UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

STRESS E COPING ENTRE ENFERMEIROS DE CENTRO
CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

LAURA DE AZEVEDO GUIDO

SÃO PAULO

2003

LAURA DE AZEVEDO GUIDO

**STRESS E COPING ENTRE ENFERMEIROS DE
CENTRO CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO
ANESTÉSICA**

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem, Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª ESTELA REGINA FERRAZ BIANCHI

São Paulo

2003

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço
de Biblioteca e Documentação da EEUSP**

Guido, Laura de Azevedo

Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica / Laura de Azevedo Guido. – São Paulo: L. de A. Guido; 2003.

197 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Estela Regina Ferraz Bianchi

1. Estresse profissional. 2. Enfrentamento. 3. Enfermagem em Centro Cirúrgico. I. Título. II. Bianchi, Estela Regina Ferraz.

*Poder dormir,
poder morar,
poder chegar,
poder viver bem devagar e,
depois de partir, poder
voltar e
dizer este aqui é o meu
lugar.*

Toquinho/Vinicius

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **João**
Carlos e **Aura**, pelo
exemplo, pelo carinho,
pela confiança e pelo
estímulo; sobretudo,
pelo apoio e incentivo
constantes.

Vocês representam
segurança em todos os
momentos de minha
vida.

Ao meu esposo, **Paulo**,
pela compreensão, pelo
apoio e pelo estímulo
em todos os passos,
desta trajetória.

Tenho consciência das
dificuldades impostas
pela minha ausência.

Aos meus filhos, **Fabício**
e **Pedro**, que, com
carinho e respeito

souberam compreender
minha ausência. O amor
por vocês tem sido meu
principal estímulo
para estudar,
trabalhar e viver mais
feliz. Este amor
sustenta meus sonhos,
buscas e esperanças.
Amo vocês todos
profundamente e a
vocês dedico este
trabalho.

A todas as pessoas que
contribuíram, direta
ou indiretamente, para
a realização deste
trabalho, os meus mais
sinceros
agradecimentos.

Em Especial

À minha orientadora, **Prof^a Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi**, pela franca acolhida com liberdade, pelo interesse, carinho e respeito, e ainda pelas idéias, críticas e sugestões em todas as etapas deste estudo. Sua valiosa, competente e objetiva orientação foi responsável por me fazer acreditar que este fazer era possível.

À **Prof^a Dr^a Cilene Aparecida C. Ide**, pelas reflexões, orientações e críticas significativas, que impulsionaram o início do doutorado.

Às professoras **Dr^a Eliane Correa Chaves**, **Dr^a Kazuco U. Graziano** e **Dr^a Aparecida de Cássia G. Peniche**, pelos questionamentos, pelas preciosas contribuições e sugestões no exame de qualificação, que foram muito importantes e oportunas para minha trajetória como enfermeira, docente e pesquisadora.

Aos **docentes da EEUSP**, especialmente, das disciplinas cursadas no doutorado, pela contribuição na aquisição de novos conhecimentos e pelo estímulo a reflexões e questionamentos.

Às **direções dos hospitais de Santa Maria**, pela credibilidade e aprovação do projeto de pesquisa, disponibilizando os serviços para a realização do estudo.

Aos **enfermeiros** de Centro Cirúrgico/Recuperação Anestésica de Santa Maria que, prontamente, aceitaram participar e cooperar com este estudo, apesar da escassa disponibilidade de tempo.

Agradeço pela participação, atenção e seriedade no decorrer das entrevistas.

Aos professores do **Departamento de Enfermagem**, pelo apoio e necessária liberação.

À **Prof^a Anaelena Bragança de Moraes**

Ethur, pela orientação e realização do tratamento estatístico, executado com paciência, seriedade e competência.

À **Ieda Regina Stavarengo e Helena Tieko**, responsáveis pelo serviço de secretaria do Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela paciência, atenção e cordialidade dispensadas.

Às professoras doutoras, colegas e amigas, **Vera Regina Dias**

Real Lima Garcia, Rosa Maria Bracini Gonzales e Carmem Lúcia Colomé Beck, que se mostraram disponíveis e motivadoras em importantes momentos desta trajetória.

À colega e amiga **Lúcia Beatriz Ressel**, pelo convívio tranquilo e enriquecedor, pelo partilhar de experiências e dificuldades deste doutorado, minha admiração. Pelo apoio e amizade, no compartilhar as alegrias de um viver diferente em São Paulo e as angústias da ausência de nossas famílias e das dificuldades próprias da situação, meu carinho.

Aos meus tios **Nelson e Laura**, pelo carinho, apoio e presença em todos os momentos desta trajetória.

Agradeço à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, na modalidade de bolsista do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica (PICDT), pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xiv
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUÇÃO	1
1 REFERENCIAL TEÓRICO	7
1.1 Stress : aspectos históricos – evolução conceitual	9
1.2 Coping: conceitos, modelos e estratégias	15
1.3 Burnout	23
1.4 Stress e trabalho na Enfermagem	26
2 Objetivos	37
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	39
3.1 Campo de estudo	40
3.2 População do estudo	41
3.3 Instrumentos utilizados para a coleta de dados	41
3.4 Operacionalização da coleta de dados	43
3.5 Aspectos éticos da pesquisa	45
3.6 Análise dos dados	46
3.7 Análise estatística dos dados	55
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	58

4.1	Avaliação da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados.....	59
4.1.1	Avaliação da confiabilidade do instrumento para medir o nível de stress....	60
4.1.2	Avaliação da confiabilidade do instrumento para medir estratégias de coping.....	61
4.2	Caracterização da população do estudo	63
4.3	Atuação estressante do enfermeiro de CC/RA.....	67
4.4	Estressores das atividades diárias do enfermeiro de CC/RA	70
4.5	Estratégias de coping usadas pelos enfermeiros de CC/RA.....	78
4.6	Estudos de correlação	81
4.7	Sugestões dos enfermeiros entrevistados para diminuir o stress no trabalho no CC/RA.....	90
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	139
7	CONCLUSÕES.....	146
	ANEXOS.....	153
	ANEXO A – Características Gerais dos Campos de Estudo	154
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa	156
	ANEXO C – Solicitação de Autorização para Pesquisa.....	158
	ANEXO D – Instrumento nº1 – Formulário para Levantamento de Atividades Diárias de Bianchi (1990)	159
	ANEXO E – Instrumento nº2 – Inventário de Estratégias de coping de Lazarus e Folkman (1984).....	164
	ANEXO F – Distribuição das Situações consideradas Geradoras de Stress no Trabalho, por Área de Stress. Santa Maria, RS, 2002	167

ANEXO G – Distribuição das Situações que eventualmente são percebidas como Geradoras de Stress no Trabalho de CC/RA, por Área de Stress. Santa Maria, RS, 2002.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	170

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Coeficiente de Fidedignidade α de Cronbach para as áreas de stress e seus itens.	60
TABELA 2 – Coeficiente de Fidedignidade α de Cronbach para os fatores de coping e seus itens	62
TABELA 3 – Distribuição da população de enfermeiros de Centro Cirúrgico, segundo sexo e faixa etária	63
TABELA 4 – Distribuição da população de enfermeiros, segundo períodos de tempo de formação, de serviço no hospital em que trabalha e de exercício no CC/RA.....	64
TABELA 5 – Distribuição da população de enfermeiros, segundo variáveis relacionadas ao trabalho no CC/RA.....	65
TABELA 6 – Distribuição da população de enfermeiros de acordo com as variáveis: pós-graduação, outro emprego e participação em sociedade de classe	66
TABELA 7 – Distribuição das áreas de stress e do número de enfermeiros que as percebem como estressantes, no ambiente de trabalho no CC/RA	68
TABELA 8 – Escores padronizados nas diferentes áreas de stress por enfermeiro	71
TABELA 9 – Medidas descritivas da variável stress total por grupo de enfermeiros	75
TABELA 10 – Medidas descritivas da variável stress por área.....	75
TABELA 11 – Média dos fatores de coping por enfermeiro, fator total de coping e postos ocupados por enfermeiros em relação aos fatores de coping.....	78
TABELA 12 – Medidas descritivas dos fatores do coping.....	79
TABELA 13 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as áreas de stress e as variáveis de interesse	81
TABELA 14 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre os fatores de coping e as variáveis de interesse	86
TABELA 15 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre o fator total de coping e as variáveis de interesse	88
TABELA 16 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre fatores de coping e áreas de stress	88
TABELA 17 – Distribuição das sugestões feitas pelos enfermeiros entrevistados para diminuir o stress no trabalho no CC/RA, por área de stress	90

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Adaptação do modelo de stress e coping de Lazarus e Folkman (1984).....	17
FIGURA 2 – Distribuição do número de enfermeiros quanto ao stress percebido no trabalho do CC/RA.....	67
FIGURA 3 – Número de enfermeiros que se manifestam estressados por área de stress, conforme avaliação subjetiva e individual.....	69
FIGURA 4 – Nível médio de stress por enfermeiro	72
FIGURA 5 – Escores padronizados de stress total por enfermeiro	72
FIGURA 6 – Distribuição da média dos escores de stress dos enfermeiros de CC/RA, por área de stress.....	76
FIGURA 7 – Média dos fatores de coping dos enfermeiros entrevistados, por fator de coping	80

