho, podem refletir negativamente nas ações prestadas pela equipe ao paciente (Campos & Gutierrez, 2005).

O Ministério da Saúde propõe uma política de humanização da assistência hospitalar que visa atender as necessidades bio-psico-sociais dos trabalhadores que atuam nesse meio e também as necessidades dos usuários dos serviços hospitalares. O Ministério da Saúde acredita que a humanização do ambiente de trabalho possa refletir uma melhora do atendimento da equipe aos usuários (Brasil, 2001a).

É importante cuidar dos trabalhadores de enfermagem, pois estes se encontram na base da assistência prestada ao paciente. As estatísticas revelam o aparecimento de doenças ocupacionais em nível físico e emocional nos trabalhadores de enfermagem e a maioria dos problemas de saúde que estes apresentam estão relacionados ao ambiente e às relações ali estabelecidas (Veiga, 2007).

O interesse pelo tema em discussão ocorreu a partir de observações durante o estágio realizado pela autora durante sua graduação, quando puderam-se observar a rigidez e o comportamento da equipe de enfermagem. Os trabalhadores de enfermagem se encontram, em âmbito hospitalar, dentro de um ambiente de trabalho, de relações entre pessoas e ainda são submetidos a aspectos gerenciais e políticos da instituição. Nota-se que há uma correlação

entre estes aspectos, influenciando o modo que esta equipe promove o seu cuidado com o paciente. É importante entender a situação destes profissionais, pois o seu trabalho reflete diretamente na saúde da comunidade e deles próprios. A equipe de enfermagem necessita de uma atenção enfocada na sua saúde, pois para realizar, com presteza, o seu trabalho, o profissional de saúde deve ter saúde, ser motivado, ser reconhecido, ser bem remunerado e possuir, no local de trabalho, condições ambientais e funcionais para produção de um processo eficiente e que proporcione qualidade ao seu trabalho.

Em função de questionamentos sobre o tema surgiram as dúvidas. Elas ajudaram a nortear o trabalho na forma de questões de pesquisa. Pretende-se saber de que forma o ambiente influencia a forma como a equipe de enfermagem trata o paciente? O ambiente hospitalar interfere no comportamento da equipe de enfermagem? As relações interpessoais podem gerar dificuldades na produção do cuidado?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever a vivência que os trabalhadores de enfermagem têm do seu ambiente de produção do cuidado em um hospital de pequeno porte no interior de Goiás.

2.2. Objetivos específicos

Conhecer a percepção do ambiente de trabalho desses profissionais.

Identificar quais os principais problemas que eles enfrentam e como lidam com estes problemas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O profissional de enfermagem

No ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro, técnico em enfermagem e o auxiliar de enfermagem. A maioria dos membros destas equipes são mulheres. Muitas delas se submetem a exigências da atividade, lidam com demandas pesadas fora do trabalho, tendo cargos de responsabilidade importantes com filhos e família, privando-se de atividades culturais e sociais de suas famílias (Paschoa, Zanei & Whitaker, 2007). No ambiente hospitalar, o trabalhador se depara com excessiva carga de trabalho, contato com o limite, a tensão, os riscos, os plantões e as longas jornadas de atividade. Esses fatores comprometem a integridade física e mental das trabalhadoras e dos trabalhadores de enfermagem (Elias & Navarro, 2006).

Alguns autores descrevem a atual situação do profissional de enfermagem como um trabalho com penosidades, com rodízios de escalas de turnos noturnos e diurnos, duplas ou triplas jornadas de trabalho, em função da baixa remuneração, envolvimento com os limites humanos, dor, doença e morte. Ainda convivem com a desvalorização de seu trabalho, condições insalubres no ambiente laboral, geralmente perigoso, exposição à violência por parte dos funcionários, chefes e clientes. Além desses fatores, há pouco tempo para refeições e descanso, com sobrecarga de atividades, provocando estresse que pode aumentar transtornos ocupacionais e riscos de acidentes de trabalho. As instituições não proporcionam um ambiente adequado, recursos humanos e materiais suficientes, motivação para o trabalho, oportunidade de aperfeiçoamento nem oportunidade de contribuir para a evolução do serviço (Moreno & Moreno, 2004; Amestoy; Campos & Gutierrez, 2005; Casate & Correa,

2005; Amestoy, Schwartz & Thofehrn, 2006; Elias & Navarro, 2006; Neumann, 2007; Paschoa; Zanei & Whitaker, 2007; Santos Filho; Barros & Gomes, 2009). Nota-se então que o trabalhador de enfermagem está exposto a uma série de fatores que podem interferir no seu trabalho e em sua saúde física e mental.

Os trabalhadores expostos a todos esses fatores estão suscetíveis ao desenvolvimento de doenças profissionais. A doença profissional é produzida ou desencadeada pelo exercício laboral peculiar à determinada atividade, decorrente do desenvolvimento normal desta atividade (Campos & Gutierrez, 2005).

Em estudo realizado por Paschoa, Zanei e Wihitaker (2007) sobre a qualidade de vida de profissionais da unidade de terapia intensiva, foi diagnosticada uma baixa qualidade de vida, principalmente no que se refere aos domínios físicos e meio ambiente. Reflete ainda sobre a influência da qualidade de vida do trabalhador de enfermagem na sua produtividade e qualidade da assistência prestada ao paciente. A qualidade de vida definida pela Organização Mundial de Saúde é entendida como uma percepção do indivíduo referente à sua colocação na vida, cultura e valores que o cercam em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações (Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares & Santos, 2010).

Muitos profissionais de enfermagem estão adoecendo no exercício de suas funções de trabalho, na maioria das vezes por fatores orgânicos ou psicológicos (Campos & Gutierrez, 2005). Enfrentam fatores que afetam sua integridade física, psíquica e emocional. Alguns fatores como poluições sonoras, visuais, ambientais, falta de lazer, espaço inadequado e instabilidades no emprego também podem ocasionar síndromes de estresse (Oliniski & Lacerda, 2006) e síndrome de *Burnout* (Jodas & Haddad, 2009).

A síndrome de *Burnout* é um processo de desgaste de humor e motivação que resulta em sintomas físicos e psíquicos. É caracterizada por exaustão emocional (esgotamento emocional ou físico), despersonalização (insensibilidade ou endurecimento afetivo) e falta de envolvimento no trabalho. O reconhecimento da síndrome nos trabalhadores é realizado de acordo com os achados que o trabalhador demonstra ou se referem à fadiga, distúrbios de sono, falta de apetite, dores musculares, falta de atenção, perda de memória, ansiedade, frustração, negligência no trabalho, dificuldade de concentração, dificuldade de relacionamento, isolamento, diminuição da qualidade de trabalho e atitude clínica (Jodas & Haddad, 2009). Os autores também citam, em seu estudo, dados do Ministério da Previdência Social mostrando que 3.852 pessoas foram afastadas de suas funções com diagnóstico de Síndrome de *Burnout* em 2007. É uma doença que afeta a produtividade e qualidade de vida do indivíduo.

O estresse e o *Burnout* são confundidos ou comparados, porém ambos apresentam diferenças e podem causar outras doenças e também uma diminuição da produtividade e da qualidade de vida do trabalhador (Jodas & Haddad, 2009).

O estresse ocupacional define alguns estressores como aspectos do ambiente físico, demandas de trabalho, sobrecarga de trabalho, responsabilidade excessiva, falta de controle, conflito de funções e a qualidade das relações interpessoais. Estes estressores, por sua vez, interferem na saúde física e mental, provocando, muitas vezes, problemas psicológicos e ergonômicos, transtorno físico, insatisfação, tensão, úlceras gástricas, imunossupressão, ansiedade, depressão, frustrações e moléstias somáticas (Lautert, Chaves & Moura, 1999).

A Classificação Internacional de Doenças não possui ainda um grupo de

distúrbios psíquicos relacionado ao trabalho, mas denomina estes tipos de agravos como distúrbios psiquiátricos menores, que se referem a quadros com sintomas de ansiedade, depressão, tristeza, fadiga, diminuição de concentração, preocupação, irritabilidade, insônia, que podem causar incapacidade funcional. No entanto, esses sintomas ainda não satisfazem o critério de doença mental, porém ganham enorme proporção entre os trabalhadores de enfermagem, caracterizando um problema de saúde pública (Kirchhof, Magnago, Camponogara, Griep, Tavares, Prestes & Paes, 2009).

Reconhecendo a dimensão do problema, o Ministério da Saúde lançou um Programa de Qualidade de Vida e Promoção à Saúde, em 2008, que visa a uma melhora da qualidade de vida dentro do ambiente de trabalho por meio de atividades que desenvolvam, nos trabalhadores, engajamento, atividade em equipe e disposição para o trabalho (Brasil, 2008 b). Esse tipo de programa pode auxiliar na produção de cuidados do trabalhador com sua saúde, resultando em um trabalho mais sadio, feliz e satisfatório, influenciando diretamente na qualidade do cuidado prestado.

3.2. Ambiente hospitalar

O ser humano, em seu espaço, desenvolve suas ações da mesma forma quando está em ambiente de trabalho ou lazer. O ambiente abriga as necessidades, expectativas e desejos, onde recebe estímulos e reage a eles, ocorrendo uma apropriação e ambientalização do espaço em que o usuário o modifica e humaniza-o. Humanizar estes espaços significa adequá-los aos que se utilizam dele (Vasconcelos, 2004).

O ambiente para o trabalhador de enfermagem é conceituado como

espaço de relações humanas onde as condições e estilos de vida aparecem tanto na abrangência familiar, de trabalho quanto na comunidade em geral, podendo também produzir situações favoráveis e saudáveis para o sujeito do trabalho. É um espaço social em que se estabelecem estruturas de relações entre os seres e o ambiente físico-social com características humanas e do próprio espaço de trabalho. Este pode resultar em efeitos saudáveis ou insalubres, dependendo dos indivíduos e do próprio posicionamento do ambiente físico (Cezar-Vaz, Muccillo-Baisch, Soares, Weis, Costa & Soares, 2007).

O ambiente hospitalar influencia a saúde do paciente e também a saúde e o trabalho do profissional de enfermagem, pois o profissional enxerga o hospital, na maioria das vezes, como um ambiente duro e estressante. O edifício hospitalar é um ambiente frio, sem vida, com cheiro de éter, aparelhos barulhentos, macas circulando, pessoas conversando e, na maioria das vezes, é mal iluminado, com colorações que não proporcionam bem-estar, causam irritação, frustração e mau humor. Há também a presença de cheiros desagradáveis como dos produtos utilizados na limpeza ou desinfecção de materiais. As formas, as texturas são geralmente, de uma maneira monótona e distante (Vasconcelos, 2004).

Este ambiente pode proporcionar estresse e agravos psíquicos, pois é neste local que se formam relações de trabalho, as demandas e as capacidades de enfrentamento frente às atividades que o indivíduo exerce. Esses aspectos de enfrentamento das dificuldades, controle das situações no ambiente de trabalho podem desencadear estresse, insatisfação e tensão (Lautert; Chaves & Moura, 1999; Amestoy, Schwartz & Thofehn, 2006; Kirchhof *et al.*, 2009)

Quando se fala em ambientes insalubres se aborda insalubridade física e mental (Elias & Navarro, 2006; Neumann, 2007). O relacionamento de equipe, por

exemplo, influi muito nos comportamentos dos trabalhadores de enfermagem, pois estes sempre estarão trabalhando em equipe. Em relação às condições de trabalho material, pode apresentar-se desgastante, com disputas internas. A quantidade de pacientes, a pouca disponibilidade de leitos e as relações de companheirismo, auxílio, muitas vezes levam a rivalidades ou a diferenças de tratamento (Elias & Navarro, 2006). Os profissionais atuam de forma complementar, porém nem sempre o trabalho se desenvolve de forma harmoniosa (Neumann, 2007). As relações de trabalho neste ambiente podem influir diretamente no surgimento de doenças, pois quando o trabalhador não está satisfeito com a equipe, com as inter-relações que a mesma tem no seu ambiente de trabalho, há o surgimento de insatisfação, desânimo, medo, desolamento e estresse (Neumann, 2007; Kirchhof *et al.*, 2009; Oliveira, 2009).

Quando o ambiente não satisfaz as necessidades de quem o utiliza, acontece uma desestruturação nas relações familiares e de trabalho, o que não sustenta o comportamento humano, causando degradação e perda de identidade, dificultando ainda mais as relações desenvolvidas neste ambiente (Oliveira, 2009).

A estrutura atual dos ambientes hospitalares, muitas vezes, não favorece o cuidado aos trabalhadores de enfermagem, tornando-se um local de emoções negativas, sentimentos depressivos e estresse (Oliniski & Lacerda, 2006). O hospital favorece o adoecimento dos que trabalham nele, pois dá-se importância maior para cura do paciente com medicamentos e assistência especializada, mas se esquece que a equipe de enfermagem também necessita de atenção para o cuidado com sua saúde (Neumann, 2007).

3.3. Humanização dos serviços de saúde

Com o passar dos anos, a especialização e tecnificações das ações dentro do ambiente hospitalar fez com que as relações diminuíssem os seus vínculos. Houve um afastamento, uma despersonalização de relações entre os profissionais e entre eles e os usuários (Fortes, 2004).

Surge, então, o conceito de humanização nos serviços hospitalares como forma de reação ao número significativo de usuários dos serviços que apresentava queixas referentes aos maus tratos nos hospitais, falta de atendimento, desorganização, longas filas de espera, demora no atendimento além de violência institucional por parte dos trabalhadores (Brasil, 2001 a), citado também por Deslandes (2004).

Diante desse quadro, em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe uma mudança do padrão de atendimento e dos serviços prestados. Enfoca uma mudança cultural no atendimento ao usuário, um atendimento humanizado no serviço hospitalar público, respeitando o usuário e o profissional em suas singularidades e necessidades. Nesse aspecto, o trabalhador deveria ser valorizado e capacitado, criando condições de promoção de cuidado, para que as ações desenvolvidas possuíssem mais qualidade e eficácia, objetivando que este funcionário atendesse o usuário de forma humana e digna (Brasil, 2001 a; Fortes, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (HumanizaSUS), a qual abrange, como um todo, a saúde e as instituições que estão envolvidas com a saúde

pública do país (Brasil, 2004). A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS busca produzir novas composições, novos desvios, novas possibilidades de ser e trabalhar, propõe uma mudança no modelo biomédico que fragmenta, hierarquiza e se concentra na doença e não no paciente; institui formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento já instituídos, com espaço coletivo de produção de saberes, negociações e gestão (Santos Filho, Barros & Gomes, 2009). Envolve o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, produção de redes, valorização do trabalho e trabalhador de saúde (Brasil, 2009).

Na política de humanização, além de incorporar o usuário e seus direitos, incorpora, de uma forma mais intensa, o cuidar do trabalhador dos serviços de saúde, uma melhora organizacional das instituições, propondo resgatar os princípios do SUS como integralidade, universalidade, hierarquização e regionalização dos serviços (Fortes, 2004; Brasil, 2010).

Há uma transversalização da gestão dos serviços que atuam em diversas ações com o propósito de humanização. Deve haver uma valorização dos sujeitos, sejam usuários, trabalhadores ou gestores, implementando a co-responsabilidade na produção de saúde, participação coletiva na gestão, atendimento igualitário à população, valorização das relações de trabalho, acolhimento, agilidade e ambiência, na melhora do atendimento e condições de trabalho. Ainda se utiliza de algumas colocações do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando incentivar a jornada integral do SUS, educação permanente, promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho (Brasil, 2008; Brasil, 2010).

3.4. Humanização para o trabalhador de saúde

“A humanização implica também em investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado” (Casate & Correa, 2005). A política de humanização acredita que a capacitação dos trabalhadores, o trabalho em equipe, o cuidar do cuidador são estratégias para os mesmos lidarem com seu trabalho e com os usuários de forma mais eficaz no intuito de humanizar este ambiente (Fortes, 2004). A humanização do trabalho de enfermagem significa estreitar as relações interprofissionais, possibilitando o reconhecimento de interdependência e complementaridade de suas ações, promovendo um trabalho em equipe e uma melhora do serviço. É necessária para que o trabalhador exerça seu trabalho, de forma digna, com recursos para a produção de suas ações como condições básicas humanas e materiais (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006).

A PNH (Política Nacional de Humanização) expõe que, raras vezes, o trabalhador de enfermagem é incluído no cuidado, nas decisões e até mesmo na participação das reuniões quando estas acontecem. A política visa trabalhar com profissionais, usuários, unidades, serviços de saúde e instâncias que constituem o SUS (Sistema Único de Saúde), tornando-os co-responsáveis pela prática desta política de ação. Ressalta-se o trabalho em equipe entre os trabalhadores, o diálogo, as construções coletivas, a estima, a transdisciplinaridade, a grupalidade, a garantia de gestão participativa dos trabalhadores e usuários e a implantação de Grupos de Trabalho de Humanização. Propõe também promover incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente (Brasil, 2004). Ou seja, é indispensável à valorização dos profissionais e à melhora das condições e do ambiente de trabalho. A política proposta viabiliza o verdadeiro reconhecimento dos atores do

processo de saúde.

O trabalhador de enfermagem assim como o paciente, que se utilizam do serviço hospitalar, devem ser vistos como seres humanos completos no seu aspecto físico, mental e social (Neumann, 2007). O ser humano possui necessidades básicas que englobam ações e situações que motivam seus comportamentos como necessidades fisiológicas (alimentos, água, saneamento), segurança (saúde, trabalho, previdência), social (amizade, convívio, lazer), ego (autosatisfação, dignidade, reconhecimento), auto-realização (realização integral). A visão da subjetividade do trabalhador o faz um trabalhador saudável e feliz, diminuindo riscos de adoecimento, síndromes, melhorando a qualidade de trabalho (Campos & Gutierrez, 2005; Paschoa, Zanei & Whitaker, 2007; Neumann, 2007).

Visto como um trabalhador, o profissional de enfermagem, como o de outras classes, também está exposto a riscos ocupacionais. O trabalhador tem direito à redução dos riscos (físicos, biológicos, químicos, psíquicos, fisiológicos e de acidentes) que possam afetar sua saúde no ambiente de trabalho (Veiga, 2007). O Ministério do Trabalho assegura as condições de trabalho através das Normas Regulamentadoras - NR, que estabelecem as normas de segurança e prevenção de doenças de acidentes de trabalho, oferecendo segurança e melhores condições de trabalho aos trabalhadores (Brasil, 2001 b).

3.5. Humanização para relações interpessoais nos serviços de saúde

As relações devem acontecer de forma horizontal, de pessoa a pessoa, reconhecendo e valorizando cada um em sua esfera de trabalho, estimulando o potencial de criatividade e liberdade para a construção e transformação da

realidade do ambiente vivenciado. Para que esta transformação ocorra, torna-se necessário que haja reflexão, diálogo, escuta e auto-sensibilização em forma de ações democráticas e participativas, envolvendo toda a equipe (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006).

O trabalho em equipe é um instrumento básico na arte de cuidar, uma vez que não há como desenvolver uma assistência de enfermagem de qualidade se não houver um trabalho em equipe. Nesse trabalho, as relações devem aprimorar a confiança, o respeito, a compreensão, a cooperação, a comunicação, enfim, a integração dos indivíduos que formam o ambiente de trabalho (Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes, 2005).

As reuniões de equipe são utilizadas e validadas com vistas à proposta de crescimento profissional e melhora do desenvolvimento de eficácia no ambiente de trabalho. Elas proporcionam aos trabalhadores discussões, reflexões, troca de idéias e divulgação do conhecimento, ou seja, uma comunicação adequada que pode, além de tentar resolver problemas, transformar a realidade e diminuir conflitos mal-entendidos entre os trabalhadores (Abreu *et al.*, 2005).

A proposta de humanização do Ministério da Saúde implementa uma melhora nas relações tanto do profissional com o paciente quando do profissional com o profissional. Estas relações podem, da mesma forma, trazer sofrimento, prazer e benefício ao trabalhador. Para que ocorra uma melhora das relações, torna-se necessário o delineamento de filosofias de trabalho coletivo, mantendo um bom relacionamento com o paciente e com a família, como também com os colegas de trabalho estabelecendo interrelações saudáveis que melhorem o ambiente e a qualidade de vida dentro desse ambiente (Beck, Gonzales, Denardin, Trindade & Lautert, 2007).

A criação de espaços para compartilhar e reunir pode contribuir positivamente para a produção do cuidado de forma mais prazerosa, com eficácia e eficiência. As reuniões fazem com que o profissional de enfermagem participe da resolução dos problemas e auxilie na gestão da instituição. Esses espaços também devem ser destinados à capacitação dos indivíduos, podendo ainda promover recreação e distração para que os mesmos se sintam mais motivados e satisfeitos com o trabalho (Brasil, 2009).

As relações dentro do ambiente de trabalho também são influenciadas pelo cuidado que o trabalhador tem com sua saúde e com seu comportamento. O trabalhador de enfermagem necessita que o ambiente lhe proporcione um incentivo quanto ao cuidado de sua própria saúde, espaços onde estes exercitem o auto-cuidado físico e mental. Esta sensibilização da equipe faz com que a mesma promova o cuidado de si e do próximo sendo ele paciente ou colega de trabalho (Oliniski & Lacerda, 2006).

É necessário incorporar amor nas relações interpessoais, administrando os ressentimentos, devendo o profissional se colocar no lugar do outro. Esse aspecto ajuda a desenvolver um aumento de auto-estima, favorecendo o reconhecimento, prestígio e autonomia profissional, possibilitando-lhe o desenvolvimento de habilidades emocionais de enfrentamento e cria alternativas para superar frustrações presentes neste ambiente (Amestoy, Schwartz & Thofehrn, 2006).

O trabalhador valorizado articula e harmoniza seu ambiente de trabalho e consegue o máximo de rendimento com prazer e realização (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006). Colaborar para saúde e bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores e do espaço favorece uma melhora da produtividade e do serviço

prestado ao paciente (Cavalcanti, 2002). Humanizar é garantir a dignidade ética, reconhecer as necessidades, o sofrimento, a dor e o prazer do outro (Beck *et al.*, 2007).

3.6. Humanização e ergonomia do ambiente

O ambiente deve favorecer a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre os cuidadores. É necessário que o mesmo seja caloroso, afetuoso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, fazendo com que o cuidador experiencie o cuidado humano, não um ambiente que saliente o medo, desespero, desamparo e sofrimento no mundo do trabalho (Oliniski & Lacerda, 2006).

O hospital deve proporcionar ao trabalhador recursos físicos, tecnológicos e humanos para a promoção de um atendimento de qualidade. (Backes; Lunardi Filho & Lunardi, 2006; Beck *et al.*, 2007). O ambiente deve ser acolhedor, tornando as relações mais afetivas e humanas. É necessário que o ambiente proporcione qualidade nas condições de respeito, atendimento das necessidades básicas do ser humano, dê atenção às opiniões e mostre clareza na definição de papéis. Assim o profissional irá se sentir atendido e capacitado para tornar sua produção de trabalho viável e satisfatória (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006).

Quando se humaniza um ambiente, o usuário deve receber o conforto físico e psicológico necessário para realizar suas atividades e ter a sensação de bem-estar. É de conhecimento geral que o ambiente influencia diretamente no conforto dos usuários, que retribuem os estímulos sensoriais que lhe são apresentados (Vasconcelos, 2004).

O ambiente hospitalar influi na atuação do corpo médico e de enfermagem, pois este se constitui como um estímulo e deve favorecer o desenvolvimento de suas atividades, a melhoria da qualidade, pois o ambiente reflete diretamente na produtividade dos indivíduos que nele atuam (Cavalcanti, 2002).

Um ambiente humanizado deve proporcionar conforto visual, sonoro e térmico, promover a estimulação sensorial, promover a interação com a natureza e com meio externo da construção, incorporar elementos artísticos e decorativos no espaço para que o trabalhador possa se sentir em um espaço agradável e confortável (Cavalcanti, 2002).

A ergonomia no trabalho abrange o homem em seu ambiente, os instrumentos, os métodos de organização, suas habilidades, capacidades psicofisiológicas, antropométricas e biomecânicas, que interagem entre si. O homem nesse âmbito é influenciado pela tarefa, o instrumento e o local de trabalho, composto pelos aspetos físicos como iluminação, temperatura, ruídos e os aspectos administrativos legais (Alexandre, 1998).

3.7. Humanização e estrutura física hospitalar

A instituição é responsável por fornecer um suporte de recursos humanos que contemple a saúde do trabalhador em sua totalidade, enfatizando a qualidade de vida e o cuidado dos cuidadores, no contexto existencial e do trabalho que proporcione um ambiente onde os valores morais e éticos favoreçam a dignidade, respeito e solidariedade entre os profissionais (Oliniski & Lacerda, 2006).

A discussão sobre a estrutura hospitalar mostra, ao longo dos séculos, desde as concepções de Florence Nightingale, os aspectos de funcionalidade de

setores, banheiros, disposição de mobiliário, dimensionamento de ambientes, iluminação natural, ventilação, entre outros. Atualmente a idéia de ambiente terapêutico, estruturas mais ornamentadas e formuladas estão sendo discutidas a fim de tornar o hospital um ambiente que produza nos usuários uma sensação de bem-estar e conforto (Vianna, Bruzstyn & Santos, 2008).

Quando se fala de humanização dos espaços hospitalares trata-se também de design de interiores, pois a cor, revestimentos, texturas, objetos de decoração, iluminação, contato com o exterior, uso de vegetação, isto é, tudo o que pode influenciar diretamente nas reações dos pacientes e dos trabalhadores que se utilizam do hospital (Vasconcelos, 2004). Há também discussões sobre expansibilidade, flexibilidade, segurança eficiência e o conforto ambiental (Martins, 2004).

Para humanizar o ambiente, o Ministério da Saúde inclui a ambiência hospitalar, que abrange tanto o espaço físico como o social, profissional e de relações, que deve ser acolhedor, humano e resolutivo. O espaço deve oferecer ao sujeito produtor de saúde conforto e individualidade, envolvendo a cor, cheiro, som, iluminação e forma, abrangendo as necessidades do usuário, do trabalhador e da comunidade. Este deve facilitar a produção do cuidado e da recuperação de quem utiliza esse espaço (Brasil, 2004c).

No Brasil se depara com hospitais que dispõem de estrutura adequada e outros não. Infelizmente os hospitais públicos apresentam uma demanda muito grande de tratamentos, internações, enfrentam falta de recursos financeiros e ausência de comprometimento do governo com melhorias físicas e tecnológicas (Vasconcelos, 2004). Mas há hospitais que procuram provocar no paciente e na equipe uma visão de criatividade no simples ato de andar, olhar, pegar, viver

neste ambiente. Claridade, luminosidade, espaço, enfim, beleza, existem, por exemplo, nos hospitais da rede Sarah Kubistchek, desenvolvido pelo arquiteto João Figueiras Lima (Cavalcanti, 2002).

Os pacientes e a equipe de trabalho hospitalar estão acostumados com ambientes brancos, frios e distantes, não havendo a idéia de algo diferente (Vasconcelos, 2004). O ambiente branco, monocromático não é recomendado, pois causa muito cansaço visual e tende a provocar distração nos profissionais que nele atuam (Martins, 2004).

A sensação de bem-estar humana geralmente é causada por um ambiente que promova um grau moderado de estimulação positiva. Som alto, iluminação intensa, cores vibrantes causam estresse. Já se a estimulação dos mesmos aspectos for muito baixa pode causar depressão ou sentimentos ruins em quem convive neste tipo de ambiente (Vasconcelos, 2004).

A percepção ambiental pode ser modificada e qualificada quando são aplicados componentes com equilíbrio e harmonia. Neste sentido, a ambiência se torna acolhedora e contribui para a produção de saúde (Brasil, 2004c). O bem-estar físico e emocional do homem pode variar de acordo com elementos como a luz, cor, som, aroma, textura e forma (Brasil, 2004c; Vasconcelos, 2004).

O ambiente confortável para o trabalhador envolve o conforto térmico, que é um fator imprescindível para produção de trabalho. Este tipo de conforto vai variar de acordo com as variáveis ambientais, a vestimenta e a atividade física, aspectos que podem apontar a necessidade de recursos para amenizar o desconforto térmico tanto para o calor quanto para o frio (Lamberts, Dutra & Pereira, 1997).

A luz influencia o controle endócrino, o relógio biológico, o

desenvolvimento sexual, regula o estresse e fadiga. A luz natural, mesmo quando vista pelas janelas, produz relaxamento, melhora do humor, a disposição, o comportamento, dá a sensação de tempo cronológico e climático para quem utiliza o ambiente (Vasconcelos, 2004; Cunha, 2004; Martins, 2004). A iluminação deve ser utilizada de acordo com a necessidade do usuário. No caso do paciente, este necessita de uma forma de iluminação mais baixa, pois precisa de descanso e calma; já o trabalhador do hospital necessita de um ambiente mais iluminado. Quando se melhora a iluminação do local de trabalho, há uma melhora significativa na produção de trabalho realizado pelos trabalhadores, pois essa iluminação produz a sensação de conforto, segurança, orientação, territorialidade e desempenho da tarefa visual. A iluminação dos espaços contribui para a percepção de humor e comportamento dos indivíduos (Cavalcanti, 2002). A luz é necessária para as atividades e para compor a ambiência do local, podendo torná-lo mais aconchegante, principalmente quando se exploram os desenhos e sombras criados por ela (Brasil, 2004 c).

A iluminação é um determinante do conforto visual, deve ser adequada e com intensidade suficiente para o local de trabalho, não deve haver ofuscamento ou má definição de cores. O ambiente deve proporcionar o desenvolvimento de tarefas visuais, ou seja, esse conforto visual deve ser garantido para que o indivíduo desenvolva suas tarefas com acuidade e precisão visual, a fim de minimizar riscos e acidentes. É complicado estimar a preferência das pessoas quanto a esse aspecto, pois esta depende do sexo, idade, hora e as relações com o local. Geralmente a luz natural é mais tolerada pelas pessoas. No entanto, tem que se levar em conta que quanto mais complicada a tarefa e a dificuldade do executor, maior deve ser a iluminação. Quando esta é insuficiente pode causar no

trabalhador a fadiga, dor de cabeça, irritabilidade e acidentes de trabalho (Lamberts, Dutra & Pereira, 1997).

No ambiente hospitalar, a escolha da cor pode influenciar muito na aparência das pessoas e pode causar muitas sensações, por isso ela deve ser estudada, pois também pode trazer aspectos negativos. A cor influi fortemente no estado psicológico e emocional do homem. Ela é resultado de experiências individuais e reage com a luminosidade do ambiente, que pode ser utilizada para proporcionar umidade a um ambiente seco, ou aparência seca a ambientes mais úmidos, tendo a propriedade de aumentar um espaço, estreitar ou diminuir volumes, aumentar relevos, tornando um ambiente mais aconchegante e divertido e evitando a monotonia que a maioria dos hospitais apresenta (Martins, 2004).

A escolha da cor pode variar de acordo com a localização, cultura, tamanho, atividades desenvolvidas e idade dos usuários. Pode ainda fazer com que o indivíduo constitua um espaço mais produtivo e sadio (Cavalcanti, 2002; Vasconcelos, 2004; Cunha, 2004). As cores são estimulantes aos sentimentos, ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento e podem garantir calor ou frio para quem vivencia o ambiente, fazendo com que o corpo compense sua falta ou o excesso (Brasil, 2004c).

O barulho excessivo pode causar irritação, frustração, mau humor, estresse, diminuir a produtividade e se tornar um perigo à vida de quem convive diariamente neste ambiente, como os trabalhadores de enfermagem. Sons naturais como os causados por queda de água possuem um efeito calmante e relaxante, diminuindo a intensidade de sons indesejáveis (Vasconcelos, 2004). A humanização no aspecto da ambiência propõe música ambiente para salas de espera e enfermarias, não se esquecendo da proteção acústica em relação a

alguns ruídos hospitalares (Brasil, 2004c).