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Identificação dos itens de maior e menor stress dos enfermeiros por área de stress.....	77
QUADRO 2 – Identificação dos itens mais ou menos utilizados nos fatores de coping, pela população de enfermeiros de CC/RA.....	81
QUADRO 3 – Identificação de possíveis diferenças de variáveis através da aplicação do teste U de Man-Whitney	82
QUADRO 4 – Aplicação do teste U de Man-Whitney entre stress total e stress por área, a partir da avaliação individual e subjetiva de cada enfermeiro.....	84
QUADRO 5 – Aplicação do teste U de Man-Whitney entre o fator total de coping e algumas variáveis de interesse	85
QUADRO 6 – Teste de Kruskal-Wallis de análise de variância por postos.....	86

RESUMO

GUIDO LA. Stress e Coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

O presente estudo tem como finalidade o conhecimento dos estressores, na atuação dos enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica (CC/RA), assim como as estratégias de coping usadas. A população foi composta por todos os enfermeiros de CC/RA da cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Foram dezessete entrevistados, sendo cinco atuando em hospital privado (29,41%) e doze em hospital público (70,59). Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: formulário para levantamento de atividades diárias, e inventário de estratégias de coping. Os resultados foram tabulados e analisados usando-se testes não paramétricos. Obteve-se pela avaliação subjetiva e individual dos enfermeiros que 70,59% dos entrevistados percebem-se estressados ao atuar em CC/RA. Pela identificação dos estressores no desempenho das atividades diárias dos enfermeiros, concluiu-se que as condições de trabalho em CC correspondem à área de maior stress para 41,18% dos enfermeiros independentemente do cargo ocupado. Quanto às estratégias de coping mais utilizadas pelos enfermeiros, destaca-se a resolução de problemas. Detectou-se uma diferença significativa entre: stress total e stress percebido por meio da avaliação individual e subjetiva; stress total e o stress decorrente de possuir curso de pós-graduação; stress total e o stress referente ao relacionamento com equipe médica e de enfermagem; ao relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o ato anestésico cirúrgico; atividades relacionadas à administração de pessoal; e condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC. O enfermeiro de CC/RA é estressado, mas tem algumas estratégias que oferecem apoio à realização de sua atividade profissional.

Palavras-chave: Stress; Coping; Stress e trabalho; Stress em enfermagem; Stress em centro cirúrgico e recuperação anestésica.

SUMMARY

Guido LA. Stress and coping among nurses in operating room and recovery room. [dissertation] São Paulo: School of nursing room – University of São Paulo, Brazil; 2003.

This study intends to verify stress and coping among operating room (OR) nurses and recovery room nurses. The population was composed for all nurses in Santa Maria, RS, Brazil. The total of 17 nurses were intervened, that 29,4% was from private hospitals and 70,6% from governmental hospitals. The data was collected by “Diary activities inventory” and “ways of coping questionnaire”. The results demonstrated that 70,6% of nurses perceived as stressed. The “conditions of work” was the stressful item cited (41,18%) and was not dependent of function in OR. They answered that “solving problems” was the most useful coping strategy. Differences statistical significant were detected among; total of stress and perceived stress; total of stress and post-graduate course; total of stress and relation ship with doctors, nurses, other departments, staff administration and work conditions. In conclusion, the OR nurses were stressed but the used coping strategies in order to work and live.

Key-words: Stress; Coping; Stress among nurses; Stress in operating room and recovery room.

A photograph of a surgical team in an operating room. Two surgeons in blue scrubs, masks, and hairnets are visible, focused on a patient. The patient is lying on a table, and the surgical team is positioned around them. The background shows the circular lights of the operating room. The text is overlaid on the right side of the image.

(...)

Tudo passa, tudo
passará.

E nossa história não
estará pelo avesso
Assim, sem final
feliz.

Teremos coisas bonitas
para contar.

E até lá, vamos viver,
Temos muito ainda por
fazer.

Não olhe para trás,
Apenas começamos.

O mundo começa agora,
Apenas começamos.

Nossa vida é essencialmente um
contínuo processo de adaptação, e
podemos dizer que o segredo da saúde e
da felicidade reside na nossa
capacidade de ajustamento às condições
deste mundo.

Bauk DA 1985

INTRODUÇÃO

Como enfermeira especialista em Centro Cirúrgico (CC), Recuperação Anestésica (RA) e Centro de Material e Esterilização (CME), docente de uma universidade federal, julgo importante a apresentação de minha trajetória profissional, para poder mostrar a aderência dela aos meus questionamentos e pretensões. Meu interesse pelos clientes cirúrgicos e, especialmente, pela assistência a eles prestada no Centro Cirúrgico, teve início ainda durante a minha graduação em enfermagem, com atuação profissional iniciada em 1981, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), oportunidade em que assumi a montagem e a organização de um Centro de Material de Esterilização e, conseqüentemente, o gerenciamento de tal unidade.

Em agosto de 1983, iniciei a carreira docente, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), assumindo a disciplina "*Enfermagem em Centro Cirúrgico*", onde eram trabalhados conteúdos referentes às unidades de CC/RA/CME. Nessa ocasião, o conhecimento técnico era da maior importância, especialmente em uma unidade como o CC, em que a agilidade de pensamento e de ação, associada à destreza manual e à capacidade de organização, fazia-se imprescindível.

Diante dos enfrentamentos apresentados; da insegurança, da inexperiência e da pouca maturidade pessoal e profissional; ante o desenvolvimento tecnológico, presente no CC; e, também, devido à preocupação com a qualidade da assistência prestada ao paciente e com a necessidade de adequação do ensino, motivei-me à contínua busca de conhecimento e de aperfeiçoamento. Assim sendo, minhas perspectivas profissionais direcionaram-se, cada vez mais, às unidades de CC, RA e CME. A preocupação com o gerenciamento dessas unidades, visando prioritariamente o planejamento e a organização delas, correspondia ao meu maior desafio.

Tive a oportunidade, em 1988, de participar do primeiro Curso de Especialização de Enfermagem em CC da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), o que resultou em importante vivência pessoal e profissional e redobrou a motivação para buscar novos objetivos na área de CC. Acredito que a especialização tenha representado um grande marco em minha trajetória, principalmente, por me permitir entender a enfermagem como uma arte, uma atividade com objetivos definidos, cujos profissionais, assistenciais, docentes e pesquisadores são responsáveis e respeitados. Conheci, em São Paulo, uma enfermagem que, até então, eu desconhecia. Alguns anos mais tarde, em 1994, iniciei o Curso de Pós-Graduação, em nível de Mestrado em Assistência de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por intermédio do projeto REPENSUL (Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul).

O mestrado, tendo como eixo condutor a filosofia, permitiu-me o contato com conteúdos teóricos, até então pouco conhecidos por mim. Revisitei o estudo das teorias de enfermagem e seus principais autores; despertei para a preocupação com a Educação e com a Ética, amplamente vinculadas à assistência e, especialmente, ao cuidado, e, também, vinculadas à criatividade, à arte e à estética. Valorizei a técnica, destacando o significado e a importância da tecnologia em sala de aula, mas, enfatizando que, antes de tudo, está o ser humano – enfermeiro, cliente, família, equipe multidisciplinar – como fundamentais em todo o processo de assistência de enfermagem.

Julgo importante destacar que meu interesse, pautado nas vivências e nas preocupações diárias, mantinha-se voltado ao CC e especialmente à RA, com outro enfoque, não tão voltado à técnica, mas vinculado à sistematização e à humanização da assistência de enfermagem, procurando, por meio da tecnologia, melhores condições de desenvolvimento do cuidado.

Alguns estudos foram por mim desenvolvidos e foi possível constatar a importância da fundamentação teórica, respaldada por um marco conceitual, como forma de melhor encaminhar e viabilizar a sistematização e a humanização da assistência de enfermagem em CC/RA. Detectei, também, a necessidade de buscar a

humanização para a equipe de enfermagem, que atua em uma unidade complexa e exposta a tantos riscos como o CC.

Nesse sentido, minhas preocupações e inquietações voltaram-se para equipe de enfermagem, especialmente para os enfermeiros de CC/RA. Pensei que conhecendo a organização e o processo de trabalho nessas unidades, encontraria respostas e caminhos que me conduzissem à adequação das atividades desenvolvidas, visando à humanização da equipe de enfermagem.

Em face de minha experiência em situações de ensino, pesquisa e assistência, associada às oportunidades vivenciadas no decorrer do desenvolvimento dos créditos no doutorado, a partir da disciplina “*Stress¹, coping e trabalho*”, foi possível catalogar não só os dados que me permitissem uma melhor compreensão das situações consideradas estressantes pelos enfermeiros de CC/RA, mas também as diferentes formas de enfrentar os estressores por eles vivenciados no trabalho.

Estudar o stress entre enfermeiros de CC/RA, buscando relacioná-lo com outras variáveis poderá ajudar a compreender melhor como se dá o processo de trabalho em unidades fechadas e de alta complexidade, para elucidar e propor intervenções na busca de soluções.

A relevância do presente estudo reside, então, em identificar os estressores que, no trabalho do enfermeiro em CC/RA, constituem-se em causa de stress, sendo geradores de desgaste físico e/ou emocional. Acredita-se que o desvelamento de tais fatores pode significar possibilidades de mudança e de melhor enfrentamento de vida. Os estressores, por intermédio da análise e da reflexão, podem ser minimizados, o que repercutiria positivamente tanto na vida pessoal e profissional do enfermeiro de CC/RA, como na vida daqueles com quem ele estabelece relações e vínculos.