O cheiro tem uma relação com o lado emocional. Quando o mesmo é agradável pode reduzir o estresse. O uso de sachês nos ambientes hospitalares diminui o cheiro de éter e secreções, até mesmo o cheiro da própria vegetação pode amenizar os odores hospitalares (Vasconcelos, 2004).

O conforto visual pode ser oferecido pelo uso de texturas, acabamentos e o contato com ambiente externo, com a natureza (Vasconcelos, 2004; Cunha, 2004). A arquitetura do hospital deve proporcionar conforto e funcionalidade para o trabalhador para que o trabalho aconteça de forma simplificada e satisfatória (Vasconcelos, 2004). Deve se transformar o lugar de “estar” em um lugar calmo e de relaxamento (Brasil, 2004c).

O contato com a natureza reduz o estresse e a ansiedade, mesmo quando o contato é só visual, uma vez que prende a atenção do homem, evitando monotonia e o tédio. Na natureza, a luz, a cor, o som, o aroma, a textura e a forma se encontram em diferentes intensidades e quantidades e pode proporcionar uma terapia sem restrição para qualquer indivíduo mesmo que não esteja doente. A exposição de cinco minutos ou menos por dia à natureza provoca uma redução satisfatória no estresse cotidiano. Quando o trabalhador de enfermagem fica no mesmo ambiente durante muitas horas é extremamente importante que ele tenha um contato visual com o meio externo, de preferência com uma paisagem natural, para que nele diminua o nível de estresse ao qual lhe é imposto pelo próprio processo de trabalho. A inclusão de quedas d’água, jardins, trabalhos de arte levam à redução do estresse (Vasconcelos, 2004; Cunha, 2004).

Na humanização se faz necessário o entendimento do conceito de ser

humano. Assim, a consciência de quem utiliza um espaço é peça fundamental para definir o modo e as características que o mesmo deve possuir. Quando se conhecem as necessidades de um indivíduo, é possível proporcionar um ambiente que supra e supere as suas necessidades (Vasconcelos, 2004).

4. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou o método de Teoria Fundamentada nos Dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob CAAE 1994.0.000.168-10, obedecendo todos os princípios da Resolução 196/96, que descreve sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Foram utilizados dois tipos de coleta de dados: o diário de campo e a entrevista. A intenção foi de explorar, descrever a vivência dos participantes no ambiente ao qual eles estão inseridos. A construção teórica proveniente do estudo explica a ação estudada no contexto social. Esse método é adequado para o assunto de pesquisa porque explora processos sociais que se apresentam por interações humanas (Santos, 2001; Cassiani, 2000). O investigador é um participante que faz uma ligação entre a realidade e a teoria. É um método qualitativo que analisa entrevistas, observação de campo, interpreta, inclusive, os gestos e posições que não são verbalizadas pelo participante. A investigação se dá pela coleta de dados com os agentes que vivenciam o processo pesquisado (Cassiani, Caliri & Pelá, 1996; Santos & Nobrega, 2004; Dantas, Lima, Stipp & Leite, 2009).

4.1. Ambiente de pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital público de pequeno porte no interior do estado de Goiás. O mesmo contava, no momento da coleta de dados, com um total de 100 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros que ficam divididos entre a triagem, pronto socorro, centro cirúrgico, pediatria e posto de enfermagem em regime de trabalho 12/36 horas e 6 horas/ dia.

4.2. Planejamento para coleta de dados

Para realização da pesquisa foi solicitado à direção do hospital e de enfermagem a autorização para a coleta de dados no campo. Em seguida, o projeto foi apresentado à gerente de enfermagem e feito o esclarecimento quanto às fases e aos aspectos a serem abordados. Após todo esclarecimento, a entrada no campo aconteceu de forma amena com a aproximação aos funcionários, explicação sobre o trabalho e observação dos aspectos que norteiam este estudo.

4.3. Participantes

Para inclusão na pesquisa, os servidores deveriam ser contratados pelo hospital, estarem em escala diurna e aceitarem participar. Eram excluídos os trabalhadores do período noturno, em teste, estagiários e de outras áreas. A escolha pelo turno diurno se deu pela disponibilidade da autora e o interesse em avaliar o ambiente diurno, visto que a iluminação e a percepção de outros aspectos no período noturno são diferentes. A avaliação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem se deu de forma semelhante, pois objetivou avaliar a equipe de enfermagem e não situações específicas.

Foram convidados cerca de 45 funcionários, descritos na tabela 1. Muitos não se manifestaram, ou não dispunham de tempo para participar da pesquisa. Os participantes pertenciam ao posto de enfermagem, centro cirúrgico, ortopedia, triagem, pronto socorro e pediatria.

Os enfermeiros e os técnicos de enfermagem trabalham em escala de 12h por 60h semanais; somente os técnicos de enfermagem da triagem e ortopedia trabalham 12 horas diárias, com folgas nos fins de semana. A tabela 1 revela um quantitativo dos profissionais que atuam no período diurno.

Tabela 1 – Numero de funcionários da escala diurna

Área hospitalar	Número de técnicos de enfermagem no período diurno.	Numero de enfermeiros no período diurno
Posto de enfermagem- internação Obs.: Este inclui a pediatria.	8	3
Centro cirúrgico e CME (Central de Material Esterilizado)	9	1
Triagem	4	
Ortopedia	2	
Pronto socorro	15	3
Total	38	7

Fonte: Hospital de pequeno porte no interior de Goiás.

O total de 17 participantes, descritos na tabela 2, se deu por saturação teórica, que foi observada durante a coleta de dados. Porém, os dados não traziam mais nenhum conteúdo diferente que pudesse modificar ou adicionar algo novo à pesquisa. Deve se levar como princípio que os resultados são originados pelas opiniões dos 17 participantes. Cerca de 28 participantes não opinaram por não quererem ou não poderem participar da pesquisa.

Tabela 2 – Relação participantes, área, profissão e tempo de trabalho na instituição, 2010.

Participantes	Área de atuação	Profissão	Tempo de trabalho na instituição
A	Triagem	Técnico em Enfermagem	2,5 anos
B	Triagem	Técnico em Enfermagem	2 meses
C	Internação	Técnico em Enfermagem	3 anos
D	Triagem	Técnico em Enfermagem	3 meses
E	Internação	Técnico em Enfermagem	1ano e 4 meses
F	Pediatria	Técnico em Enfermagem	2 anos e 6 meses
G	Internação	Técnico em Enfermagem	5 anos
H	Internação	Técnico em Enfermagem	7 anos
I	Pediatria	Técnico em Enfermagem	1 ano
J	Ortopedia	Técnico em Enfermagem	19 anos
L	Ortopedia	Técnico em Enfermagem	2 anos
M	Internação	Técnico em Enfermagem	3 meses
N	Triagem	Enfermeiro	1 ano
O	Centro Cirúrgico	Técnico em Enfermagem	9 anos
P	Centro Cirúrgico	Técnico em Enfermagem	3 anos
Q	Internação	Enfermeiro	2 anos
R	Centro Cirúrgico	Enfermeiro	2 anos
Total	17		

Fonte: Hospital de pequeno porte no interior de Goiás.

4.4. Execução da pesquisa

A pesquisa seguiu as seguintes fases: observação, entrevista, organização e codificação de dados, análise e discussão dos mesmos.

A observação foi realizada no mês de julho, no período vespertino, quando foram analisados aspectos físicos, ambientais e das relações interpessoais entre os funcionários. As observações foram realizadas no período vespertino, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora, que, durante uma semana, por quatro horas diárias, observou todos esses aspectos, montando um diário de campo. Foram observados aspectos da estrutura física, relacionamentos humanos e o contexto gerencial e político da instituição. Durante a observação, havia sempre diálogo com os funcionários, explicando sobre a pesquisa, a fim de estabelecer confiança.

As observações, descritas em um diário de campo, versaram sobre a estrutura física, como os trabalhadores desenvolvem suas atividades utilizando o espaço e os materiais que o compõem, como acontecem às relações de convivência entre os funcionários e os supervisores e como estes demonstram as suas satisfações e insatisfações.

As fotos primeiramente tinham o objetivo de auxiliar na coleta de dados durante as observações, fazendo parte das notas de campo. Após a análise de dados e do desenvolvimento das categorias, houve o propósito de usá-las para tornar o significado das categorias mais palpáveis quanto à realidade descrita pelos participantes.

Após a observação, começaram as entrevistas. Como os funcionários já estavam cientes que haveria este momento, era realizado o convite garantindo sigilo das informações e do nome. Para a realização da entrevista, esperava-se o

momento de folga do funcionário.

As entrevistas duravam de 10 a 20 minutos, com auxílio de um gravador, com a autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Elas aconteciam no pátio do hospital, local escolhido pelos participantes por ser mais arejado e não ter interferência de nenhum outro colega. Ao final havia um agradecimento e esclarecimento ou diálogo sobre o assunto.

Na entrevista foram abordadas questões que foram fundamentadas nos dados obtidos pela observação, buscando obter mais informações, de como o profissional lida com o ambiente e com as relações estabelecidas nele, e se estes aspectos podem influenciar na qualidade de trabalho prestado no ambiente hospitalar e ainda sobre o conhecimento da influência da natureza na vida do trabalhador. A entrevista também buscou possíveis alternativas sugeridas pelos sujeitos sobre a melhora do ambiente de trabalho e sugestões para a melhora das relações entre os colegas.

Os dados oriundos das entrevistas e do diário de campo foram transcritos e submetidos a uma leitura analítica. Após a leitura, iniciou-se a criação de códigos que resultaram nas linhas do modelo. Ao agrupar os códigos foram construídas categorias e a elaboração do relato dos resultados (Charmaz, 2009).

Durante o levantamento de dados, já se realizava a sua interpretação. Este método tem como objetivo redigir os resultados das entrevistas, a fim de organizar os problemas e as sugestões que foram relatadas pela equipe (Charmaz, 2009).

Emergiram três eixos dos dados: a estrutura física, os relacionamentos humanos e os aspectos políticos-gerenciais da instituição. Foram analisados os problemas e as sugestões levantadas durante as observações e entrevistas. Essa

análise e organização fundamentaram a confecção dos resultados, que foram fundamentados pela discussão e construção da teoria.

Para redigir os resultados, foram utilizados os códigos de cada categoria. A categoria da estrutura física se apresentou com 21 códigos, relacionamentos humanos com 21 códigos e contexto gerencial e político 21 códigos como mostra a tabela 3, 4 e 5.

Após a análise dos códigos e categorias, foram feitas inter-relações entre as categorias e entre os códigos, que foram embasados por conteúdos de outros trabalhos na discussão dos dados obtidos durante a pesquisa.

Tabela 3- Relação das categorias e códigos da estrutura física.

Eixo		Categorias	Códigos
Estrutura física	Aspectos positivos	Satisfação com o espaço edificado.	-Satisfação com a estrutura oferecida. -Conforto no ambiente de trabalho. -Conforto no ambiente de descanso. -Funcionalidade.
	Aspectos negativos	Ergonomia inadequada.	-Dimensionamento insuficiente. -Desconforto no ambiente de trabalho.
		Desconforto térmico (calor).	-Desconforto para o paciente. -Circulação de ar insuficiente.
Desconforto visual psicológico.		-Interferência de cores. -Distração visual para o profissional e para o paciente.	
Falta de natureza.		-Contato com a natureza presente. -Ausência de contato com a natureza. -Necessidade de contato com a natureza.	
Contribuições dos trabalhadores	Contornar e amenizar problemas.	-Iniciativa própria para melhora da circulação de ar. -Organização improvisada. -Iniciativa para melhora da estética. -Improviso de contato com a natureza. -Contribuição para contato com a natureza.	

		Idéias a serem consideradas.	-Sugestão para melhoria do espaço útil. -Sugestão para melhora da decoração do ambiente. -Sugestão de contato com a natureza.
--	--	------------------------------	---

Tabela 4- Relação das categorias e códigos dos relacionamentos humanos.

Eixo		Categorias	Códigos
Relacionamentos Humanos	Aspectos positivos	Relacionamento com o paciente.	-Preocupação com usuário. -Envolvimento com o paciente. -Atitude afetuosa com usuário. -Opinião do usuário sobre os profissionais.
		Relacionamento entre trabalhadores.	-Relacionamento entre a equipe de trabalho. -Amigabilidade entre profissionais. -Ambiente de trabalho alegre. -Realização no trabalho. -Trabalho como terapia.
		O trabalho na vida pessoal. Segurança profissional.	-Interferência da vida pessoal no trabalho. -Segurança profissional.
	Aspectos negativos	Relacionamento com o paciente.	-Hostilidade com o usuário. - Conflito entre profissionais.
		Relacionamento entre trabalhadores.	-Desunião da equipe. -Necessidade de comunicação adequada.
		Estresse.	-Estresse no paciente. -Estresse profissional.
	Contribuições dos trabalhadores	Compreensão de problemas da instituição. Ações diárias.	-Compreensão de problemas da instituição. -Trabalho em equipe. -Contribuição própria para produção do cuidado. -Requisitos para promoção do trabalho.

Tabela 5- Relação das categorias e códigos do contexto político-gerencial.

Eixo		Códigos
Contexto político-gerencial	Funcionalidade e dimensionamento	<ul style="list-style-type: none"> -Dificuldade de prestar assistência. -Organização do ambiente. -Desorganização do ambiente. -Falta de material. -Falta de manutenção. -Necessidade de higiene para o ambiente. -Improviso de material. -Sugestão para melhora da eficácia. -Sugestão para organização. -Necessidade de melhora. -Necessidade de recursos para o ambiente de trabalho. -Sugestão para melhoria do fornecimento do material. -Descaso com meio ambiente.
	Relacionamento entre profissional e instrução	<ul style="list-style-type: none"> -Desvalorização. -Interesse da instituição pelo profissional. -Sobrecarga com diversas responsabilidades. -Atribuição de responsabilidades. -Maior envolvimento entre os profissionais. -Sugestão para melhora de recursos humanos necessários.
	Anseios a serem considerados	<ul style="list-style-type: none"> -Sugestão para relaxar. -Sugestão de melhora profissional.

5. RESULTADOS

Por meio da análise das narrativas dos participantes, bem como das observações registradas na coleta de dados, foi possível identificar aspectos estruturais, relacionais, gerenciais e políticos envolvidos na produção do cuidado na instituição pesquisada. Esses resultados foram agrupados nas seguintes categorias: estrutura física, relacionamentos humanos e contexto político-gerencial.

5.1. Estrutura física

Essa categoria foi construída para organizar as vivências dos participantes a respeito do local onde os profissionais trabalham e os pacientes são hospitalizados e ainda a forma como este trabalhador se encontra no meio ambiente.

5.1.1. Aspectos positivos

5.1.1.1. Satisfação com o espaço edificado

A satisfação com o espaço edificado abarca os aspectos positivos e satisfatórios em relação ao que ele proporciona ao seu funcionário, o conforto do ambiente de trabalho, o conforto do ambiente de descanso, demonstrando a importância e a preocupação da instituição com a equipe de enfermagem e da equipe para a instituição.

A *satisfação com a estrutura oferecida* é descrita como o contentamento com o local de trabalho, que teve um resultado positivo “*em relação à estrutura em si*”, diz a Sra.B: “*sim, é boa*”. A Sra.M: “*sim, sim. Não, por enquanto tá perfeito*”. Em relação à organização, Sra. H diz “*eu tô achando bom a estrutura.*”

Bem organizado". Outro aspecto é a possibilidade de melhora citada pela Sra.N: "*sempre tem como melhorar*".

A *funcionalidade* foi observada e descrita no caderno de campo em relação à disposição dos móveis como a mesa coletiva no refeitório, mesinha com cadeiras para o paciente na administração de medicamentos do pronto socorro. Já a sala de curativo, ampla e com chuveiro, móveis novos e com higiene satisfatória e portas de alumínio de correr no centro cirúrgico são aspectos positivos.

O código *conforto do ambiente de trabalho* foi evidenciado pelas anotações nas notas de campo, como boa iluminação, espaço suficiente e a presença de ar condicionado em algumas áreas do hospital.

Foi observado também *conforto no ambiente de descanso dos profissionais*, que apresenta comodidade, iluminação satisfatória e presença de ar condicionado. O Sr. C descreve "*a gente tem um quarto pra descanso com cama, ar condicionado, então assim é tranquilo dá pra descansar*", como mostra a figura 1.

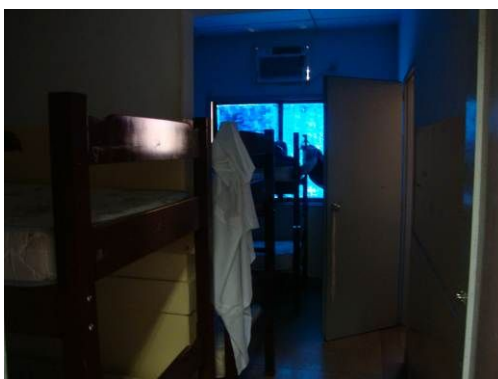


Figura 1 - Conforto no ambiente de descanso dos profissionais

5.1.2. Aspectos negativos

5.1.2.1. Ergonomia inadequada

A ergonomia inadequada está relacionada à estrutura hospitalar que, em certas áreas, proporciona disposição de mobiliário adequada, porém dimensões inadequadas à necessidade de cada uma, fator que agrava a dificuldade de produção de cuidado e o desconforto neste ambiente

Foi evidenciado nas observações, transcritas no caderno de campo, e também na opinião dos participantes, um *dimensionamento insuficiente*. Entre outros, o espaço destinado ao preparo de medicamentos é pequeno, de acordo com o participante C: “*agora o local de preparação de medicamento é pequeno*”, como ilustra a figura 2. A sala de atendimento e os corredores sofrem dos mesmos problemas. De acordo com a participante A, “*é pequeno o espaço lá para quatro funcionários, e ainda os pacientes. É muito apertado*”. Nas palavras da Sra.B, “*pequeno demais, não só a salinha, mas todo ambiente ali na frente onde a gente trabalha. Os corredores*”. Houve também outra colocação: os banheiros dos pacientes que não possibilitam a execução do banho como relata a fala da Sra.D: “*falta muita coisa, pra começar, aqui você vai lá nos banheiros não tem tamanho adequado*” como se vê na figura 3. E ainda o participante E: “*os corredores também um pouquinho apertado [...] só mesmo os banheiros que dificulta dar o banho*”. A opinião da Sra.I já aborda a sala de emergência: “*mais espaço, acho muito apertado, igual quando a gente tá numa urgência aqui dentro, antes não tinha ar mas agora tem, mas mesmo com o ar acho muito apertado, tinha que ter mais espaço aqui dentro, mais arejado*”, como mostra a figura 4. Vários participantes enfatizaram a falta de espaço. A Sra.J diz: “*a procura é maior que a oferta, precisaria de espaço maior*”, como também nas palavras da Sra.N: “*o*

hospital é pequeno pra quantidade de pessoas". O que indica que *"o hospital tá lotado cheio de paciente"*, segundo a Sra.Q. Já a Sra.R levanta outro aspecto: *"a gente tem um déficit de estrutura, e não só de estrutura"*.



Figura 2- Dimensionamento insuficiente: sala de preparo de medicamentos.



Figura 3- Dimensionamento insuficiente: banheiros dos pacientes.



Figura 4 - Dimensionamento insuficiente: sala de atendimento de emergência.

O *desconforto no ambiente de trabalho* é observado pela pesquisadora e exposto nas notas de campo. Em algumas áreas há falta de ar condicionado, janelas pequenas e abafamento do ambiente.

Acometendo também os pacientes, o *desconforto para o paciente* é descrito nas notas de campo pela pesquisadora, quanto à falta de ventilação e comodidade ao paciente dentro dos quartos de internação.

5.1.2.2. Desconforto térmico (Calor)

O desconforto térmico acontece devido à circulação de ar insuficiente, o que torna o ambiente abafado e desconfortável.

Nas observações contidas nas notas de campo, o código *circulação de ar insuficiente* é observado, assim como nas falas dos participantes, apontando a circulação de ar insuficiente, pois o hospital tem janelas nas áreas de trabalho muito pequenas. A Sra.A afirma: “*lá é abafado, muito quente*”; e a Sra.F: “*acho que poderia melhorar a ventilação. Claro que agente tem o ar na hora do calor, mas na hora que tá fechado você sabe, né?*”.

5.1.2.3. Desconforto visual psicológico

O desconforto visual é delimitado pela interferência das cores e pela iluminação insuficiente que causa no profissional um mal-estar. A distração para o paciente institucionalizado e para o profissional também incide sobre o seu bem-estar.

O código *interferência de cores*, citado pelos participantes, abarca o impacto que as cores dispostas no ambiente têm sobre a vida do trabalhador. Alguns relatam sobre o estresse causado pelas cores como as Sras.R e J, que falam sobre o branco: “*essa cor [branco] é cansativa, cansa seus olhos*”; continuando, a Sra.R declara: “*deveria trocar, o branco cansa, cansa a vista, cansa a cabeça; deveria ser de acordo com o que pode no centro cirúrgico, mas*

deveria ter paredes de cor diferente que não seja o branco, um verde clarinho, um azul clarinho na parede acho que seria legal". Na opinião da Sra.A e Sra.N: "o hospital tem que ter umas cores mais neutras, claras, porque senão fica um ambiente pesado, porque o hospital já é um ambiente estressante, então a cor com certeza interfere bastante". O que se opõe à opinião da Sra.E: " eu não estresso com cores".

Em relação à estética e decoração do ambiente hospitalar, não foram encontrados aspectos satisfatórios como no código *distração visual para o profissional* e *distração visual para o paciente*. Esses aspectos foram observados e descritos nas notas de campo como fatores físicos e visuais que promovem a distração momentânea do paciente e do profissional como quadros, pinturas e gravuras que o hospital possui em mínima quantidade e colocadas de forma incorreta, como um quadro de bordado colocado na parede contrária à visão do funcionário do posto de enfermagem. Existe uma vidraça com desenhos infantis na sala de atendimento da pediatria, mas diante do tamanho do hospital é insuficiente.

5.1.2.4. Falta de natureza

A ausência de contato com a natureza afeta o trabalhador negativamente. Ele sente falta de verde ou flores no ambiente de trabalho.

Contato com a natureza presente é citado pelas entrevistas de A, C, E, I, J e R, que relatam sobre o que elas têm de contato com a natureza e é evidenciado pela observação da pesquisadora. A Sra.A diz: "até nós comentamos, nós tínhamos que ter uma flor na nossa sala mas não tem espaço pra pôr né!". O Sr.C acredita que o seu contato vem pela janela: "natureza tem.

Tem a janela quando olho na janela pra preparar a medicação [...] ainda mais dia de chuva que fica caindo ali aquela chuva e a gente tá preparando medicamento lá, como se fosse uma terapia ali naquele momento”. Há o relato do pouco contato pela Sra.I: “não só uns montinho ali na janela [...] tem umas florzinha murchinha” conforme a figura 5. A Sra.J coloca que “não, assim tem a paisagem, que eu olho lá além do horizonte”. Já Sra.R comenta sobre a melhora: “a gente vê a rua, vê o tempo, porque antes a gente não via nada, se anoitecia, se chovia, ninguém via, agora ficou bom, eu não quero que tampa não, daí a gente vê o sol, vê o tempo, como é que tá. Ficou boa assim”.



Figura 5-Contato com a natureza presente: pátio.

A ausência de contato com a natureza, citada por A, B, D, F, G, N, M, O, P e R, que sintetizam a falta de contato com qualquer matéria que lembre a natureza, flores, plantas, arvores entre outros. A Sra.A relata: “é, ali não tem quase nada. A gente fica as seis horas ali fechada, ali só sai pra almoçar, mas é aqui dentro do hospital o tempo todo”, e R: “aqui dentro não, porque eu fico fechada aqui. Aqui dentro eu não tenho contato mesmo, só se eu sair”. Só têm contato com a natureza quando saem do hospital. A Sra.N declara: “aqui a gente não tem, no ambiente de trabalho”, e a Sra.P: “aqui no hospital não, pelo contrário aqui não tem nenhuma janela pra contar”. Relatam a ausência inclusive de janelas.

Os entrevistados relatam a *necessidade de contato com a natureza* para uma melhora do bem-estar físico e mental. A Sra.B fala: *“eu acho que deveria. Igual a gente, às vezes, quer mudar um pouquinho, [...], não dá pra pôr planta”*. A Sra.O fala de sua preferência: *“ eu acho assim, porque eu gosto muito de plantas”*. Já a Sra.R argumentam sobre as mudanças: *“melhorou muito quando fez essa reforma aqui, deixaram uma janela grande que não colocaram insulfilm nem tamparam ela”*. E as Sras. E e P colocam sobre a importância do contato: *“é importantíssimo, às vezes, só de você ver um pôr-do- sol você desestressa um pouco aqui”*. Outro aspecto levantado pelas participantes é o resultado deste contato caracterizado pelas falas da Sra. A: *“relaxaria [...] é flor, uns quadros. Ficaria mais alegre, mais bonito”*. A Sra.M: *“(sentiria melhor) com certeza, muito”*. A Sra.Q: *“seria porque você ficaria lá pelo menos alguns minutos, pelo menos pra pensar, desestressar um pouquinho. É importante sim”*. E a Sra.R diz: *“é tendo esse contato aqui parece que areja mais a cabeça da gente, fica mais leve o clima aqui dentro. Claro com certeza pensa um jardim bem bonito”*.

5.1.3. Contribuições dos trabalhadores

5.1.3.1. Contornar e amenizar problemas

Os profissionais demonstram iniciativa para melhorar a circulação de ar, organização do seu ambiente de trabalho. Muitas vezes há um improvisado de material e até mesmo de contato com a natureza. Esta necessidade de contato com o meio ambiente faz com que os mesmos queiram contribuir para a otimização deste fator.

A *iniciativa própria para melhora da circulação de ar* é colocada como melhora da ventilação para mudança do ar do ambiente. É descrita pela Sra.J: *“há*

uma troca, terminou o plantão a gente abre as janelas, faz a limpeza, dá essa troca de ar, daí você olha lá fora, então consegue. Não fica aquela coisa sufocada. Eu não suporto ambiente fechado". A Sra.L informa: "*aqui a gente tem, abre a porta, a janela [...] vê os movimentos da rua, é arejado, é bom*".

A disposição de móveis para a melhora de produção de trabalho realizado pelos próprios funcionários do hospital foi codificada como *organização improvisada*, como é relatado pela Sra.A: "*daquele jeito deu certo, [depois que o local foi reorganizado pela enfermeira] foi o melhor jeito que encontrou foi daquele jeito lá, fica mais espaçoso*".

O código *iniciativa para melhora na estética* foi colocado pela Sra.I e foi observado nas notas de campo como melhora da decoração do ambiente de trabalho: "*aqui não pode, porque o povo ficava olhando o que nós fazia [depois de pintar o vidro] assim melhorou*" ilustrado na figura 6.



Figura 6-Iniciativa para melhora da estética: sala de atendimento da pediatria.

Improviso de contato com a natureza é realizado quando alguns funcionários relatam realizar alguma ação que os faça lembrar-se da presença de natureza. A Sra.N diz: "*coloca na tela do computador mesmo, [imagens de flores] é bonito, né?, alegre o ambiente se torna um ambiente agradável*" de acordo com a figura 7.



Figura 7- Improviso de contato com a natureza: computador da sala da triagem.

No código *contribuição para contato com a natureza*, os profissionais relatam que estão aptos a ajudarem da melhor forma para que isso ocorra. Em relação à manutenção, a Sra.O diz: “ *eu acho que por eu gostar muito de flores, eu acho que poderia contribuir sim, ajudando a cultivar, a cuidar, manter, eu acho que seria muito bom, igual de manhã se tivesse um local que você pudesse fazer uma oração*”, o que está de acordo com a Sra.P: “*o que eu puder fazer pra ajudar, depende da organização de quem vai fazer nem que seja plantar uma árvore, ajudar a manter*”.

5.1.3.2. Idéias a serem considerados

Para participar da resolução de deficiências, os profissionais sugerem uma melhora do espaço útil, melhora da decoração do ambiente e ainda uma sugestão de como gostariam que fosse o contato com elementos da natureza.

A *sugestão para melhoria do espaço útil* está relacionada com uma melhora do espaço físico das áreas do hospital. As entrevistas dos participantes B, D e A são coincidentes, pois concordam com um aumento de espaço físico do hospital, como coloca a Sra. A: “*eu acho que poderia. Tinha que ter mais espaço [...] é, teria que construir, não tem jeito de aumentar [...] é dar uma reformada, né?, se tivesse jeito de aumentar, também seria bom, já deu uma melhorada*

bastante, já deu uma melhoria. A sala de recepção ficou melhor, ficou maior”. Já os Srs. C,H e E acham que o espaço deve proporcionar funcionalidades para a prática de serviço descrita: “precisava assim ter como entrar cadeiras de rodas [...] acho que arrumaria os banheiros que é difícil pra dar banho, muito difícil. Prioridades, é, aqueles banheiros de todos os leitos, eu arrumaria [...] Salinha maior ali na recepção, é muito apertadinho”, de acordo com a Sra. E. Para o Sr.C: “primeira coisa que deveria ter aqui é uma UTI [...] Acho que o lugar da pediatria não deveria ser nesse lugar, deveria ser fora da área de adultos, mas não tem como”. Em relação ao pátio do hospital, há várias sugestões: “tirar o fumódromo e colocar outra coisa, [...] podia fazer uma área interativa, tem paciente que vai lá de cadeira de rodas”, conforme a figura 8. A Sra.I, e a Sra.R afirmam: “ter um local adequado pros adultos [...] eu acho que podia mudar e acho que não é difícil de fazer não, aqui tem o espaço é só modificar esse espaço, aqui fora”, demonstrando a necessidade de se criarem novas áreas.



Figura 8- Sugestão para melhoria do espaço útil: pátio (fumódromo).

O código *sugestão para melhora da decoração do ambiente* é relacionado com a preferência dos participantes sobre o aspecto do hospital. Com respeito às cores, as falas de C, F, J, L, N e R confirmam que poderiam melhorar: “(melhora da decoração) poderia e muito. Eu não sei se vai da crença de cada um. É provado que cientificamente as cores ajudam, poderiam trabalhar assim com a

estrutura e com visual né?, mantendo o local organizado”. O Sr.C e Sra.L: “trocar cores, fazer jogo de cores, paredes não com cores fortes, mas com cores mais suaves, mas que dá aquele contraste, que dá aquela mudança, porque toda essa mudança é boa, porque assim se você olhar para um lado é aquela cor, olha pro outro, não, é aquela mesmice muda o ambiente, mas acho que na medida do possível é por aí”. Também há sugestão dos participantes em relação à decoração e mobília como relata as Sras. D, I e M, mas melhor descrito pela fala da Sra.I: “a gente até engana as criancinhas, acho que tinha que ter mais desenhadinho [...] tirar esses móveis velhos colocar cadeirinhas de pediatria colorida, tirar esse carrinho, mudar as mesinhas, colocar mesinhas coloridas. A cor das paredes não podia mudar muito porque tem que ser claro, né? Em hospital não pode ser, mas podia passar uma mão de tinta, ia ficar bonitinho esses que tá enferrujado tinha que tirar tudo daí”.