Nessa mesma direção, Chaves (1994) afirma que o enfermeiro age, em seu cotidiano de trabalho, com pouca ou nenhuma consciência do stress que enfrenta, por conseguinte o conhecimento do processo de stress é imprescindível para seu

---

¹ Os vocábulos stress, eutress, distress, coping e burnout serão utilizados em sua forma original, em inglês e sem aspas, por seu uso ser consagrado universalmente.

adequado enfrentamento, caso contrário, não haverá resolução, o que levará o trabalhador ao desgaste físico e emocional.

A identificação de estressores no trabalho corresponde a um dos grandes agentes de mudança, uma vez que desenvolvidas as possíveis soluções para minimizar seus efeitos, estas podem tornar o cotidiano do enfermeiro mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-lo mais como ser humano e como profissional.

Este trabalho justifica-se, também, pelo fato de ser desenvolvido em uma unidade favorável para a atividade investigativa em enfermagem, já que se reveste de particularidades relevantes tanto no processo de trabalho, quanto no âmbito da assistência de enfermagem e dos cuidados diretamente voltados ao ser humano em articulação com outros profissionais. As inter-relações entre a tecnologia e a humanização, a premência das definições e as diferentes concepções filosóficas das instituições hospitalares motivam a essa busca, visando a uma melhor compreensão das condições de trabalho dos enfermeiros de CC/RA, relacionadas a situações de stress.

Como é importante que os trabalhadores da saúde, especialmente os enfermeiros, conheçam formas de diminuir o stress no trabalho para aumentar a satisfação ao exercê-lo, procuram-se medidas que melhor os adaptem aos estressores vivenciados diariamente. Para tal fim, desenvolve-se o estudo sobre stress e coping dos enfermeiros de CC/RA do município de Santa Maria.

Para o alcance desses objetivos, realizou-se uma investigação que teve na identificação de estressores, vivenciados no cotidiano dos enfermeiros de CC/RA, e nas estratégias de enfrentamento seu ponto de destaque. Essa investigação foi fundamentada nos estudos de Lazarus e Folkman, entre outros.

Pelo exposto, pode-se explicitar os seguintes **questionamentos** como norteadores desse estudo:

- Quais são os estressores presentes no cotidiano de trabalho no CC/RA, que exercem influência sobre os enfermeiros?

- Quais são as estratégias de enfrentamento adotadas pelos enfermeiros, para diminuir o stress?
- Quais são os fatores que têm implicações no stress e no enfrentamento deste, na opinião de cada enfermeiro?

Em consequência dos estudos efetuados defende-se uma **hipótese** a respeito dos enfermeiros de CC/RA: eles interagem com os estressores e utilizam estratégias de coping para melhor enfrentá-los e conciliá-los com as condições ambientais, materiais e humanas, ou seja, para melhor superá-los dentro das características do processo de trabalho decorrentes da unidade.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Os progressos da ciência e da tecnologia têm sido co-responsáveis por importantes mudanças nas sociedades em geral e na vida das pessoas em particular, gerando transformações muito rápidas, conseqüentemente, aumentando a insegurança e causando uma revolução e reavaliação nas formas de pensar, sentir e agir, em todos os âmbitos da atividade humana.

Nesse contexto, em face dos avanços da modernidade, as inovações organizacionais, técnicas e tecnológicas, associadas ao aumento progressivo e significativo do stress ocupacional, têm exigido das pessoas constante adaptação, maior consciência e grande habilidade para enfrentar tamanhas evoluções e administrar o agravamento do stress.

Essa dinâmica, associada à vivência de cada ser humano, conduz à construção de novos conceitos, novos desafios; surge então a necessidade de aprendizado de novas formas de enfrentar a vida, novas concepções teórico-filosóficas, novas perspectivas de ação e desenvolvimento da consciência para as transformações necessárias de uma melhor qualidade de vida.

Assim sendo, os profissionais envolvidos com os cuidados de saúde enfrentam a necessidade de adequar a crescente tecnologia, vinculada tanto ao desenvolvimento dos meios diagnósticos quanto à evolução das técnicas de intervenção anestésica e cirúrgica, à qualidade de vida dos pacientes e à humanização da assistência, a fim de tornar esta menos fria e impessoal, mais receptiva e individualizada, para permitir/oferecer aos pacientes e às equipes multidisciplinares uma maior segurança, maior tranquilidade, portanto, menor impacto emocional.

A unidade de Centro Cirúrgico (CC), por possuir uma dinâmica de funcionamento diferenciada das demais unidades hospitalares, imposta pela necessidade de manutenção de um ambiente asséptico com restrição do fluxo de pessoas, onde se realizam procedimentos invasivos e de alta complexidade,

envolvendo profissionais de varias áreas, é considerada como ambiente muito especial no contexto hospitalar, dotado de características e exigências próprias. Nessa unidade há o conflito entre a burocracia sempre presente e a assistência tão necessária e estas se encontram sob a coordenação do enfermeiro.

O compartilhar de emoções, atribuições, procedimentos, responsabilidades, idéias, conflitos, faz com que o trabalho do enfermeiro, em uma unidade de CC, seja dotado de características muito peculiares. Os sentimentos diversos que emergem dos relacionamentos, muitas vezes conflitivos, fazem do CC uma unidade de grandes confrontos, na qual o prazer, a satisfação, a insegurança, o sofrimento e o stress são vivenciados diariamente em diferentes intensidades.

Ocorrem, em tal unidade, situações inesperadas, intercorrências previsíveis ou não, determinado grau de complexidade e multiplicidade das atividades, necessidade de garantir segurança aos pacientes, convívio com situações de risco cuja prioridade é a manutenção da vida dos pacientes; há, ainda exigências e solicitações constantes dos outros profissionais, dos próprios pacientes, dos familiares e dos demais funcionários, que impõem um desafio aos enfermeiros que, comumente, surge acompanhado, por vezes, de ansiedade e de stress.

1.1 Stress: aspectos históricos – evolução conceitual

Amplamente utilizado, o termo stress, na atualidade, tem ocupado lugar de destaque, pela sua divulgação em livros, jornais, revistas, estudos e pela sua importância na vida das pessoas, especialmente, quando associado a sensações de desconforto físico e psicológico. O termo stress originou-se na física e na engenharia, para designar forças que atuam sobre determinada resistência, representando a carga que um material pode suportar antes de romper-se (Bauk 1985). Na área da saúde, no início do século XX, o termo stress passou a ser utilizado.

A partir da necessidade e da importância de compreender o histórico das fundamentações teóricas, utilizadas nos trabalhos científicos, sobre stress, procurou-

se conhecer os estudos de Hans Selye, que deram origem e continuam fundamentando algumas pesquisas sobre stress, ainda hoje (Selye 1956, 1959, 1975, 1982).

Selye foi um cientista que iniciou seus trabalhos em 1925, ainda como estudante de medicina. Dedicou-se à pesquisa experimental e fez importantes descobertas para as ciências biológicas. Motivado por grande curiosidade, observou que as reações orgânicas dos pacientes, independente da causa da doença ou do diagnóstico, geralmente, eram as mesmas. A partir dessas constatações, denominou de "*Síndrome de estar doente*" à presença de sinais e sintomas semelhantes como perda de peso, perda de apetite, dores difusas, perturbações digestivas, febre e outros.

Pesquisas anteriores foram fundamentais e representaram importante base conceitual aos achados e proposições de Selye, como os estudos de Claude Bernard, que destacavam a capacidade dos seres vivos em manter constância de bem-estar e equilíbrio do organismo, mesmo com modificações externas. Posteriormente, Walter Cannon, denominou tal capacidade de homeostase, baseando-se em estímulos concretos e mensuráveis. Nesse contexto, as manifestações orgânicas eram consideradas decorrentes de estímulos de natureza física, química ou biológica (Selye 1959). O conceito de homeostase foi muito importante nos estudos que procuravam conhecer as reações do organismo a um estressor, pelo fato de o stress ser visto por Selye como uma alteração puramente biológica.

Em sua primeira publicação, Selye empregou o vocábulo stress como forma de caracterizar as reações do corpo, sugerindo a designação de reação de alarme às respostas iniciais do organismo. Em 1956, publicou o livro "*The stress of life*", que explicava o mecanismo bioquímico do stress, sendo hoje considerado o primeiro pesquisador que demonstrou as etapas do stress biológico.

Stress foi definido por Selye como uma reação inespecífica do organismo a qualquer demanda. Ao interpretar as repercussões fisiológicas do *stress*, o autor descreveu a "*Síndrome da Adaptação Geral (SAG) ou do Stress Biológico*", que foi caracterizada como uma reação defensiva fisiológica do organismo em resposta a qualquer estímulo aversivo (Selye 1959). Essa síndrome inclui três fases, quais sejam: reação de alarme, de resistência e de exaustão, todas comandadas pelo sistema

nervoso autônomo, via sistema límbico e pelo sistema nervoso central, via hipotálamo.

A fase de alarme corresponde à resposta inicial do organismo ante um estressor. Nesta, dá-se a adequação do organismo à luta ou à fuga, podendo também evoluir para a fase de resistência, que pode eliminar o estressor ou adaptar o organismo a ele. Os hormônios liberados pela hipófise e supra-renal são considerados os principais dessa fase.

A reação de alarme representa para o indivíduo um desgaste e, conseqüentemente uma alteração da homeostase, o que pode ser recuperado após a eliminação do estressor, ou com a adaptação do organismo a ele. Taquicardia, sudorese, cefaléia, alterações de pressão arterial, irritabilidade, fadiga, tensão muscular, sensação de esgotamento e alterações gastrointestinais, são alguns dos sintomas que caracterizam a reação de alarme.