Os participantes opinaram sobre o que eles acham que poderia apresentar um contato com a natureza, dando sugestões para melhorar esse contato no tópico *sugestão de contato com a natureza*. A presença de plantas foi colocada pelos participantes A, B, D, F, H, I, N, M, O, P, Q e R. Todos relataram que gostariam de vasos de flores ou a presença de um jardim, como fala a Sra.B: *“com certeza poderia ser até harmonizado. Até eu estava conversando com as meninas, se tivesse pelo menos um vasinho de flores seria muito importante”*. Há sugestão de presença de um jardim relatado pelas falas *“mas eu acho que seria importante sim, assim tipo um jardimzinho [...] um lugar arejado com sombrinha até pro paciente, não só pra gente, também porque tem a hora de descanso daí a gente vai, pode ser inclusive aqui dentro do hospital”*. Segundo a Sra.M: *“é importantíssimo, igual eu acho que a gente deveria ter um jardim igual, eu vi em*

outros hospitais no pátio, igual o pátio daqui, você já deve ter visto, não tem nada, eu acho que deveria ter algumas flores, um jardim”. A Sra.Q e a Sra.O: “deveria ter um jardim, um gramado, flores, pra distrair. Eu acho que aqui merecia, eu acho que merece tipo uma praça pra poder plantar aqui, acho muito ar livre não tem nenhuma árvore, coisas que aqui a gente possa cuidar, ajudar, acho que se tivesse aqui seria muito bom”. Também é cobrada a presença de quadros, que trouxessem aspectos da natureza, conforme relatado por E e G: “dava sim. O quadro tudo bem, mas a parede tem que ser branco, a não ser na pediatria, é, daria sim (melhora dos jardins)”.

5.2. Relacionamentos humanos

A categoria foi construída a partir de códigos que manifestam os aspectos das relações interpessoais entre os profissionais e entre os profissionais e os pacientes.

5.2.1. Aspectos positivos

5.2.1.1. Relacionamento com o paciente

Dentro do ambiente hospitalar, as relações estabelecidas fazem com que haja uma preocupação com o usuário mediante um envolvimento com o paciente, fator a ser observado também por atitude afetuosa com o mesmo pelo profissional, o que é relatado pelo próprio usuário.

Vários trabalhadores como os Srs. B, C, F, I, J, N, M e O demonstram *Preocupação com o usuário*, tanto com o bem-estar físico como o mental. A Sra.B fala sobre a demora do atendimento: “ *não é que me irrita, não me irrita nem me afeta, mas eu acho que para o bem do paciente, do cidadão que tem que*

consultar aqui"; e N: *"daí o paciente aguarda 2, 3 horas isso é desagradável pro paciente"*. Já Sr. C aborda o aspecto da dificuldade de trabalho quando diz: *"o duro é você tá com o paciente acamado, entendeu?, igual a gente fica ali, aí ter que transportar o paciente lá pro último banheiro porque é o único que é grande"*. As relações com os colegas são colocadas de forma que possíveis desentendimentos não afetem o paciente como cita a Sra.F: *"não é porque eu não vou com a cara daquele colega que eu não vou cuidar daquele doente, porque ele não tem culpa do meu problema com ele"*, e a Sra.I: *"porque hospital, na hora que o paciente tá precisando, não tem que ter diferença entre um colega e outro. Você tem que fazer pelo paciente, acho que isso não interfere"*. I e M visualizam uma atividade que o paciente possa fazer para sair do quarto, visando uma distração para o mesmo. A Sra.J preocupa-se com a exposição do corpo de paciente dentro das áreas do hospital e com o estado mental quando fala: *"ele chega aqui com uma doença física, ele tem carência, problema moral, problema psicológico, socioeconômico, aí sim, se chegasse a esse ponto, uma realidade muito difícil de se conseguir, mas, acredito que com o engajar de todo mundo, pensando dessa forma consegue"*. Também é feita uma colocação pela Sra.O: *"eu penso nos outros e penso no meu, se entra alguém aqui hoje pode ser um estranho, amanhã pode ser família ou pessoas que você gosta, então você tem que querer não só pra os seus os outros merecem também"*.

O Sr. C relata que durante a prestação de cuidado, o profissional acaba se envolvendo com o paciente como um amigo, proporcionando um cuidado mais humano conforme o código *envolvimento com o paciente* quando descreve: *"a gente acaba sendo amigo do paciente, acaba entrando na vida dele porque a gente tá o tempo todo com ele"*.

Nas notas de campo foi ressaltado um cuidado humanizado realizado pelos profissionais, citado pela Sra. D como *atitude afetuosa com o usuário*; também citado pela Sra.A: *“gosto de mexer com o público [...] passar uma segurança para ele”*, e a Sra.L: *“se você não puder ajudar, pelo menos direciona ao local onde ela possa ser encaminhada pra resolver o problema dela, eu acho que isso depende da gente”*. Também é proposto como um apoio ao paciente *“dar uma firmeza para ele não ficar desesperado, para ele ficar calmo até chegar o médico [...] o importante é manter ele calmo até chegar o médico, às vezes, ele chega desesperado e acha que o mal dele é maior do que o do outro, então a gente acalma ele e leva até o médico, é o mais importante naquela hora”*. A Sra.A e a Sra.L concordam quando dizem: *“às vezes, nem sempre é com problema de doença mesmo, é mais psicológico, é mais carinho, atenção, às vezes, uma conversa que você tem com eles, eles já saem daqui melhor [...] não só julgar [...] essa equipe faz isso por incrível que pareça”*.

Opinião do usuário sobre os profissionais foi citada pela fala da Sra.A, que relata ouvir dos pacientes sobre a melhora da instituição: *“eles tão vendo essa melhora, eles comentam com a gente”*. A participante G relata: *“teve uma vez que eu tava cuidando de um paciente, daí eu ouvi um comentário. Daí a própria paciente falou: é o jeito dela. Então ela tava sendo bem cuidada”*.

5.2.1.2. Relacionamento entre trabalhadores

Há um relacionamento entre a equipe de trabalho que envolve uma amigabilidade entre profissionais, pois os funcionários almejam um ambiente de trabalho alegre.

Os participantes A, E, H, L, N, M, O e R concordam que o ambiente de

trabalho saudável deve possibilitar boas relações entre os trabalhadores. O *relacionamento entre a equipe de trabalho* é colocado pelas entrevistadas O e M: “*é, quanto a isso mesmo você vem cedo pro trabalho, sabe que não vai ter problema, que você vai chegar e vai estar tudo bem, o colega vai tá ali pronto pra te ajudar, né?*”. A Sra.O diz: “*primeiro lugar eu acredito que sejam as pessoas que você convive [...] tem que ter uma equipe boa de trabalhar em equipe, tem que trabalhar com o colega que colabora com você [...] com certeza interfere*”. As Sras. G e L acreditam ter o trabalho reconhecido como algo bom, produtivo. A Sra.G: “*eu tô tendo ajuda, tem alguém que está vendo meu esforço, a minha responsabilidade*”. A Sra.Q de outra forma constata: “*acima de tudo reconhecimento*”.

O código *amigabilidade entre profissionais* foi construído a partir do relato dos participantes A, B, C, D, E, F, G, H, I, L, N, M, O, Q e R que acreditam possuir um bom relacionamento entre os colegas. A Sra.L afirma: “*se você vai passando em outro setor que tem alguém que não sabe em que rumo tomar você para conversa, ouve a pessoa*”. E R: “*a minha equipe aqui dentro é muito entrosado, não tem briguinha, ninguém disputa nada com ninguém [...] não tem problemas de relacionamento com ninguém*”. Durante a observação, nas notas de campo e também evidenciado pela Sra. D, há confiança e amizade entre os colegas de trabalho: “*ah eu tento relaxar e conversar com os colegas, cuidar do paciente e esquecer de mim*”.

O ambiente de trabalho alegre relatado pela Sra. D, que acredita que um ambiente mais alegre possa melhorar o seu trabalho e que possa ter um pouquinho de cada trabalhador contribuindo para isto.

5.2.1.3. O trabalho na vida pessoal

O trabalho é uma atividade que dá sentido à existência do indivíduo, pois ele vê sua realização no trabalho, e muita vez compreende a atividade como terapia.

Ao falar do amor pela profissão, os participantes A, D, G, I, e R auxiliam na criação do código *realização no trabalho*, quando falam do amor pela profissão, do orgulho diante dos elogios, evidenciado pelas falas de F: “*eu acho que é porque eu gosto do que faço, eu estando aqui fazendo, eu gosto muito de fazer o que faço [...] gosto de ficar aqui*”; de J: “*amor, você tem que amar você, amar o próximo e aquilo que você faz, se você fizer por dinheiro você não consegue manter tanto tempo na profissão*”. A fala de O: “*o que eu faço eu garanto que faço com amor e carinho e fazer muito bem feito, cuidar do material da melhor maneira possível*”.

Alguns profissionais aceitam o trabalho como uma forma de terapia, esquecendo-se dos problemas e utilizando-se de todo o tempo para produzir benefícios próprios e para o próximo. O código *trabalho como terapia* é comprovado na fala da Sra.B: “*como terapia? Também, com certeza*”; Sra.D: “*às vezes, ajuda quando você vem pro trabalho, você tenta esquecer que tem casa*”. A Sra.E levanta outro aspecto: “*aqui eu me sinto melhor do que em casa, eu chego lá e lembro dos problemas, eu vejo como uma terapia, porque essas coisas difícil que acontece em casa (risos)*”. E também “*como uma terapia porque sou solteira não tenho filhos, vejo como uma terapia*”, confirma a Sra. G.

O código *Interferência da vida pessoal no trabalho* é caracterizado pelas falas da maioria dos participantes A, B, C, E, F, G, H, I, J, L, N, M, O, P e Q. Elas relatam saber separar a vida pessoal da profissional e não misturam os

problemas do hospital com os da casa. Como coloca a Sra.A: *“não, não interfere, não trago problema de casa, às vezes, a gente fica assim triste, mas não interfere no meu trabalho, eu chego e já enfio a cara no serviço já começo a trabalhar e pronto, né?”*. A Sra.B demonstra uma preocupação com quem ela atende quando diz: *“às pessoas que eu estou servindo elas não têm culpa dos meus problemas”*. A Sra.L fala: *“De jeito nenhum, a vida profissional é tranquila, tem o horário tranquilo, tem a responsabilidade de chegar e cumprir, trabalhar, e em casa também tem uma vida tranquila, né?, tem um convívio tranquilo, então de maneira nenhuma interfere se é da porta do hospital pra dentro quando você sai do plantão acaba ali”* ela demonstra que sabe diferenciar o seu trabalho de sua vida. Em relação aos problemas, a Sra.O complementa: *“ o que acontece lá em casa fica lá em casa, eu venho pra cá sem preocupar com que aconteceu lá, eu não trago não, os daqui deixo aqui”*. Discordando dos colegas, a Sra.D fala: *“às vezes, quando acontece alguma coisa muito difícil”*. A Sra.R demonstra como ela convive com a situação: *“sim, a minha interfere porque tenho filho pequeno e meus horários dependem dele, ele ainda mama, ele depende de mim pra tudo e o meu horário aqui é de acordo com o que eu fiz lá em casa e não ao contrário, eu trabalho aqui de acordo com que eu conciliei lá”*.

5.2.1.4. Segurança profissional

As Sras. H e I acreditam que a presença de enfermeira traz segurança em realizar o trabalho no código *segurança profissional*, pois as mesmas relatam ter trabalhado em um ambiente em que não havia a presença de enfermeira “padrão”, ou seja, um profissional com diploma de enfermagem.

5.2.2. Aspectos negativos

5.2.2.1. Relacionamento com o paciente

Foi observada pela pesquisadora e transcrita para as notas de campo uma *Hostilidade com o usuário*, evidenciado pelo atendimento ríspido a uma acompanhante por parte de uma técnica de enfermagem.

5.2.2.2. Relacionamento entre trabalhadores

Quando os relacionamentos causam conflito entre os profissionais, ocorre uma desunião da equipe, às vezes, por falta de tempo para relações entre colegas, deixando transparecer necessidade de comunicação adequada neste aspecto.

Os participantes B, D, E, F, G, H, I, L, N, M, O, P e Q relatam sobre a influência negativa dos conflitos sobre a qualidade do serviço prestado. No código *conflito entre profissionais*, descrito também nas notas de campo, a Sra.H diz: *“porque é muito ruim trabalhar num serviço que você tem divergência com colegas”*. A Sra.M: *“daí se tem uma relação ruim não dá pra ser, né!”*. A Sra.O: *“porque se você trabalha com uma pessoa, uma colega e que você não tem relações boas com ela, eu acho que influencia você trabalhar com uma pessoa com forças negativas, eu acho que não dá certo”*. Já a Sra.B coloca como seria se houvesse um conflito: *“ia interferir com certeza pois uma iria querer sobressair a outra, né? ia acabar provocando um problema maior e quem iria sofrer a consequência ia ser o paciente [...] um coopere com o outro e que seja adequado pra gente trabalhar, né? porque senão daqui a pouco você tá começando a agredir os pacientes”*.

A Sra. I relata a falta de união diante dos problemas da instituição pela

equipe no código *desunião da equipe*: “ eu acho que a equipe de enfermagem um pouco desunida [...] quando se faz uma reunião só vai um ou outro”. Já a Sra. I coloca que há falta de comunicação entre a equipe quando relata: “o médico suspeita que o paciente pode tá com isso e não passa pra enfermagem”.

Há uma *falta de tempo para relações entre colegas*, relatada por J, que sente falta de tempo para se relacionar com suas colegas de trabalho: “o tempo é mais curto e todo mundo tá correndo e não faz uma pausa pra um cumprimento, um abraço: com o tempo foi perdendo aquilo, sim, a gente sente falta sim, são raros os momentos que a gente consegue esse calor humano”.

A *necessidade de comunicação adequada* relatada diz respeito à união e comunicação de toda a equipe sobre o cuidado com o paciente: “aí engaja enfermeiros, médicos e que todo mundo falasse a mesma língua”.

5.2.2.4. Estresse

A instituição hospitalar, o trabalho e a própria internação podem causar o estresse no paciente e o estresse no profissional.

As Sras. N e R relatam que a demora no atendimento causa *estresse no paciente*, o que fica claro em suas falas: N: “aí se fica demorando eu acho complicado, tem paciente que perdem a paciência eles vêm, às vezes, brigam com a gente, eles xingam, é difícil, o tanto que seria melhor quando ele chegar e já colocar no atendimento”, e R: “ela fica aqui, ela estressa mais do que a doença que ela tem, daí sair pior do que ela já entrou psicologicamente, né?”.

O *estresse profissional* é citado pelas falas das participantes J, M, O, P, Q e R como estresse que é gerado pela própria profissão. A Sra. J fala do seu estado e como lida com o problema: “afeta minha saúde, inclusive estou até

fazendo uma bateria de exames, acredito que leve ao estresse, mas eu sei muito bem separar as coisas, daí a gente respira fundo pra não dar uma má resposta, os atos e atitudes que nós temos". A demora no atendimento médico é outro fator colocado pela Sra.M: *"estressa porque demora e você não pode fazer sem o médico prescrever, e realmente a gente não pode fazer e, às vezes, estressa a gente, né?, porque paciente com dor fica atrás da gente"*. As Sras.O e P colocam a carga horária como causadora de estresse, P: *"devido à grande carga de trabalho, você, às vezes, fica estressada [...] geralmente tem mais de um trabalho, daí gera um estresse [...] só que o excesso, a carga horária nossa, deixou de ser terapia, tá virando mais um estresse realmente"*. A dificuldade de prestar assistência também é um fator: *"então é stressante a necessidade, é urgente e as pessoas não entendem que aquilo lá é uma emergência e a maioria não dá licença"*. Assim também caracterizado pelas Sra. Q, e a Sra. R: *"ter que improvisar, então a gente improvisa mas se chega alguma coisa nova aqui, aí não tem estrutura não tem aparelhagem, daí tem que pedir emprestado do outro hospital e o paciente, às vezes, grave, daí estressa"*. E ainda há o estresse causado pelo ambiente: *"é importante porque a gente ficava fechada, a gente não sabia de nada e isso gera até um estresse pra gente, a gente não sabe, daí a gente sai aí de fora o clima tá totalmente diferente"*, na afirmação da Sra. Q.

5.2.3. Contribuição dos trabalhadores

5.2.3.1. Compreensão de problemas da instituição

O código *compreensão de problemas da instituição* é discutido como a consciência dos trabalhadores de saberem das dificuldades que a instituição apresenta. A Sra.N coloca a forma como ela ajuda a instituição: *"acho que*

fazendo nossa parte, não falar, não ficar detonando a nossa instituição, não ficar falando e procurar entender porque, para melhorar custa dinheiro, é dificultoso, a precariedade da saúde é muito grande". A Sra.O: *"por ser um órgão público aqui não oferece condições, então falta muita coisa"*; e a Sra.Q fala sobre outro aspecto da racionalidade: *"precisa de tempo igual, tinha falado o espaço, aqui tá difícil, é pequeno pro tamanho da necessidade do hospital, então até tem mas no momento uma obra não daria, tem como estudar, precisaria de tempo pra montar um projeto"*.

5.2.3.2. Ações diárias

O trabalhador colabora diariamente com a instituição trabalhando em equipe, produzindo um cuidado de forma correta, demonstrando o que ele necessita para se estabelecer na profissão.

O código *trabalho em equipe* foi construído com base nas falas dos trabalhadores A, C, D, F, G, I, L, M, O e P, como um aspecto fundamental para a produção de trabalho. Como coloca a Sra.D: *"porque um depende do outro, as vezes, você precisa de um colega e você não pode contar com ele ou ele precisa de você, e não pode contar com você, não vai dar certo porque um precisa do outro, não tenho esse problema"*, o que é intensificado pela opinião da Sra.F: *"não tem esse negócio de aí não vou ajudar fulano porque fulano não me ajuda, eu não tenho isso"*. De acordo com a Sra.P: *"é quando há um trabalho em equipe fica totalmente saudável, todo mundo divide tarefas, isso é o ideal, a gente tenta ajudar o colega, puxar o colega pra uma conversa, tenta diversificar alguma coisa na rotina né?, às vezes, você ajuda"*. A Sra. L aponta o entrosamento da equipe: *"nós fizemos um grupo aqui que encaixou, tem uma química, que segue o*

trabalho aqui é um todo, é um trabalho que a gente começa de manhã e termina à tarde, tranquilo e procurando fazer a mesma forma, a mesma humanização que tem da parte de um tem da parte do outro”.

O código *contribuição própria para a produção do cuidado* caracteriza a forma de cada um contribuir para prestar o seu trabalho da melhor forma possível. As entrevistas B, C, J, L, N e H colocam o seu desempenho como melhor contribuição, assim resumido pela fala da N: *“ali o que eu poderia melhorar eu já venho tentando melhorar que é dar a assistência de enfermagem, então já orienta o paciente direitinho que tá dentro do nosso limite, o que a gente pode fazer a gente tá fazendo, às vezes, evita muito atrito devido essa assistência”*. Também é abordado outro aspecto pela Sra.L: *“um bom relacionamento com os colegas acho que essa parte cabe a nós”* e ainda *“procurar fazer do ambiente de trabalho um ambiente da casa da gente, um bom ambiente de trabalho, a melhor coisa, tendo um bom relacionamento com os colegas e com o paciente”*. Além desses aspectos, as reuniões de equipe para discussão dos problemas e sugestões podem resolver alguns problemas, e a procura de conhecimento para a melhora profissional é citado pelas entrevistas O, Q e R.

O código *requisitos para promoção do trabalho* é citado como características do trabalhador para exercer bem a função. As entrevistas dos participantes C, B, D e M apontam os requisitos como paciência, autocontrole, empatia, o que é bem caracterizado pela fala da Sra.B: *“é na realidade que vai trabalhar, ali tem que ter paciência como que eu vou dizer? tem que gostar de lidar com pessoas, tem que conversar muito, tem que ser uma pessoa temperada, porque senão você não consegue, porque é complicado é muita reclamação, então você tem que saber lidar com pessoas e gostar de lidar com pessoas”*. Já o

Sr.C coloca que o *“profissional preparado pro trabalho aqui”*. Outro aspecto muito importante é o conhecimento da teoria e prática dentro de um atendimento de saúde que foi relatado pelas participantes E, F, I e Q, demonstrado na fala de E: *“conhecimento do que tá fazendo, saber sobre as medicações, onde tá aplicando”*. A colocação de G: *“um salário digno, gostar da profissão, trabalhar em equipe, um ambiente agradável”* indicam não apenas um requisito, mas um direito do trabalhador. As Sras. L, N e R, pela fala da Sra.L: *“ele tem que ser hábil a prestar o serviço e como todo mundo fala tem que gostar, você não tem que preocupar com salário, porque o salário é pouquinho, né? a gente tem que gostar mesmo do que faz e fazer com amor e procurar ou pelo menos tentar ajudar o próximo da melhor maneira que pode ser feito”*; L: *“ter um bom relacionamento com os pacientes, com os colegas eu acho que é um todo”*. Isso demonstra que para o trabalho ser prestado de forma segura, eficiente e de qualidade devem-se envolver amor e bons relacionamentos. No entanto, a Sra.P acredita na organização como fonte principal de melhora quando diz: *“acho que a gente deveria se organizar no ambiente de trabalho mesmo, organizar algumas coisas que estão faltando pra gente melhorar como pessoa e como profissional”*.

5.3. Contexto político-gerencial

Esta categoria engloba os aspectos relacionados à gerência e política hospitalar, que rege toda a organização dos aspectos de trabalho e provimento de recursos dentro da instituição, levantados pelos profissionais de enfermagem.

5.3.1. Funcionalidade e dimensionamento

A funcionalidade do ambiente deixa transparecer uma dificuldade de prestar assistência, pois o ambiente se encontra desorganizado, com falta de material, falta de manutenção dos equipamentos, havendo também necessidade de higiene para o ambiente de trabalho. Contudo, os participantes ainda fazem sugestões para melhoria do fornecimento do material, para melhoria da eficácia e para organização do ambiente. Isto deixa claro uma necessidade de melhora e de recursos para o ambiente de trabalho.

Os participantes D, E, I, N, M e Q relatam que, em relação aos outros problemas apresentados, se torna difícil prestar a assistência de enfermagem ao paciente hospitalizado no código *dificuldade de prestar assistência*. Em relação à estrutura física, a Sra.D relata: *“você não pode levar o paciente com a perna quebrada pro banheiro, você não pode levar um paciente acamado pra dar um banho debaixo do chuveiro”*; e Q: *“então vai passar num lugar tá com paciente gravíssimo e não tem como você passar em cima da maca, então você passa, pede alguém, principalmente ali na frente, se precisa levar um paciente pra ir para o raio X até que faz esse trajeto todo...”*. E também a falta de materiais citada pela Sra.I: *“falta abocath pra puncionar criança e não tem equipamento”*. Outro fator preocupante é a falta de médicos, relatada pela Sra.N: *“porque como tem poucos médicos, é difícil dar um bom atendimento melhor pra o paciente, acho que o maior problema que tem ali na frente, não com atendimento à enfermagem porque o nosso atendimento a gente dá, o paciente aguarda bastante tempo pelo médico”*. A Sra.M ainda se expressa sobre a demora do atendimento médico e a preocupação com paciente, na fala: *“é que, às vezes, o médico demora passar a prescrição, e aí o paciente tá lá sentindo dor, daí tem que ficar correndo atrás, daí*

eu acho difícil mas depois que passou a prescrição é tudo bem”.

A *organização do ambiente* foi observada e exposta nas notas de campo, onde se descreve a condição dos móveis para o armazenamento dos materiais, armários com etiquetas para visualização e determinação dos materiais.

Nas notas de campo, quando a *desorganização do ambiente* foi narrada a presença de *hampers* nos corredores, tubos de oxigênio e cadeiras de rodas [...] mesa de prescrição desorganizada com parede rabiscada, cheia de lembretes ali pregados.

A *falta de material* necessário para prestação da assistência ao paciente é relatada na fala da Sra.I: *“muita coisa que precisa e não tem, oxigênio, quando eu falo de material inclui isso, né? muitas coisas. Acho que tinha que ter, que é acesso às coisas mais fácil. Falta medicação na farmácia”*; e a Sra.R: *“ tem material que falta. Sempre tá faltando alguma coisa. Falta medicação. A estrutura que a gente tem não tá adequada pra o número de cirurgias que a gente tem”*.

A *falta de manutenção* foi observada nas notas de campo pela pesquisadora, principalmente na parte da construção das paredes e cômodos, telhado verde sem nenhum detalhe a não ser pelas rachaduras e sujidades, ilustradas nas figuras 9 e 10.



Figura 9- Falta de manutenção: pátio.



Figura 10- Falta de manutenção: corredor.

O código *improvisado de material* se relaciona com o aproveitamento de material disponível para prestar a assistência mesmo que ele não seja o apropriado. A Sra.F coloca: *“tem que ter as coisas pra trabalhar porque se você for trabalhar num lugar, numa emergência, você tem que improvisar, aquilo tudo até você improvisar, aquilo ali já foi”*. A Sra.L: *“procura fazer com o material que eles fornecem, a gente procura fazer o que pode”*. Já a Sra.R aborda sobre o resultado: *“ a gente improvisa de acordo com o que tem. A gente improvisa e sempre dá tudo certo, graças a Deus. Nunca deu errado, mas não é adequado e nem o ideal pro centro cirúrgico, é um improvisado”*.

A necessidade de higiene é colocada em discussão pelo código *necessidade de higiene para o ambiente de trabalho* em que os participantes relatam o que o ambiente de trabalho saudável necessita oferecer em relação à higiene dos materiais e do próprio espaço no código como diz a Sra.A: *“tem que ter primeiro limpeza depois harmonia”*; e N: *“um local limpo a estrutura tem que tá limpa*. Já a Sra.E coloca sobre a higiene do hospital: *“limpeza, tem muita poeira. Hospital tem que ser mais limpinho”*. O que intensifica as notas de campo que observam presença de embalagens ou outros tipos de lixo no chão.

A *sugestão para melhora da eficácia* é colocada pelas falas dos participantes como as formas para que o trabalho seja mais fácil. Assim a Sra.B diz: *“se trouxesse pra cá uma unidade que fizesse aqui dentro o cadastro do cartão do SUS, facilitaria muito, às vezes, chega um paciente que quer ser atendido e ele não tem cartão, só SUS, e o cartão do SUS é necessário e aí ele é chamado pra uma outra unidade pra fazer o cartão do SUS, aí surge os problemas, se tivesse alguém ali só era transferir e acabava com metade dos problemas”*. Na opinião da Sra.J: *“e tem uma coisa que eu mais primo, que tivesse uma entrada exclusiva de ambulância”*.

O Sr. C coloca que há necessidade de organização dos setores no código *sugestão para organização* quando fala *“a palavra não é reformado [...] organizado”*.

Os trabalhadores B, C, J, L e N acreditam que grande parte das funções do hospital estão relacionadas à estrutura e serviços prestados, por isso poderiam melhorar no código. *Necessidade de melhora* especificada pelas falas do Sr.C: *“espero que esse trabalho seu possa mudar muita coisa, a realidade que a gente vive hoje”*. A Sra.F fala sobre a necessidade de uma UTI no hospital; a Sra.Q comenta que deveria haver uma análise para definir as prioridades e L faz uma colocação muito atualizada quando fala *“é claro que tem, mas falta, mas não é só aqui, é em todo os lugares, a saúde nossa é muito carente, é precária mesmo, mas isso é o Brasil, o mundo, não é o hospital [...] mas eles procuram fazer o máximo que eles podem”*. J e N citam outro aspecto em relação às burocracias administrativas que a instituição apresenta em relação às mudanças *“por se tratar de um ambiente público eu não sei se vai funcionar essa questão de verbas, essa coisa, né?, se aceita doações tem tudo isso, né?, é um complexo de coisa que a*

gente não sabe mas que pode ser estudado e pode chegar a uma solução”, segundo a Sra. J. É evidenciada a esperança de melhora pelas Sras. N e P, que concordam com a Sra.O: “mas eu acredito que ta melhorando , vai melhorar muito mais porque alguns anos atrás o que o hospital já passou hoje em dia tá bem melhor [...] acho que seria um sonho”.

Os participantes relatam que os recursos materiais e humanos são imprescindíveis para prestar um serviço de qualidade. *Necessidade de recursos para o ambiente de trabalho*, como conforto do paciente, é relatada na fala da Sra.J: “*a partir da portaria, um lugar propício para o paciente, com mais conforto e espaço físico, a receptividade de todo corpo clínico*”. A necessidade de paramentação é citada por vários participantes, como a Sra.B: “*precisa me fornecer, né?, aquilo que eu preciso para desenvolver bem o meu trabalho, isso também tem que ser propício*”; a Sra.F: “*agente pra prestar um serviço bom tem que ter suporte pra trabalhar, né?*”. A Sra.I: “*bem arejado que passe mais segurança*” e a Sra.N fala sobre o material: “*um material melhor, igual eu te falei, não é só aqui, mas jeito de melhorar, dar condições de trabalho para que desenvolva um bom trabalho com material, a disponibilidade, disposição*”. Porém, foi observado descaso com material nas notas de campo, há aparelhos sem manutenção, muito antigos e mal cuidados. A Sra.O coloca sobre o resultado da falta de recursos: “*se o local não te oferece nada, tudo que você vai fazer [...] não tem uma estrutura boa, daí você precisa de alguma coisa pra desempenhar o seu trabalho melhor e não se encontra naquele espaço*”. Já a Sra.N fala sobre a falta de recursos humanos e o seu resultado: “*eu acho que o principal problema aqui é o fluxo de gente demais e o pouco de médico que atende e por mais que a gente tem acaba deixando por desejar*”.

Quanto à deficiência e falta de conservação dos materiais há um relato muito importante que leva a considerar o código *sugestão para melhoria do fornecimento de material*. O Sr.C comenta: “o equipamento poderia melhorar, porque essa carência aí pro paciente incomoda”, e a Sra. E declara: “aparelho de aerossol precisaria de mais alguns, os cômodos bem grandes [...] tinha que ter umas mesinhas pra escrever aquelas papeletas, às vezes, a gente põe no colo pra escrever”.

As formas de *descaso com o meio ambiente* observadas pela pesquisadora e agrupadas nas notas de campo se relacionam com a falta de cuidado com as plantas e espaços que fazem parte da área natural do local, conforme é observado na figura 11.



Figura 11-Descaso com o meio ambiente

5.3.2. Relacionamento entre profissional e instituição

O relacionamento entre profissional e instituição é um relacionamento em que o profissional de enfermagem se vê, ao mesmo tempo, desvalorizado e sobrecarregado com diversas responsabilidades. O interesse da instituição com o profissional é um ponto sensível que acarreta também sugestões para a melhora de recursos humanos. A atribuição de responsabilidade tem um papel importante nesse relacionamento e os profissionais sentem que merecem ter

um maior envolvimento da parte deles em decisões estruturais.

O código *desvalorização* coloca o profissional que é desvalorizado em sua produção de trabalho como fala o Sr.C: “*a gente não é valorizado bastante, o que deveria ser valorizado*”; e D: “*porque o salário já não compensa e se não tiver vontade de trabalhar*”.

A Sra.Q propõe pela sua fala a criação do código *interesse da instituição pelo profissional* em que cita a importância de um grupo de humanização que atenda os funcionários e um projeto de humanização do qual ela participe para promoção de um ambiente de trabalho saudável.

Porém, o código *sobrecarga com diversas responsabilidades*, relatado pela fala do participante C, que ainda acredita que o profissional, além de prestar sua assistência, ainda deve fazer outros tipos de trabalho, surgindo aí uma dificuldade de promoção de cuidado. Em sua descrição, o Sr. C diz: “*porque aqui a gente não é só técnico não, trabalha só com a enfermagem, trabalha com a psicologia, por mais que cada um tem a sua área tem um psicólogo e um terapeuta*”.