A fase de resistência acontece se houver a persistência do estressor e é compatível à adaptação. As repercussões mais evidentes estão nos sistemas fisiológico, psicológico e social, que fazem com que o indivíduo se mantenha em estado de alerta. Pela resistência ao estressor, torna-se mais difícil o retorno à homeostase. Nessa fase, os sinais que caracterizam a reação de alarme não se mostram evidentes. A ansiedade, o isolamento social, a impotência sexual, o nervosismo, a falta ou excesso de apetite e o medo, são alguns dos sintomas que caracterizam a fase de resistência.

A fase de exaustão ocorre quando há continuidade do estressor e não acontece mais a adaptação do organismo. Este apresenta sinais de deterioração, levando ao aparecimento de doenças cardíacas, gastrointestinais, doenças do sistema respiratório, depressão e outras. Nessa fase, os sinais que ocorrem na reação de alarme são novamente evidenciados, de forma exacerbada e irreversível, levando ao desequilíbrio total do indivíduo, podendo culminar com a sua morte. São sintomas da fase de exaustão os específicos de cada sistema ou órgão afetado, caracterizando, assim, processos patológicos.

De acordo com Peniche (1998), embora a SAG seja descrita em três fases, estas não ocorrem de forma delimitada, visto que a simultaneidade e a rapidez

evolutiva são suas características. Bianchi (1990) destaca que para Selye, o stress é parte normal do funcionamento do corpo, pois é consequência do ato de viver. Nesse sentido, entende-se que a SAG faz parte da vida de qualquer ser humano. Cabe salientar que as três fases da SAG, propostas por Selye, foram estudadas por outros pesquisadores, que foram aprofundando suas análises e re-elaborando alguns conceitos.

O próprio Selye propõe que se denomine de Síndrome da Adaptação Local (SAL), quando o organismo se adapta ao estressor concentrado em um órgão, conforme a individualidade de cada ser humano; Vasconcelos (1992) propõe que se utilize SAL para denominar a reação de stress a partir da fase de resistência. No entanto, cabe ressaltar que nenhum dos pesquisadores avançou muito no estudo desses conceitos, o que os mantém confusos, indefinidos e em desuso.

É importante enfatizar que a Teoria Neuroendocrinológica de Selye dedicou-se à interpretação das repercussões fisiológicas do *stress*, sendo conhecida como *Teoria do Stress Biológico*.

Alguns anos após a publicação de sua primeira obra, por consideração a algumas críticas, Selye publicou outro livro, denominado "*Stress without distress*", em 1975, no qual reconhece a importância da avaliação psicológica no mecanismo de regulação orgânica, diante da multiplicidade de fatores a que o organismo está exposto. Nessa ocasião, introduziu na literatura os termos "*eutress*" e "*distress*", para estabelecer a diferença entre stress bom ou benéfico (*eutress*) e o ruim que causa reações adversas, físicas e emocionais (*distress*). Stress é, portanto, a consequência natural das experiências vivenciadas, tanto agradáveis quanto desagradáveis.

Outros autores, a exemplo de Selye, consideram *eutress* como o stress da vitória, como as consequências positivas das emoções vividas e *distress* como aflição, ou como a vivência negativa de uma situação (Albrecht 1988; Rossi 1994). No entanto, cabe salientar que esses são conceitos que permanecem confusos e sem uma delimitação clara. É possível observar que Vasconcelos (1992) refere-se a *eutress*, quando o organismo exposto ao estressor produz uma reação orgânica e consegue adaptar-se a ela, voltando ao estado de equilíbrio ou homeostase; quando o

organismo é levado a uma expoliação energética e a adaptação não se efetiva, pode-se instalar uma patologia, a tal situação o autor denomina distress.

Nota-se, ao revisar a evolução de alguns estudos sobre stress, que os trabalhos de Selye e os conceitos foram amplamente aceitos, no entanto, muitos pesquisadores têm criticado suas interpretações, especialmente, a que se refere ao stress como uma resposta fisiológica não específica (Monat e Lazarus 1991).

Esses mesmos autores consideram stress como um processo e entendem que variáveis cognitivas afetam a compreensão dos eventos estressantes. Eles ressaltam, ainda, que não é a situação nem a resposta do indivíduo que definem o stress, mas a percepção dele sobre a situação. Eles destacam, também, a tendência de ser feita a distinção de três tipos básicos de stress: sistêmico ou fisiológico, psicológico e social. O stress sistêmico é concernente aos distúrbios dos sistemas e tecidos corporais; o psicológico está envolvido pelos fatores cognitivos e o stress social está comprometido com uma unidade ou sistema social. No entanto, os autores salientam que a natureza das relações de stress ainda não se encontra claramente definida.

Para Lazarus e Launier (1978) stress é definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Tal definição é vista como um modelo interacionista, que se preocupa em colocar a subjetividade do indivíduo como fator determinante da severidade do estressor.

Lazarus e Folkman (1984) entendem que as alterações orgânicas, ligadas ao stress, têm uma etapa que é biológica e, também, uma fase na qual participam algumas funções cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem influenciar na intensidade de tais alterações. Destacam que, no modelo interacionista, acontece a avaliação cognitiva, que é entendida como um processo mental de localizar cada evento ou situação, em uma série de categorias avaliativas que são relacionadas com o significado de bem-estar da pessoa.

Esses autores compreendem o stress como algo que transcende à esfera biológica e enfatizam a importância do aparelho cognitivo como mediador da intensidade das respostas aos diferentes estímulos avaliados, diversamente pelos indivíduos, que interferem no bem-estar de cada um. Relatam ainda, que o ser

humano, sendo um ser complexo, terá que conviver com fatores que atuarão diretamente em sua estrutura biológica, resultando em demandas psíquicas. Cabe a cada indivíduo a interpretação das situações vivenciadas com a competência e a resolutividade específica de cada um.

A avaliação cognitiva constitui-se em um processo essencial para a conceituação de stress, por avaliar a interação da pessoa com o ambiente e, também, calcular os resultados desta interação, configurando em danos ou ameaça aos eventos e buscando recursos que poderiam neutralizá-los, ou seja, poderiam controlar o stress.

Nesse processo de categorização, são possíveis a avaliação primária e a secundária, as quais produzem respostas, desde as mais primitivas até as mais elaboradas, em função das áreas cerebrais estimuladas. Na avaliação primária (*primary appraisal*), o indivíduo identifica as demandas de determinada situação e define o significado do evento, podendo resultar em uma resposta comportamental, ou seja, em uma ação. Pode ser classificada como uma ameaça, como um desafio, ou ser irrelevante para a pessoa.

Nesse contexto, fica evidente que cada ser humano pensa, sente e age diante de um estressor de forma diferenciada, o que permite entender o stress como um processo interativo entre indivíduo e ambiente. O resultado da primeira avaliação dependerá da natureza do estímulo, de sua intensidade, da experiência prévia do indivíduo e de sua resposta à emoção vivenciada. Se o estressor for avaliado como uma ameaça (negativo), ou como um desafio (positivo), acontece a reação de stress, com a produção de hormônios que a caracterizam e o indivíduo realizará a avaliação secundária. Nesta, são verificadas as possibilidades e as estratégias de enfrentamento do evento estressor, ou de adaptação a ele por meio de mecanismos que podem ser efetivos ou não.

Os mecanismos e as estratégias utilizadas pelo indivíduo, como forma de lidar com os estressores, são denominados coping. Se o coping for efetivo, o indivíduo obterá a resolução do problema ou a diminuição da emoção e o evento estressor poderá ser superado; caso contrário, se as estratégias de coping forem

ineficazes, instalar-se-á a crise e dar-se-á a continuidade do processo de stress, sendo necessária uma reavaliação do estressor.

Assim sendo, a segunda avaliação (*secondary appraisal*) ocorre nos centros cognitivos de avaliação e de análise do acontecimento, determinando as medidas de enfrentamento e controle do stress, retroalimentando a primeira avaliação.

Já a reavaliação (*reappraisal*) acontece após a segunda avaliação, como forma de controle ao estressor. Os sistemas cerebrais e a consciência, com base no resultado das avaliações anteriores e dos processos de adaptação às experiências de stress, reagem reavaliando o estressor, tendo por base as informações advindas do meio ambiente ou da pessoa, decorrentes do sucesso ou não do mecanismo de coping utilizado. Se a avaliação inicial resulta em um esforço de coping, a reavaliação determinará o sucesso ou não da resposta, fornecendo retroalimentação à forma de coping utilizada.

Cabe enfatizar que, neste estudo, o referencial proposto por Lazarus e Folkman, assim como os estudos de Selye, será adotado como base conceitual. Conseqüentemente, entende-se o stress como um processo e não como uma reação única, porque um longo e delicado processo bioquímico instala-se no organismo, quando o indivíduo é exposto a um estressor. Entende-se e valoriza-se também as reações cognitivas, emocionais e comportamentais que compõem tal processo e influenciam nas alterações fisiológicas.

1.2 Coping: conceitos, modelos e estratégias

O termo coping tem sido, ao longo dos anos, estudado, caracterizado e conceituado de várias formas, conforme o pensamento de diferentes pesquisadores. No entanto, julga-se oportuno, antes de buscar sua conceituação, conhecer seu significado na língua inglesa. O verbo “*to cope*” significa lutar, competir, enfrentar (Michaelis 1993). Para Ray, Lindop e Gibson (1982), coping corresponde a uma ação direcionada ao alívio, ou uma resolução de uma situação considerada problema,

podendo ser experienciado como rejeição, controle, submissão, dependência, esquivas e minimização. Já Mengel (1982) define coping como um conjunto de comportamentos conscientes e inconscientes que um indivíduo apresenta diante de uma situação, a qual ele deseja mudar para elaborar as emoções resultantes de um estímulo estressante. É considerado, portanto, como um fenômeno composto por variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

No entendimento de Lazarus e Folkman (1984), coping corresponde a um processo pelo qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa/ambiente, que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram. Ante uma situação considerada estressora, os indivíduos realizam uma avaliação do que está ocorrendo, a fim de que o organismo possa responder adequadamente ao estressor, solucionando-o ou amenizando-o.

O contexto emocional, nessa definição, é de grande importância. É pertinente salientar que o indivíduo enfatiza a necessidade adaptativa que não é rotineira nem automatizada. Convém notar que coping representa esforços cognitivos e comportamentais, constantemente em troca com o objetivo de controlar demandas internas e/ou externas que excedem ou fatigam os recursos da pessoa, requerendo mobilização. Sendo considerado como estratégia e vinculado a ações deliberativas, coping pode ser aprendido, usado e adaptado a cada situação.

Lazarus e Folkman (1984) consideram, ainda, coping como um fator determinante da experiência de stress e da adaptação por ela gerada. Assim sendo, para os autores, coping advém de resposta aos estímulos estressantes em diferentes ambientes, como, por exemplo, o do trabalho e o da residência do indivíduo. Dessa forma, coping está associado a um estímulo, ao qual o organismo tenta se adaptar, a fim de manter a integridade do indivíduo, tanto física como psíquica. O indivíduo, tendo consciência de sua realidade, busca estratégias, em sua vivência, que pareçam adequar-se aos agentes estressores, a fim de resolver ou de adaptar-se à situação estressante.

Abordado como processo, coping é dinâmico e permite à pessoa a troca de pensamentos e ações no enfrentamento de situações estressantes. Sendo dinâmico, coping caracterizado como processo, permite à pessoa a avaliação e a definição da

estratégia a ser usada no enfrentamento do estressor, com base nas avaliações e nas reavaliações contínuas da relação pessoa-ambiente (Figura 1).

Figura 1 – Adaptação do modelo de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984)

Como forma de explicar o processo de coping encontrou-se, na literatura, algumas abordagens distintas. A primeira delas, denominada Teoria da Evolução, baseia-se no modelo de experimentação animal, segundo este a sobrevivência individual e da espécie depende das atividades comportamentais para a resolução de problemas. Foi fortemente influenciada pela Teoria de Darwin, já que a sobrevivência depende de o animal descobrir o que é previsível e controlável no meio ambiente, de modo a evitar, escapar ou dominar agentes nocivos. Outro modelo é embasado na Psicologia Psicanalítica do ego, em que coping é definido como pensamentos realistas e flexíveis de ações que resolvem problemas, reduzindo assim o stress. Este modelo se apóia nas formas de pensar e perceber sobre o relacionamento da pessoa com o meio ambiente. Sendo assim, os comportamentos baseiam-se na reflexão e na cognição do indivíduo e, também, em comportamentos adotados por ele de forma inconsciente (Moos e Billings 1982).

Existe, ainda, uma abordagem do processo de coping que se refere ao modelo interacionista cognitivo, cujo proponente principal é Lazarus. Nesse modelo, ocorrem processos contínuos de avaliação e de categorização dos fatos, além da análise do significado específico de um evento para cada pessoa. Corresponde à visão mais recente de coping a interacionista, orientada e cognitiva. Os processos de avaliação cognitivos dependem da percepção subjetiva e da interpretação de um evento e correspondem à base para as atividades de coping, determinando a qualidade e a intensidade de uma reação emocional (Lazarus e Launier 1978; Lazarus e Folkman 1984).

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) destacam quatro conceitos principais:

- coping é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- a função do coping é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio desta;

- o processo de coping pressupõe a noção de avaliação, verificando como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado para o indivíduo;
- o processo de coping constitui-se em uma mobilização de esforço, pela qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas (internas/ externas) de sua relação com o ambiente.

Ao considerar as diferentes concepções relativas ao processo de coping e entender o modelo interacionista como o mais adequado ao estudo aqui desenvolvido, optou-se pela adoção desse referencial teórico para fundamentar este estudo.

Lazarus e Folkman (1984) apresentaram informações sobre coping e destacaram a importância do estudo do significado dos acontecimentos para cada indivíduo, como fator que interfere no bem-estar de cada um. Para os autores, o stress está vinculado à relação existente entre o indivíduo e seu meio ambiente. Cabe dizer que o princípio transacional, por eles proposto, fundamenta-se em dois pontos centrais e determinantes para o desencadeamento de todo o processo de stress, quais sejam: a avaliação cognitiva do acontecimento e o controle do stress.

À semelhança de Lazarus e Folkman, Nyamathi (1989) aborda coping como um processo transacional e enfatiza que a intensidade com que cada pessoa experimenta sentimentos de ameaça ou de desafio, é determinada pelo processo de conhecimento cognitivo e pela avaliação do estressor, sendo ambos mediados e simultâneos.

Mais recentemente, Taylor (1992) justifica que coping corresponde a um mecanismo mental que protege o indivíduo de aspectos considerados ameaçadores, originários do ambiente ou de pensamentos. Este mecanismo baseia-se em comportamentos e sentimentos vivenciados anteriormente e considerados eficazes pelo indivíduo.

Para Miller (1992) coping é o modo das pessoas lidarem com situações que representam ameaça e/ou desencadeiam sensações desagradáveis e a forma de buscarem uma resolução. Mc Haffie (1992) declara que a maioria dos conceitos de coping versa sobre a tentativa de restauração do equilíbrio em resposta ao stress, sendo vista tal tentativa como um processo dinâmico.

Como forma de melhor entender o processo de coping julga-se oportuno resgatar algumas concepções que se referem aos mecanismos de coping.

Para Dressler (1980), os mecanismos de coping podem ser divididos em ação direta e defensivos. Na ação direta, o indivíduo, com base na realidade subjetiva, identifica a situação estressante e desenvolve estratégias visando a eliminar ou a diminuir os efeitos produzidos pelo estressor. Os mecanismos defensivos se referem ao uso de uma opção de defesa psicodinâmica, como o suporte social.

Moss e Billings (1982) classificam os mecanismos de coping, conforme o enfoque principal em: focalizados na avaliação, no problema e na emoção. Os autores destacam que essas categorias não são processos exclusivos e podem, conjuntamente, participar do mecanismo de coping de um mesmo estressor. No coping sob enfoque avaliativo, os autores incluem a identificação da causa do problema, o indivíduo recorre a experiências passadas e reflete sobre possíveis ações e suas conseqüências, ou seja, ele avalia e reavalia situações; sob enfoque do problema, os autores destacam a busca de informações ou de conselhos sobre determinada situação (da realidade), o indivíduo solicita ajuda para a resolução do problema; no coping sob enfoque emocional, os autores lembram que estão envolvidos esforços dirigidos ao controle das emoções geradas por um problema, o indivíduo trabalha com seus sentimentos.

É interessante notar que Bianchi (1990) destaca que os mecanismos apresentados por Moos e Billings traduzem a real preocupação com o indivíduo, para que este consiga superar as dificuldades ou obter meios de convivência com a situação e não entrar na fase de exaustão, descrita por Seyle. Existe a necessidade de expandir esses mecanismos para outras situações da vida do indivíduo, ou seja, para o trabalho, para a sociedade e buscar a diminuição dos estressores.

Os mecanismos de coping, no entendimento de Daniels (1985), podem ser divididos em quatro itens, quais sejam: autodomínio, domínio da carreira, uso de sistemas de suporte e aprimoramento do sistema de organização e familiar. O autor destaca a importância da prática de exercícios, de uma alimentação moderada e regular, assim como de um planejamento de atividades individuais, estruturais e organizacionais de forma clara, coerente e objetiva.

Cabe destacar Mc Connel (1982), este autor afirma que a eficiência do coping não depende somente do que a pessoa faz, ou seja, do mecanismo utilizado, mas também do local onde está; assim sendo, o autor destaca a eficiência do mesmo mecanismo quando usado em diferentes áreas. Bianchi (1990) aponta que diversos autores acreditam que um único mecanismo de coping não seja eficaz, sendo necessários vários mecanismos, para se obter um resultado favorável.

De maneira estratégica, Lazarus e Folkman (1984) abordam coping de duas formas distintas: centrado no problema e centrado na emoção. No coping centrado no problema, a preocupação maior está na resolução. É necessário definir o problema, enumerar as alternativas, comparando-as em termos de custo e benefício e escolher uma ação. São estratégias voltadas para a realidade, consideradas mais adaptativas, pois são capazes de modificar as pressões ambientais, de diminuir ou eliminar a fonte de stress. Na realidade, essas estratégias podem estar dirigidas ao ambiente (fonte externa de stress), ou à própria pessoa (fonte interna de stress), sendo necessária a modificação dos estados motivacionais e cognitivos do indivíduo.

No coping centrado no problema, as demandas do ambiente são identificadas e podem resultar na ação do indivíduo e na mobilização dos sistemas fisiológicos para o enfrentamento da situação (Folkman e Lazarus 1980).