Ao falar sobre as responsabilidades para mudanças dentro do hospital os trabalhadores A, C, D, H, I, J, L, N, Q e R relatam que a mudança principal deve vir dos diretores ou superiores à enfermagem no código *atribuição de responsabilidade*. Em relação à responsabilidade de governantes e diretores, as entrevistas de A, C, H, L, N, Q e R se comprovam na fala da Sra.J: “*olha, a gente até tenta mas, às vezes, por ser um hospital que se esbarra em muitas burocracias, um hospital municipal que não depende só da administração, depende de verba de licitação, então muita coisa fica na vontade, mas a parte humana a gente tenta fazer todos os dias*”. E Sra.R complementa: “*é a prefeitura*

porque teria que reformar esse [...] isso aí não cabe nem a mim, nem a diretoria do hospital, daí é questão do secretário de saúde liberar a verba, né? o prefeito conseguir verba pra fazer uma reforma aqui". O que contradiz a opinião de algumas entrevistas das que colocam o envolvimento de todos que atuam no hospital no dizer a Sra. D: *"envolve todo mundo, começando pelo técnico até o chefe enfermeiro, o diretor do hospital, todo mundo e até as autoridades pra tentar melhorar o hospital, aumentar ele"*. A Sra.L diz: *"depende de cada um de nós, não adianta achar que é só os chefes, que só cabe a outras pessoas melhorar"*.

O desejo de opinar sobre o trabalho, para melhorar as deficiências do hospital foi citado no *maior envolvimento dos profissionais em decisões estruturais*. Para F e H a sua ajuda seria opinar. A fala da Sra.B é importante: *"dar minha opinião, falar aquilo que realmente esteja precisando, porque ninguém melhor pra ver, perceber do que a gente que tá ali todo dia, ali no meio [...] seria interessante também pegar sugestões do que a gente gostaria que tivesse no ambiente"*. O Sr.C :*"mostrando o problema entendeu? dando minha opinião"*, e a Sra.D: *" eu acho que teria que juntar todo mundo, um grupo para poder falar para as pessoas que cuidam dessa parte, um conjunto, porque uma opinião sozinha não vai resolver"*. Essas colocações demonstram a importância de quem vivencia o problema para resolução do mesmo, e a vontade de ter opinião dentro do ambiente de trabalho.

Os participantes N e R relataram no código *sugestão para melhora de recursos humanos necessários* sobre a falta de pessoas para complementação do corpo de trabalho. O que é evidenciado pelas falas da Sra.N: *"poucos médicos e o fluxo de gente demais, porque nos postinhos é difícil [...] as pessoas aumentaram e o hospital aumentou pouca coisa"*. A Sra.R: *"já teve uma reforma igual na ..."*

mas ainda não tá adequado não tô com o número de funcionários adequados ainda pra manter esse fluxo de sair da [...] pra ir”.

5.3.3. Anseios a serem considerados

Os profissionais almejam melhorias descrevendo sugestão para relaxar e para melhora profissional.

Sugestão para relaxar foi citada porque surgiu a necessidade de relaxamento antes ou após o início das atividades. A Sra. O sente falta de relaxar quando diz: *“porque tem determinados empregos que eles chegam e primeiro eles vão desestressar, vão rezar, fazer um alongamento, eu acho que aqui, se tivesse, seria muito bom você ter um espaço de você chegar de manhã fazer uma oração, alongamento seria ótimo, seria muito bom”.* Esse ponto de vista é também evidenciado pelas participantes E, H, J e P.

A necessidade de treinamento e educação continuada foi citada como *sugestão de melhora profissional*. Colocada como treinamento pela Sra.H: *“eu acho que deveria ter mais treinamento, porque a gente faz muita coisa e precisa fazer mais treinamento”.* Reciclagem pela Sra.J: *“eu gostaria que houvesse uma reciclagem de humanização, porque como todo profissional, outras profissões há aquele que é profissional e o profissional. É, eu acho que falta muita humanização”.* E também educação continuada lembrada pela Sra.P: *“com certeza é educação continuada, palestras, conhecimento”.*

6. DISCUSSÃO

Em relação à estrutura física, o primeiro ponto que chama a atenção é que os participantes percebem seu ambiente de trabalho como um ambiente com falhas, deficiências. Além disso, as deficiências não são superficiais ou secundárias. Elas se situam na própria estrutura, e na ergonomia do ambiente, incluindo a falta de dimensionamento, o arejamento insatisfatório, a falta de manutenção dos equipamentos e mobiliário e o desconforto visual. Esses fatores dificultam não só o bem-estar, mas o próprio trabalho em si.

Apesar de ser altamente problemático o profissional vivenciar seu ambiente de trabalho como sendo deficiente nesses aspectos, isso não é uma situação excepcional. São encontrados na literatura vários relatos similares em outros hospitais. Como exemplo, é apresentado por Marziale e Carvalho (1998), que também encontrou em uma unidade de internação hospitalar os deslocamentos inadequados, equipamentos e estrutura física insuficientes. Alexandre (1998) aborda a presença de banheiros pequenos no ambiente hospitalar, o que desfavorece o trabalhador, pois traz dores, problemas físicos e dificuldade na prestação de cuidados. A falta de recursos materiais e humanos é apresentada também por Spinola e Santos (2005), que expõem sobre o impacto destas deficiências na vida do trabalhador.

A estrutura física e seus componentes em um ambiente hospitalar são imprescindíveis para que o funcionário consiga realizar um trabalho de qualidade. Este tipo de deficiência pode causar impotência, frustração e angústia, ou seja, essa precarização hospitalar é prejudicial à saúde do trabalhador (Spinola & Santos, 2005). Lima, Jorge e Moreira (2006) não encontram essa mesma satisfação com os equipamentos, fato que foi encontrado em três entrevistas de

funcionárias que estavam no hospital recentemente e se mostravam satisfeitas com os equipamentos e com a estrutura.

Um aspecto relevante é revelado pelas entrevistas em relação ao ambiente de descanso, concordando com Lima, Jorge e Moreira (2006) considerados como bom. Um outro estudo realizado em Pernambuco por Santana (2009) mostra resultados discordantes, quando relata resultados de conforto ruim, principalmente no ambiente de repouso. Fator preocupante, pois o profissional de área hospitalar necessita de seu momento de descanso, pois a maioria trabalha em regime de escala e geralmente possui mais de um vínculo empregatício, o que pode resultar em um aumento do estresse laboral.

O trabalhador vivencia o seu trabalho, refletindo a exposição ao ambiente em que está inserido. O Ministério da Saúde relaciona a ambiência com qualidade de vida e produção de cuidado, ou seja, a estrutura, a cor, textura, cheiro, ruídos entre outros que influem diretamente na vida dos trabalhadores. A cor promove equilíbrio, bem-estar e comunicação adequada (Intercon, 2007). O branco, principal cor hospitalar, foi descrito como estressante e cansativo, tendo em vista que a coloração está diretamente ligada à iluminação. O trabalho de campo aqui realizado apresentou iluminação artificial e insuficiente, resultando nas reclamações quanto à cor branca. O ambiente hospitalar deve possuir iluminação adequada, fator que atua diretamente na produção de cuidado e na qualidade de vida de quem utiliza este espaço diariamente (Brasil, 2004; Cavalcanti, 2002; Cunha, 2004; Kirchhof *et al.*, 2005; Elias & Navarro, 2006).

Outro aspecto abordado em neste estudo é a inserção da natureza no ambiente de trabalho. É comprovado que o indivíduo necessita deste tipo de contato, principalmente o trabalhador que leva uma vida cheia de

responsabilidades, como o de enfermagem em particular, que apresenta um alto nível de estresse, devido à responsabilidade de lidar com vidas, ambientes insalubres etc. O contato com a natureza acontece através da presença de plantas, árvores, pássaros, quadros e até elementos do cotidiano que passam despercebidos pelos nossos olhos como dia, noite, chuva, sol etc. (Brasil, 2004b). Algumas áreas hospitalares não possuem nem mesmo estes contatos cotidianos, O que foi relatado nas entrevistas foi a ausência destes elementos que lembrem a natureza, ausência deste contato e ainda o descaso com as áreas verdes do hospital. Medeiros (2004) apresenta a inserção do contato com a natureza como fator indispensável para a humanização hospitalar, e ainda apresenta que a presença de um jardim no hospital auxilia na redução do estresse do profissional e do paciente.

Diante de todos os aspectos apresentados, nota-se que o profissional de enfermagem deve se adaptar ao local e situações para que haja uma boa assistência ao paciente. Desta forma, os funcionários contornam e amenizam os problemas, sugerindo, dando idéias acerca de suas necessidades que podem ser consideradas e avaliadas, pois eles vivenciam este ambiente e conhecem suas dificuldades e necessidades. Dentro das possibilidades que lhe são concedidas, são sugeridas modificações de móveis, improviso de materiais e até de contato com a natureza. O grande problema desta situação é que tudo isso reflete na vida e saúde do trabalhador. Souza, Anunciação e Thiengo (2009) apontam que essa precariedade gera descontentamento principalmente por causa da improvisação e inadequações. Barros *et al.* (2009) abordam esses fatos como um fator gerador de ansiedade. O trabalho não deve ser vivenciado com dor, com estresse, pois a produção desta área está relacionada à saúde e bem-estar da população, ou seja,

o trabalhador deve estar bem, munido de recursos para poder produzir seu cuidado com dignidade e justiça (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2006).

O que se observa é o desejo de melhora e a esperança de poder ter um ambiente melhor. Dentre as sugestões para espaço, decoração e obtenção de contato com a natureza relacionadas à estrutura física está o aumento da estrutura, melhoria de espaços, mudança de cores, inserção de quadros, criação de um jardim. Conforme estabelece o Ministério da Saúde, por exemplo, que, na sua proposta de humanização hospitalar, institui essas medidas. Brasil, (2004); Brasil, (2004 b); Vianna, Bruzstyn e Santos (2008) defendem uma estrutura hospitalar leve, ampla, com elementos de natureza ao seu redor. Boccanera (2007) sugere uma adequação de cores a cada área de acordo com a necessidade de cada usuário seja ele paciente ou trabalhador. Vasconcelos (2004) defende a inserção de um jardim, quedas d'água, arte, aquários nos projetos hospitalares. Este ainda coloca sobre o descanso, renovação, redução de ansiedade, estímulo, redução do estresse causado por esses elementos. Esse resultado também foi evidenciado pelos participantes de nosso estudo, enfatizando a necessidade deste contato para a melhor qualidade de vida no trabalho.

Durante toda a análise das entrevistas houve a percepção do otimismo dos funcionários, pois eles se encontram esperançosos, acreditam que aquela realidade irá mudar para melhor. Os empecilhos estruturais encontrados não destroem o fato de acreditarem em um sistema de saúde, um hospital que possa garantir uma melhor assistência ao usuário e uma melhor segurança e espaço para o funcionário poder promover saúde de uma forma mais saudável.

Outro ponto a ser discutido envolve os relacionamentos dentro da

instituição hospitalar. Os relacionamentos podem refletir vários aspectos sobre o que os funcionários recebem dentro desta esfera de trabalho. Os principais relacionamentos que ocorrem são entre os funcionários e entre eles e os pacientes. Nota-se pelas falas que são bons, sadios, e que há entrosamento entre a equipe de trabalho, e um processo de amigabilidade entre a equipe, além de preocupação com o paciente e/ou usuário da instituição. Para Pereira e Fávero (2001), as relações atuam como um fator motivacional para o funcionário, visto que em um ambiente onde o profissional precisa da ajuda do outro, as boas relações auxiliam na produção, deixando o dia mais leve e mais fácil. A qualidade das relações interfere diretamente na vida e na qualidade das ações prestadas ao usuário, porém más relações dentro do ambiente de trabalho podem gerar estresse e conseqüentemente um déficit na produção do cuidado (Lautert, Chaves & Moura, 1999; Barros, Humerez, Fakh & Michel, 2003; Oliniski & Lacerda, 2004 Abreu *et al.*, 2005; Oliniski & Lacerda, 2006).

Os resultados em relação aos bons relacionamentos são encontrados também em outros trabalhos como o de Batista, Viera, Cardoso e Carvalho (2005), Elias e Navarro (2006). Já Marziale e Carvalho (1998), Martins, Bronzatti, Vieira, Parra e Silva (2000) não encontraram o mesmo resultado. Ao contrário, relataram falta de interação, desunião, relações tumultuadas e conflitos entre outros. A presente pesquisa constatou que, apesar de tantas dificuldades, os participantes conseguem cultivar bons relacionamentos dentro do ambiente de trabalho. Por isso, se sentem realizados no trabalho e alguns veem-no como terapia, um aspecto relevante e positivo, pois em um trabalho feito por Marziale (2001) os enfermeiros estão insatisfeitos e a maioria pretende deixar a área. Nota-se nos relatos o amor pela profissão e pelo tempo de experiência. Na maioria dos

entrevistados, há uma preferência e afinidade pela área. A equipe está satisfeita com a profissão e este fator reflete diretamente em um trabalho com mais qualidade com um profissional mais satisfeito.

Em contrapartida, foi evidenciada uma hostilidade com o usuário. Percebe-se também que há uma ligação com aspectos estressantes como dimensionamento e circulação de ar insuficiente na área onde foi encontrado esse aspecto. Os profissionais possuem consciência de que os conflitos entre os profissionais podem interferir negativamente na assistência prestada; também observam uma desunião da equipe, o que faz com que alguns problemas não sejam resolvidos. Porém, sentem que é necessário esta comunicação, este contato com os colegas de trabalho.

Quando o profissional de enfermagem está em seu ambiente de trabalho, ele ainda faz parte de uma esfera que engloba sua família, problemas e outras peculiaridades. A interferência da vida pessoal no trabalho não foi apresentada como empecilho ou como fator dificultante da produção de cuidado, havendo clareza em relação à divisão de vida pessoal de profissional. Quando não há esta divisão, às vezes, o estresse do profissional, causado por vários fatores, inclui a vida pessoal e pode influir no trabalho assim como os problemas do trabalho interferem na vida pessoal (Marziale & Carvalho, 1998).

Como profissionais, os trabalhadores compreendem os problemas da instituição e ainda se esforçam diariamente, no trabalho em equipe, na contribuição de cada um para o trabalho de forma correta e eficaz, e ainda relatam sobre paciência, dedicação e conhecimento como requisitos para trabalhar na área, para cuidar do paciente, enfim, para vivenciar o ambiente hospitalar.

Apesar de tantos problemas estruturais e administrativos, há a percepção de que esses fatores não interferem nas relações estabelecidas entre os colegas de trabalho, os quais conseguem equilibrar-se sobre todos os obstáculos utilizando a equipe, o apoio entre eles para que o trabalho aconteça de forma mais leve, humana e que propicie o suficiente para a sua melhora de saúde. Entre os trabalhadores, as boas relações refletem, muitas vezes, satisfação de trabalhar mesmo com vários problemas. As limitações podem ser compensadas pelas amizades e vínculos estabelecidos dentro deste ambiente.

E o último aspecto avaliado encontra-se em um contexto político-gerencial, que foi citado principalmente a respeito da funcionalidade e dos relacionamentos entre os profissionais e a instituição. Os principais problemas estão relacionados à realização de ações e o fornecimento de equipamentos como a falta de material, por exemplo. Isso influi diretamente na possibilidade de prestar assistência. A falta de organização e higiene faz com que o trabalhador necessite de melhora e de recursos para o ambiente de trabalho. Para Santana (2005), estas condições estão ligadas à qualidade de vida no trabalho e pode auxiliar o aparecimento de doenças ocupacionais. Diante desses aspectos, os trabalhadores de enfermagem sugerem uma melhora no fornecimento de materiais e de criação e ampliação de áreas.

Em relação ao relacionamento entre a instituição e o profissional, ocorre uma desvalorização do profissional de enfermagem, pois o mesmo é sobrecarregado de funções, e não é incluído nas decisões sobre o seu ambiente e as ações realizadas nele. São itens importantes, pois desmotivam o funcionário que acaba achando que esses fatores só podem ser resolvidos pelos governantes e diretores, excluindo-se quanto ao auxílio da resolução dos problemas.

Alexandre (1998) prioriza a participação da equipe de enfermagem para o planejamento do ambiente físico hospitalar. Isso também é colocado por Oliniski e Lacerda (2004) como um plano administrativo que possibilite atuar nas necessidades dos trabalhadores e clientes para haver boa comunicação e renovação da política institucional, que intensifica quando os trabalhadores demonstram que a melhor forma de auxiliar é demonstrando o problema e sugerindo ações para resolvê-lo, ou seja, a participação nas decisões. Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) priorizam valorizar o trabalhador e a participação ativa nas ideias e decisões. Ou seja, para que o funcionário humanize seus cuidados é necessário que ele seja tratado com humanização, tenha importância para a instituição e seja valorizado (Casate & Correa, 2005; Boccanera 2007).