O coping centrado na emoção corresponde a estratégias que derivam, principalmente, de processos defensivos, o que faz com que os indivíduos evitem confrontar-se com a ameaça, não modificando então a situação. Esse tipo de coping pode ser considerado como um processo de "*reavaliação cognitiva*", uma vez que o indivíduo realiza uma série de manobras cognitivas (fuga, distanciamento, aceitação, entre outras) com o objetivo de modificar o significado da situação, não importando se de forma realista, ou com distorção da realidade.

No coping centrado na emoção, é identificada como a percepção do stress é manifestada, cujo objetivo é alterar a emoção da pessoa diante da situação, e assim, reduzir a sensação desagradável causada pelo stress (Folkman e Lazarus 1984).

A redução da tensão, a manutenção dos estados físico, psicológico e social estáveis, o controle de significado dos estressores são algumas das razões destacadas por Lazarus e Folkman (1984) como importantes para o uso de estratégias de coping.

Como forma de mensuração do coping, encontram-se, na literatura, alguns artigos que se referem à construção e à avaliação de instrumentos propostos por diferentes autores. (Moos e Billings 1982; Stone e Neale 1984; McCrae 1984; Lipp 1984). Savóia, Santana e Mejias (1996) citam alguns destes instrumentos e destacam que as medidas de coping refletem as classificações de estratégias que os autores costumam adotar em seus referenciais.

Cada indivíduo lança mão de seus recursos internos e externos, elege suas estratégias de coping, conciliando-as, procurando, por intermédio delas, o controle ou a adaptação aos eventos identificados como estressantes. Se as estratégias de coping não forem efetivas para amenizar ou eliminar o evento estressante, o indivíduo entra em um estado de exaustão.

Convém notar que a exposição contínua a um ou a vários estressores eleva o nível de stress e nem sempre a capacidade ou habilidade de adaptação é possível. Nesse caso, quando as estratégias de enfrentamento não forem efetivas, quando não permitirem ao indivíduo o retorno a homeostase, a adaptação não chega a ocorrer e o stress se mantém, levando o indivíduo a uma situação de exaustão.

Ao se abordar o stress no trabalho, deve-se destacar que uma possível consequência do stress vivido pelo profissional, em especial pelo enfermeiro, é burnout, que será abordado a seguir.

1.3 Burnout

De acordo com Borges, Argolo, Pereira *et al.* (2002), em meio à evolução dos estudos sobre stress, surgiram os estudos sobre a síndrome de burnout, que é desenvolvida em resposta a fontes crônicas de stress no trabalho, cuja primeira descrição sistemática foi realizada pelo médico psiquiatra Herbert J. Freudenberg (1974, 1981).

Observam-se, nos estudos sobre burnout, duas perspectivas de conceituação e de abrangência do fenômeno: a clínica e a psicossocial. Na primeira, seguindo a linha de compreensão iniciada por Freudenberg, a síndrome de burnout é conceituada como um estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda do interesse pela atividade de trabalho. Ela surge em profissionais que trabalham em contato direto com pessoas na prestação de serviços, tendo os aspectos individuais, grande importância neste contexto. Na abordagem psicossocial, a síndrome de burnout é entendida como um processo que se desenvolve na interação de características do ambiente de trabalho com características pessoais, sendo sua referência o conceito adotado por Maslach e Jackson (Borges, Argolo, Pereira *et al.* 2002).

Verifica-se que os estudos de Freudenberg (1974) constituíram-se em importante base conceitual para a evolução dos conceitos relativos a síndrome de burnout. Na área da saúde, a psicóloga Christina Maslach, é apontada por diversos autores como a pesquisadora que iniciou e descreveu os estudos sobre a síndrome de burnout (Bianchi 1990; Lautert 1995).

Considerando burnout uma resposta emocional, Maslach e Jackson (1981) situam os fatores de trabalho e os institucionais como condicionantes e antecedentes da síndrome e assumem uma concepção multidimensional sobre a síndrome, em que acontece uma redução da realização pessoal no trabalho e uma despersonalização com respeito às outras pessoas.

Trata-se de uma síndrome tridimensional, decorrente de uma resposta inadequada do indivíduo a um stress crônico, no ambiente de trabalho, cujos traços principais são desgaste emocional (físico e psíquico), despersonalização (alienação e isolamento) e incompetência ou falta de realização pessoal (Maslach e Jackson 1981). Segundo Maslach (1982), a síndrome de burnout consiste em uma reação à tensão emocional crônica cuja causa reside, exclusivamente, no trato com outros seres humanos.

No entendimento de Borges, Argolo, Pereira *et al.* (2002), o desgaste ou a exaustão emocional referem-se a sentimentos de fadiga e de redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora. A diminuição da realização pessoal refere-se à percepção de deterioração da autocompetência e da falta de satisfação com as próprias realizações e com os próprios sucessos no trabalho. A despersonalização refere-se a atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com respeito às outras pessoas.

A baixa remuneração, associada ao excesso do volume de trabalho (qualitativa e quantitativamente), a diversidade de tarefas e responsabilidades, o apoio das instituições geralmente insuficiente, geram conflitos e constituem-se em importantes desencadeadores da síndrome nos profissionais da enfermagem.

O burnout é considerado uma síndrome por não haver uma distinção clara na manifestação de suas diferentes etapas, podendo ser caracterizado como uma má adaptação psicológica, psicofisiológica e com reações comportamentais inadequadas. É uma forma específica de stress ocupacional (Lautert 1997). A autora complementa que tal definição permite uma visão compreensiva de como a realidade emocional do indivíduo, associada à institucional, pode afetar os profissionais que trabalham nos serviços sociais.

É importante destacar que o burnout, sendo definido como stress crônico, vivenciado pelo profissional no ambiente de trabalho (emocional e interpessoal), não se relaciona com sentimentos positivos, o que pode acontecer com o stress.

Ao considerar a síndrome de burnout como consequência de altos níveis de tensão no trabalho, de frustração pessoal e de inadequadas atitudes de enfrentamento em situações conflituosas, Lautert (1995) imaginou haver um traço pessoal, um

organizacional e um social. Os profissionais de serviços assistenciais são mais afetados por essa síndrome, porque são profissionais que têm uma filosofia humanística de trabalho, e a diferença entre suas expectativas e a realidade que encontram, pode contribuir para os sentimentos que experimentam, complementa a autora. Geralmente, a síndrome se instala de maneira lenta e gradual, progressivamente, acometendo o trabalhador; como consequência à preocupação e aos problemas do indivíduo na instituição de trabalho.

Observa-se que alguns estudos têm enfatizado aspectos organizacionais, como a cultura organizacional e os valores na etiologia e no desenvolvimento da síndrome, como na pesquisa com enfermeiros realizada por Robayo-Tamayo (1997). Maslach e Leiter (1999) afirmam que as intervenções preventivas caracterizam-se pela promoção dos valores humanos

Lautert (1995) destaca que existem três fases, nas quais os traços essenciais manifestam-se em maior ou menor grau: na primeira fase, as demandas de trabalho são maiores do que os recursos materiais e humanos, levando o indivíduo ao stress laboral, quando percebe o excesso de trabalho, na segunda fase, o esforço do indivíduo, para adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido, faz aparecer sinais de fadiga, tensão, ansiedade e outros, exigindo adaptação psicológica do trabalhador; na terceira fase, o indivíduo reage às tensões experimentadas e a síndrome instala-se como uma resposta à situação intolerável no trabalho. No entendimento de Lautert (1995), a partir das características expostas, pode-se considerar a síndrome de burnout um tipo específico de stress, relacionado às condições de trabalho das profissões das áreas das ciências humanas.

A natureza da enfermagem hospitalar, vinculada ao cuidado de pessoas doentes, em que está presente o conflito entre vida/morte, somando-se às dificuldades econômicas e sociais da categoria e da sociedade, tornam o profissional propenso a entrar no ciclo do burnout (Bianchi 1990).

Referindo-se à enfermagem como uma profissão que tem “*predisposição*” a ser estressante, quer pela ocupação de cargos, quer pela assistência direta aos pacientes, quer pelos estressores que podem ser variados, Bianchi (1999) sustenta que o stress no trabalho ganhou mais espaço quando, na década de setenta, surgiu o

conceito de burnout. A autora afirma também que, se o ciclo do burnout não for interrompido, o indivíduo entende como última saída a demissão do emprego e, em última instância, a troca de profissão pelo gasto de energia de adaptação, pois o burnout é a fase final do stress, isto é, a exaustão.

É pertinente salientar que o excesso de trabalho, tanto em volume como em qualidade, e a diversidade de tarefas, os valores da organização, seus objetivos, suas políticas organizacionais e a falta de coerência com a prática são pontos de fundamental importância, quando se pretende avaliar e identificar as possíveis causas desencadeadoras da síndrome de burnout (Maslach e Leiter 1999).

1.4 Stress e trabalho na enfermagem

O trabalho pode ser entendido como uma atividade que permite ao ser humano uma inserção social, na qual os aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados. Ele também pode tanto representar equilíbrio, desenvolvimento, satisfação, quanto pode causar desajuste, deterioração e ser responsável pelo aparecimento de doenças; portanto, pode levar o trabalhador a uma crescente insatisfação.

É preciso lembrar as características da enfermagem, enquanto profissão: associada a um trabalho fortemente normatizado; com contínua fragmentação, devido à divisão de tarefas e técnicas; com um sistema de turnos; com rotatividade dos funcionários (equipe de enfermagem), exigida pelos serviços; além da excessiva responsabilidade e da necessidade de ampliação de conhecimentos técnicos e tecnológicos. Visando a um melhor atendimento ao ser humano, pode-se observar, diante desse quadro, o crescente desinteresse dos enfermeiros pela profissão e, conseqüentemente, o desencadeamento de situações de insatisfação e de stress.

Pode-se ainda considerar, como importantes fatores de desestabilização no trabalho do enfermeiro, a limitada autonomia, a pequena liberdade de decisão e de

criatividade, associadas às constantes pressões e às transições do mercado de trabalho.

Ao revisar a literatura, verifica-se que, na década de oitenta, o ensino e a assistência de enfermagem, na unidade de CC, eram direcionados por um referencial teórico-metodológico composto por três aspectos básicos: o primeiro, versava sobre a questão administrativa do CC, compreendendo-a como um sistema sócio-técnico-estruturado; o segundo, denominado de conceitual-filosófico, destacava a assistência de enfermagem perioperatória; e o terceiro aspecto, enfocava a atuação do enfermeiro em CC. Esses aspectos expressavam o pensamento e direcionavam os estudos e as pesquisas dos enfermeiros de CC, principalmente de alguns docentes da Escola de Enfermagem da USP.

No que se refere ao aspecto administrativo, o CC, concebido no enfoque sistêmico, dentro de um macrosistema organizacional denominado hospital, é apresentado como um sistema com subsistemas específicos, com responsabilidades funcionais, com divisão do trabalho, com padrões e valores que devem fixar o desenvolvimento operacional da unidade, além de permitir uma constante integração com os demais subsistemas, cuja finalidade é atingir os objetivos pré-fixados (Castellanos 1987; Jouclas 1987; Avelar e Jouclas 1989).

Entende-se o CC como parte do macrosistema hospitalar, cuja estrutura constitui uma organização de status, poder, papéis e metas, segundo alguns autores, na década de oitenta, tais como: Kast e Rosenzweig (1980), Castellanos (1987), Jouclas (1987), Avelar e Jouclas (1989).

O segundo aspecto, denominado conceitual-filosófico de assistência de enfermagem perioperatória, foi abordado por Castellanos e Jouclas (1990) e se constitui numa diretriz, para determinar ações específicas da competência do enfermeiro na intervenção de enfermagem de forma sistematizada. Esse modelo estabelece fases de atuação do enfermeiro, como pré-operatório imediato, transoperatório, recuperação anestésica e pós-operatório imediato.

Seu referencial é o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que enfoca conceitos de assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, cujo objetivo é o atendimento de

enfermagem ao paciente que irá se submeter a um procedimento anestésico-cirúrgico.

Para assegurar a validade desse processo, se faz necessária a comunicação com todos os envolvidos na assistência ao paciente e o registro de todas as ações desenvolvidas durante o período perioperatório, assegurando a documentação legal da assistência prestada.

É importante destacar que a recuperação anestésica, nesse contexto, é considerada como parte integrante do sistema de CC, representa um de seus subsistemas. Sendo assim, muitos estudos, quando se referem à CC, englobam a RA. No entanto, cabe ressaltar a lacuna existente quanto a publicações em nível nacional, especificamente voltadas à RA. Sendo esta uma das razões de escolher-se o estudo do stress do enfermeiro no CC/RA, por entender a importância do seu trabalho nesta unidade e as repercussões desse trabalho em sua saúde física e mental, pois é preciso considerar a complexidade da assistência de enfermagem em um momento de risco e de instabilidade para o paciente, o que, conseqüentemente, significa enfrentamento de situações de stress para os enfermeiros.

O terceiro aspecto do referencial teórico-metodológico, relacionava-se às áreas de atuação do enfermeiro de CC. Neste sentido, Castellanos e Mandelbaum (1985) adotaram um modelo representado por três áreas de atuação do enfermeiro em CC.

A área de atuação independente do enfermeiro em CC engloba as atividades relacionadas ao seu papel profissional, resgatando a assistência de enfermagem e concretizando a operacionalização do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAEP). A área de interdependência corresponde às atividades realizadas em colaboração com os demais profissionais e com o pessoal dos serviços de apoio. Na área social, estão incluídas as atividades que correspondem ao desenvolvimento da atuação do enfermeiro no ensino, na pesquisa e na participação em associações de classe de modo geral.

Segundo Jouclas (1987), as atividades do enfermeiro em CC sofreram fortes influências no final da década de setenta, quando importantes mudanças nos modos de intervenção da enfermagem em CC passavam a acontecer, tais como a ampliação

da fase transoperatória para a fase perioperatória, e a definição da assistência de enfermagem perioperatória pela *Association of Operating Room Nurses* (AORN), em 1978. Essas transformações demarcaram a década de oitenta, que se caracterizou pela procura de uma melhor qualidade de assistência prestada ao paciente cirúrgico. Qualidade que continua sendo buscada de forma enfática pelos enfermeiros de CC.

Na década de noventa, vários estudos foram apresentados e publicados cujo objetivo era a aplicação desse sistema teórico de entender a assistência em CC, analisando, avaliando e propondo formas de intervenção, conforme as condições e a realidade de cada serviço. Muitas pesquisas realizadas principalmente em São Paulo, representaram importante base conceitual e modelo de avaliação para outros serviços.

Destaca Avelar (1995) que urge ao enfermeiro de CC exercitar uma visão crítica e reflexiva em relação à realidade que vivencia, desenvolvendo competência para assumir posturas críticas e políticas e não só atividades de cunho cientificista.

Assim sendo, um dos grandes desafios da enfermagem em CC, hoje, é a prestação de um cuidado que vá ao encontro das necessidades e das aspirações dos clientes, que não se reduza aos procedimentos técnicos e administrativos, sem dúvida, necessários e valiosos, mas desprovidos de um significado maior quando não focalizados dentro da perspectiva de um cuidado humanizado. Por outro lado, para prestar um bom atendimento, cabe à equipe de enfermagem acompanhar o desenvolvimento tecnológico e o aprimoramento de novas técnicas, dinamizar e manter um elevado nível de assistência e exigir, para isso, pessoal capacitado com conhecimento técnico, com metas definidas e com condições de integração com os demais membros da equipe multidisciplinar.

Os estressores para Bauk (1985) estão presentes em qualquer tipo de atividade e não se deve esperar um trabalho sem stress, pois o que é percebido como ruim para alguns indivíduos, pode ser entendido como estímulo para outros.

Cumprе ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem verificado que o desgaste dos trabalhadores, provocado por algumas condições de trabalho, é um dos fatores mais significativos no aparecimento de doenças e na determinação do stress (Lima 1997).

Masci (1988) salienta que o trabalho traz felicidade por suas características sociais, econômicas e psicológicas; no entanto, ao mesmo tempo, expõe o indivíduo a pressões diárias, de várias ordens, potencialmente maléficas, sendo uma delas o stress.

As complexas modificações que vêm acontecendo em todos os níveis de assistência à saúde da população, associadas à deterioração dos serviços de saúde, têm exigido dos enfermeiros grandes responsabilidades, por isso é necessário que haja uma prática coerente, em que seja permitida uma maior valorização do trabalho a partir de novas formas de assistir, privilegiando o cuidado, com menores riscos e maior segurança, tanto para pacientes quanto para a equipe multidisciplinar.

No entanto, o ambiente hospitalar, ainda se constitui em uma importante fonte geradora de stress para os profissionais, principalmente, pelo sofrimento vivenciado nesse local. A partir daí, entende-se como muito importante tanto a identificação e a avaliação dos estressores, feita pelos indivíduos, com o objetivo de melhor enfrentá-los, quanto a história de vida, as experiências vivenciadas, o autoconhecimento, a personalidade deles e a organização do trabalho, juntamente, com as relações, que nele acontecem, tudo é de grande importância para uma adequada avaliação e conseqüente enfrentamento dos estressores.

Assegura Silva (1996) que ainda não existem dados sistematizados, que permitam apreender a real dimensão da problemática de saúde vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem no Brasil. Afirma a autora que, na última década, embora tenha havido um aumento no número de publicações relativas à saúde e ao trabalho de enfermagem, estas não foram suficientes para caracterizar qualitativamente os problemas específicos dessa relação.

Nessa conjuntura entende-se que o stress faz parte da vida e pode ser desencadeado por um grande número de estímulos, correspondendo a um fator de grande importância, especialmente quando relacionado a alterações do estado de saúde e bem-estar dos indivíduos, podendo levar a alterações físicas, psíquicas e, até mesmo, à morte.

De acordo com Lautert (1995), não se pode deixar de ressaltar a importância de uma ação preventiva do stress, que permita ao indivíduo o desenvolvimento de

suas reais potencialidades no ambiente de trabalho, reduzindo riscos potenciais de instalação de um processo de stress. Destaca ainda a autora que diversos estudos têm considerado o trabalho do enfermeiro, principalmente no âmbito hospitalar, como estressante para seus profissionais, pois exerce grande influência sobre o comportamento humano.

As diferentes situações de trabalho, associadas aos conflitos e aos sentimentos dos trabalhadores, comprometem não só o desempenho produtivo, mas também, o equilíbrio físico e emocional deles.

Representa consenso, para muitos pesquisadores, que a enfermagem é uma profissão estressante, fato que tem estimulado o desenvolvimento de estudos por profissionais, enfermeiros ou não. Bianchi (1999) destaca que a enfermagem é reconhecida, mundialmente, como uma profissão estressante.