A qualidade de vida do trabalhador é influenciada por todos os aspectos relacionados ao trabalho. Os trabalhadores anseiam por relaxamento e melhoria profissional. Quando foi citada a criação de um jardim já ficou estabelecido por eles um vínculo com espaço para relaxar, renovar as energias. Tal necessidade serve de alerta para explorar mais o ambiente de trabalho, no sentido de melhorar, deixar o ambiente aconchegante, mesmo para quem o utiliza para produção de cuidados. O profissional consciente almeja o conhecimento, tendo em vista que vidas humanas requerem conhecimento e responsabilidade. A melhoria profissional citada está relacionada à educação permanente, como cita Spinola e Santos (2005) e Ricaldoni e Sena (2006). Lima, Jorge e Moreira (2006) obtiveram uma ótima experiência com educação permanente e atividades recreativas em sua pesquisa. O programa de qualidade de vida e promoção de saúde do Ministério da Saúde coloca também várias atividades para a promoção de qualidade de vida para o trabalhador como a terapia, ginástica laboral,

atendimento médico, coral, entre outras, visando à prevenção de doenças ocupacionais e melhoria da qualidade de vida que pode ser implementada aos trabalhadores dos hospitais (Brasil, 2008b).

A principal colaboração do trabalhador está no diagnóstico dos problemas e sugestões de melhoria. Às vezes, um conhecimento empírico sobre dimensionamento ou ergonomia de um trabalhador pode tornar a projeção de um ambiente muito mais saudável e produtivo, no caso de um hospital pode mudar a vida do trabalhador e do paciente.

O trabalhador continua na área hospitalar, pois consegue contornar os problemas com o ambiente usando as relações positivas com os colegas e com os pacientes, este fator o auxilia na prevenção das síndromes de estresse.

Dentre as colocações feitas pelos entrevistados, algumas podem ser realizadas em um primeiro momento. Dizem respeito à estrutura física e a construção de um jardim na área verde do hospital e à manutenção das áreas externas. O hospital é municipal e possui vínculos com órgãos da prefeitura que pode fazer as mudanças sem grandes transtornos. Outro aspecto que poderia ser feito esta relacionado com a manutenção das cores. Poderiam ser usadas tintas novas nas paredes, com cores diferentes. O azul e verde foram cores sugeridas pelos participantes.

Em relação aos relacionamentos, gostariam que houvesse reuniões para melhora da interação e comunicação entre todas as classes trabalhadoras do hospital, esta atitude não demanda gastos ou impossibilidades.

Em relação aos contextos gerenciais, a prioridade é a melhora e o fornecimento de materiais necessários para o trabalho de enfermagem, conduta que gera gastos, porém, é imprescindível para o cuidado com o paciente. Uma

ação que não depende de gastos e melhora os relacionamentos e a produção do cuidado é a inserção do trabalhador nas decisões do processo gerencial, que foi citada nas entrevistas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi possível observar que os trabalhadores percebem o ambiente de trabalho como um espaço que envolve a ergonomia da produção de cuidado, as relações e os instrumentos que lhes são oferecidos para produção do cuidado. Apresentam conhecimento sobre a influência destes na vida pessoal, profissional e na assistência ao paciente. Notam a necessidade de se cuidarem física e psicologicamente para se manterem em pleno exercício da profissão.

Esses profissionais constataam problemas no espaço edificado como a falta de ergonomia e dimensionamento das áreas, circulação de ar insuficiente, ausência de contato com a natureza. Diante desses aspectos, comprova-se que o trabalhador necessita de um ambiente de trabalho que o satisfaça de forma a colaborar com a produção do cuidado. Sugerem melhorias do espaço, decoração de ambientes e inserção da natureza no ambiente hospitalar. Um importante aspecto abordado foi a necessidade de contato com a natureza com a finalidade de desestressar-se, sugerido pelos participantes da pesquisa.

Mesmo com tantos problemas estruturais, os trabalhadores mantêm boas relações interpessoais. Demonstam preocupação com o paciente, e mantêm um vínculo amigável com os colegas de trabalho. Apontam ainda a influência das más relações com a assistência prestada, assumem ter amor pela área da enfermagem e procuram executá-la com dedicação e responsabilidade.

Outro aspecto aborda dimensão gerencial da instituição que foi relatada pelos participantes, englobando falhas no gerenciamento da organização, no material, na manutenção. Fatores compreendidos pelos funcionários que anseiam por participar das decisões da gestão hospitalar. Todos estão cientes dos aspectos burocráticos que precisam ser superados para promover mudanças.

O profissional de enfermagem assume o amor pela carreira, fato que explica sua percepção de enfrentamento diante dos problemas que a área apresenta. Mesmo em condições adversas consegue enfrentar as dificuldades, às vezes, improvisando, mas procurando desempenhar de maneira satisfatória sua função. Declaram ainda ter consciência da importância do contato com a natureza para melhora de seu bem-estar físico e emocional. Apesar das frustrações, todos assumem o cuidado do indivíduo com dedicação, responsabilidade, cuidado e paciência.

Que esta pesquisa sirva como base para trabalhos futuros, que possam desenvolver mais ações, mais sugestões e mais descobertas para a melhora do ambiente de trabalho para os trabalhadores e, conseqüentemente, uma melhora em sua saúde física e mental, para que desenvolvam um trabalho de qualidade.

8. REFERÊNCIAS

Abreu, L.O.; Munari, D.B.; Queiroz, A.L.B. & Fernandes, C.N.S. (2005). O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (2): 203-207.

Alexandre, N.M.C. (1998). Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto* - 6 (4): 103-109.

Amestoy, S. C.; Schwartz, E. & Thofehm, M. B. (2006). A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*. 19 (4): 444-449.

Backes, D. S.; Lunardi Filho, W. D. & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo*. 40 (2): 221-227.

Barros, A. L. B. L.; Humerez, D.C; Fakh, F.T. & Michel, J.L.M.(2003). Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 11(5):585-92.

Batista, A. A. V.; Viera, M.J.; Cardoso, N.C.S. & Carvalho, G.R.P. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 39(1):85-91.

Beck, C.L.C.; Gonzales, R.M.B.; Denardin, J.M.; Trindade, L.L. & Lautert, L.(2007). A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto e Contexto-Enfermagem*. Florianópolis, 16(3): 503-510, jul/ set.

Boccanera, N.B. (2009). *A utilização das cores no ambiente de internação hospitalar*. Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Brasil (2001 a). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____, (2001 b). Ministério do Trabalho. *Manual de Legislação do*

Trabalho, São Paulo, Atlas.

_____, (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ *Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____, (2004 b). HumanizaSUS: ambiência. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: *Ministério da Saúde*.

_____, (2004 c), HumanizaSUS: ambiência. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: *Ministério da Saúde*.

_____, (2008). HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de atenção à saúde, Núcleo técnico da política nacional de Humanização. Brasília: *Ministério da Saúde*.

_____, (2008 b). Saúde do Trabalhador : programa de qualidade de vida e promoção à saúde. *Núcleo Estadual em São Paulo*. Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

_____, (2009). O humanizaSUS na atenção básica. Secretaria de atenção à saúde, *Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____, (2010). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretaria de Atenção à saúde. *Núcleo Técnico da política Nacional*. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, A.L.A. & Gutierrez, P.S.G. (2005). A Assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (4): 458-461.

Casate, J.C. & Correa, A.K. (2005). Humanização do Atendimento em Saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13 (1):105-111.

Cassiani, S. H. B.; Caliri, M.H.L. & Pelá, N. T. R. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-Americana*

de enfermagem. 4 (3): 75-88.

Cavalcanti P.B. (2002). *Qualidade da iluminação em ambientes de internação hospitalar*. Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Porto Alegre.

Cezar-Vaz, M.R.; Muccilo-Baisch, A.L; Soares, J.F.S.; Weis, A.H.; Costa, V.Z. & Soares M.C.F. (2007). Concepções de Enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. *Revista Latino-Americana Enfermagem*.15 (3).

Charmaz, K. (2009). *A teoria fundamentada: Guia prática para análise qualitativa*. Porto Alegre: ArtMed.

Cunha, L.C.R. (2004). *A cor no ambiente hospitalar*. In: IV Seminário de Engenharia Clínica. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH.

Dantas, C.C. Lima, S.B.S.; Stipp, M.A.C. & Leite, J.L. (2009). Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 17 (4).

Deslandes, S.F (2004). Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1): 7-14.

Elias, M.A. & Navarro, V.L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. 14(4): 517-525.

Fernandes, J.S., Miranzi S.S.C., Iwamoto, H.H., Tavares, D.M.S. e Santos, C.B. (2010). Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto e Contexto - Enfermagem*. Florianópolis jul./set,19 (3) .

Fortes, P.A.C. (2004). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. Set\dez, 13(3): 30-35.

Intercom (2007). *A Linguagem sígnica das cores na resignificação (Humanização) de ambientes hospitalares*. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Santos – 29 de agosto a 2 de setembro de 2007.

Jodas, D.A. & Haddad, M.C.L. (2009). Síndrome de burnout em trabalhadores de Enfermagem de um Pronto Socorro de Hospital Universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22 (2):192-197.

Kirchhof, A.L.C. Magnago, T.S.B.S.; Camponogara, S.; Griep, R.H.; Tavares, J.P.; Prestes, F.C. & Paes, L.G. (2009). Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis. 18(2): 215-223.

Lautert, L.; Chaves, E.H.B. & Moura, G.M.S.S. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 6 (6).

Lamberts, R.; Dutra, I. & Pereira, F.O.R. *Eficiência energética na arquitetura*. São Paulo: PW, 1997.

Lima F.E.T., Jorge M.S.B. & Moreira T.M.M.(2006) Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3):291-6

Neumann, V.N. (2007). *Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Martins, L. M. M.; Bronzatti, J.A.G.; Vieira, C.S.C.A.; Parra, S.H.B. & Silva, Y.B (2000). Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. *Escola de Enfermagem USP*.34(1): 52-8.

Martins, V.P. (2004). *A humanização e o ambiente físico hospitalar*. In: IV Seminário de Engenharia Clínica. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH.

Marziale, M. H. P. (2001). Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deteriorização da qualidade da assistência de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 9(3):1.

Marziale, M.H.P. & Carvalho, E.C. (1998). Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista latino-americana de enfermagem* - Ribeirão Preto. 6 (1): 99-117.

Medeiros, L. (2004). *Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos especialistas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte- Natal. Mestrado pós- graduação em psicologia.

Moreno, L.C. & Moreno, M.I.C. (2004). Violência no Trabalho em Enfermagem: Um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF). 27(6): 746-749.

Oliniski, S.R. & Lacerda, M.R. (2006). Cuidando do Cuidador no Ambiente de Trabalho: Uma Proposta de Ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59 (1): 100-104.

Oliniski, S. R. & Lacerda, M. R. (2004). As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. *C i t E f C itib*. 9 (2) :43-52.

Oliveira, N.T. (2009). *O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário*. Tese (Doutorado em serviço social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Paschoa, S.; Zanei, S.S.V. & Whitaker, I.Y. (2007). Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3): 305-310.

Pereira, M.C.A. & Favero, N.A. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*. 9(4): 7-12.

Ricaldoni, C.A.C. & Sena, R.R. (2006). Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 14(6).

Santana, V. G. D. (2009). *Avaliação das condições de trabalho na percepção dos profissionais e sua relação com a melhoria da assistência nas grandes emergências do Recife*. Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Santos, A. R. (2001). *Metodologia Científica: a construção do conhecimento*. Rio de Janeiro: DP&A.

Santos, R.S. & Nóbrega, M.M.L. (2004). A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem- enfoque na teoria fundamentada nos dados. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. Ribeirão Preto. 12 (3).

Santos Filho, S.B.; Barros, M.E.B. & Gomes, R.S. (2009). A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em Saúde. *Comunicação Saúde Educação*. 12:603-613.

Souza, N.V.D.O.; Santos, D.M.; Anunciação, C.T. & Thiengo, P.C.S.(2009). O trabalho da enfermagem e a criatividade: Adaptações e Improvisações hospitalares. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. 17(3): 356-361.

Spinola T. & Santos R.S.(2005). O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(2):156-60.

Vasconcelos, R.T.B. (2004). *Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior*. Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Veiga, A.R. (2007). *Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem hospitalar*. [Dissertação] - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 120f.

Vianna, L.M.; Bruztyn, I. & Santos, M. (2008). Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 16(1):7-20.

ANEXO

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**PONTÍFICA UNIVERSIDADE DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO
MESTRADO DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS E DA SAÚDE**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você poder procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelos telefones 3227-1071.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: O trabalhador de enfermagem e o ambiente de trabalho.
Pesquisador Responsável: Júlia Maria Medeiros
Telefone para contato: (64) 9292-0181

O objetivo desta pesquisa é propor um plano de ação para o Hospital Municipal de Rio Verde a partir a um levantamento de problemas junto aos trabalhadores de enfermagem, que atuam no mesmo, considerando o ao ambiente de trabalho, estrutura física e relações interpessoais visando uma melhora na qualidade da assistência prestada e à saúde física e mental do trabalhador.

De acordo com a resolução 196/96, será apresentado o consentimento livre e esclarecido. Aos que aceitarem à participar da pesquisa serão realizadas entrevistas abertas individuais. As entrevistas serão desenvolvidas nos horários em que os profissionais estejam menos atarefados, no intervalo do período matutino e no intervalo do período vespertino. Cada entrevista será realizada com auxílio de um gravador e terá duração de cerca de dez minutos, de acordo com a disponibilidade de cada um. A entrevista pretende possibilitar uma contextualização ampla dos problemas e da forma como os profissionais lidam com estes, relacionando fatores como ambiente físico hospitalar, relações interpessoais no ambiente de trabalho e o processo de trabalho desenvolvido em âmbito hospitalar.

Frente ao levantamento de problemas serão formados grupos de discussões com os funcionários. Os grupos, no primeiro encontro, se dividirão por formação: será um de enfermeiros e um de técnicos de enfermagem, que serão, em um segundo momento, reunidos para discussão. Os que estiverem disponíveis no período matutino ou vespertino será criado um grupo, quando alguns profissionais não disponibilizarem, no dia do grupo, será realizado um outro grupo para o dia seguinte, sempre totalizando, com cada grupo, um total de três encontros. Os grupos se reunirão em local estabelecido pela direção do hospital (sala de estudos). Os grupos discutirão sobre os fatores relacionados às relações interpessoais, ambiente físico do hospital, o processo de trabalho desenvolvido por eles e outras questões que podem surgir na entrevista e no grupo. Serão coletados junto aos trabalhadores, opiniões, sugestões de melhora dentro do hospital, disponibilizar de um ambiente mais propício para realização de um processo de trabalho de qualidade e uma melhora da qualidade de vida do trabalhador de enfermagem.

O trabalho poderá acarretar riscos de relações internas junto aos administradores, constrangimento frente a entrevista e as reuniões de grupo, porém, a pesquisa assegura que os possíveis riscos se justifiquem pela possibilidade de gerar conhecimento; estabelecimento de alternativas de prevenção. O trabalho deverá ser interrompido imediatamente diante de algum risco ou dano à saúde quando este não estiver previsto no termo de consentimento. O pesquisador assumirá a responsabilidade de assistência a complicações; os sujeitos terão direito à indenização caso ocorra algum dano, e jamais será exigido do sujeito a renúncia à indenização por dano.

A participação ocorrerá nos meses de setembro, outubro e novembro, o pesquisador garante o sigilo absoluto sobre a identificação do participante, usando nomes fictícios. O participante poderá desistir a qualquer momento da pesquisa sem explicações ou pressão por parte do pesquisador ou instituição.

Não será realizado nenhum procedimento invasivo ou teste de nenhum produto.

Enfermeira : Júlia Maria Medeiros
COREM-GO :4979