Observou-se, revisando a literatura, que vários estudos foram desenvolvidos relacionando stress à atividade profissional e voltados, em grande parte, ao estudo dos grupos de risco, tais como, diabéticos, aidéticos, hipertensos e outros (Lipp 1996, 1998, 1999, 2000; Molina 1996; Rossi 1994), vinculados, especialmente, às ciências psicológicas e sociais.

Constatou-se, ainda, o estudo do stress nas unidades de terapia intensiva, vinculados aos profissionais da saúde, aos pacientes e a seus familiares, que objetivaram identificar fontes de stress e de manifestações decorrentes do trabalho em UTI (Spíndola, Castañon e Lopes 1994; Pagano 1995; Ferreira 1998).

No que se refere aos profissionais enfermeiros, destaca-se que, na última década, houve um aumento significativo de estudos vinculando a atividade profissional às condições de trabalho e à qualidade de vida, levantando dados concretos sobre tais situações. Por outro lado, evidencia-se, também, que esses estudos assumem enfoques diferentes, sejam voltados para aspectos físicos seja psicológicos, de acordo com suas bases conceituais.

Nesse sentido, a partir da década de noventa, foram apresentados alguns trabalhos e várias teses de doutorado e dissertações de mestrado, cujo tema central versava sobre stress foram apresentadas. Alguns estudos relacionados ao trabalho e ao ensino serão apresentados a seguir.

Bianchi (1990) analisou a **atuação do enfermeiro em CC, a partir da abordagem de estressores**², concluiu que os fatores estressantes relatados pelos enfermeiros, relacionam-se com as condições de trabalho. Estatisticamente, houve correlação entre nível de stress e tempo de serviço no CC, da mesma forma que a correlação foi significativa quanto à associação de escolha da área e/ou treinamento e/ou experiência anterior.

Silva e Bianchi (1992) realizaram um estudo sobre levantamento de estressores com enfermeiros de centro de material. Foi considerada a área administrativa como a maior fonte de stress na unidade.

Chaves (1994) pesquisou stress relacionado ao trabalho do enfermeiro no turno da noite, vale dizer, investigou a influência de algumas características individuais no ajustamento e no enfrentamento do stress causado pelo trabalho noturno. Os resultados indicaram que o estado de sono do momento piorava à medida que os escores de traço de ansiedade, ou de padrão de comportamento para o stress, aumentavam; já o estado de saúde piorava à medida que o escore para o traço de ansiedade era mais elevado, ou o tempo do turno de trabalho era maior.

Pagano (1995) verificou situações estressantes junto aos enfermeiros de terapia intensiva, os resultados do estudo apontaram a assistência ao paciente como a área de atuação de maior stress para os enfermeiros da UTI. A autora evidenciou como geradores de tensão: o tempo insuficiente para prestação de cuidados, a falência de equipamentos, as situações de emergência, a sobrecarga de atividades burocráticas e o número insuficiente de pessoal de enfermagem.

Lautert (1995) estudou o desgaste profissional dos enfermeiros, em hospital, com base na Síndrome de Burnout. Concluiu que houve desgaste físico na população estudada. Nas instituições investigadas, encontrou enfermeiros acometidos pela referida síndrome. Ela assegurou que a síndrome de burnout decorre de altos níveis de tensão no trabalho, que conduzem a inadequadas atitudes de enfrentamento, aumentando o grau de tensão e produzindo uma sensação de frustração pessoal nos enfermeiros.

---

² O grifo é da autora, para identificar os trabalhos desenvolvidos em unidade de CC.

Lima (1997) balizou o nível de stress e identificou fatores de risco de stress junto à equipe de enfermagem em CC. Estudando o stress ocupacional, procurou procedimentos que pudessem minimizar os fatores de risco de stress no ambiente de trabalho em CC, de um hospital escola. Os resultados mostraram índices normais de stress em 92% dos funcionários, foi verificado também que existe algum comprometimento da saúde mental e física desses trabalhadores. Foram destacados alguns fatores de risco que tiveram uma associação significativa com o nível de stress, tais como: o relacionamento interprofissional, as atividades de receber e atender aos alunos do curso de medicina, o auxílio no posicionamento dos pacientes para cirurgia e o encaminhamento de peças para exame anátomo-patológico. As sugestões dadas referiram-se à melhoria qualitativa e quantitativa de recursos tanto humanos, quanto de materiais no CC.

Ferreira (1998) realizou estudo em um hospital público de cardiologia, a fim de investigar o stress na equipe de enfermagem em UTI clínica e cirúrgica. Detectou, como estatisticamente significantes, as associações entre traço de ansiedade, traço de stress, estado de ansiedade, estado de stress e a satisfação no trabalho. A autora concluiu que, diferente do até então apresentado pela literatura, nesta pesquisa, os profissionais de enfermagem da UTI, em sua grande maioria, apresentavam baixo nível de ansiedade e de stress. Ela questionou se essas pessoas já haviam desenvolvido estratégias de enfrentamento eficazes para minimizar o stress existente, ou já haviam ultrapassado a fase de resistência do stress; questionou ainda se a emoção predominante não seria mais a ansiedade, mas a depressão ansiosa. No final do trabalho, a autora informou que esta investigação não foi incluída no estudo.

Stacciarini (1999) realizou pesquisa relacionando o stress ocupacional e os estilos de pensamento e de coping à satisfação no trabalho e ao mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. A autora declarou que os enfermeiros que trabalham em unidades fechadas, que estão quase sempre tratando de pacientes graves e vivenciando experiências como situações de morte, são levados a crer que precisam ser pensadores automáticos e intuitivos para realizarem esses trabalhos. No entender da autora, o pensamento experiencial pode ser um tipo de proteção, se tais enfermeiros fossem mais racionais, provavelmente sofreriam mais, como consequência, teriam mais problemas psicológicos e mais stress. Concluiu que o

stress ocupacional e o pensamento racional são preditores significativos do mal-estar psicológico; que o stress ocupacional, associado a algumas dimensões do pensamento construtivo e aos estilos de pensamento, é preditor significativo do mal-estar psicológico, mas não significativo para o mal-estar físico ou para a satisfação no trabalho.

Bianchi (1999) apresentou um estudo identificando e comparando os estressores na atuação de enfermeiros hospitalares, diferenciando os estressores por locais de trabalho, como unidades abertas e fechadas. Concluiu que todas as áreas de atuação do enfermeiro foram consideradas estressantes. Nas unidades fechadas, as atividades relacionadas ao seu adequado funcionamento, obtiveram maior escore para os estressores; já a participação em cursos de pós-graduação parecia diminuir o nível de stress para os enfermeiros atuantes nas áreas relacionadas à administração de pessoal e condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro.

Anabuki (2001) realizou estudo com o objetivo de identificar e analisar as situações geradoras de stress, percebidas pelos enfermeiros de um hospital de ensino de São Paulo. Os maiores índices de stress (IE) foram identificados na atuação gerencial. A autora sugere a reorganização do trabalho como estratégia para minimizar a exposição dos enfermeiros às cargas psíquicas geradoras de stress.

Farah (2001) investigou o nível de stress em estudantes de graduação em enfermagem, os resultados foram estatisticamente analisados e permitiram concluir que os escores apresentados pelos alunos são indicativos de stress psíquico, distúrbio de sono e psicossomáticos. A autora criou um programa educativo, a partir dos resultados obtidos, que foi passível de implementação e resultou em alterações estatisticamente significantes, que influenciaram positivamente para estimular fatores de coping e diminuir os níveis de stress psíquico.

Massaroni (2001) pesquisou, em abordagem qualitativa, tendo adotado o referencial teórico das representações sociais e a análise de conteúdo como forma de alcançar seu objeto: **estressor/ stress/ estratégias de enfrentamento dos integrantes da equipe de enfermagem do CC**. Os resultados evidenciaram que os integrantes da equipe de enfermagem reconheceram estar sob influência do stress no

cotidiano de trabalho. Vários estressores foram apontados, ressaltando as relações interpessoais como responsável por tornar o CC um setor estressante.

Caregnato (2002) inquiriu sobre **stress ocupacional na sala de cirurgia, procurou o entendimento e a compreensão da realidade manifestada pela equipe multiprofissional** de um hospital universitário de grande porte. Observou que o relacionamento interpessoal foi a fonte de stress mais freqüente e significativa para os participantes. Destacou que, para o enfrentamento das situações de stress, os profissionais procuram ficar centrados no problema, na emoção e em manobras de alívio e desenvolvem as relações sociais. A autora verificou que o comportamento dos diferentes profissionais da equipe, em situações de stress, são semelhantes.

Pode-se observar, a partir dos estudos anteriormente citados, que existe uma lacuna no estudo do stress e do coping, vale entender, no que se refere ao stress do enfermeiro de CC/RA constituído em suas relações com o trabalho.

Diante desse panorama, percebe-se que existe uma preocupação crescente por parte dos enfermeiros no direcionamento de suas pesquisas, no sentido de identificar situações desencadeadoras de stress no ambiente de trabalho, na assistência prestada em diferentes cenários, e, também junto a acadêmicos de enfermagem e outros profissionais. Pode-se, dessa forma, afirmar que a década de noventa correspondeu a um importante período de diagnóstico de situações de stress para a enfermagem brasileira.

Pela consciência de que os altos índices de tensão no trabalho conduzem a um aumento de conflitos nos relacionamentos, que podem dificultar o enfrentamento dos estressores, percebe-se, nos estudos citados, que, apesar das diferentes metodologias e dos referenciais teóricos utilizados, os resultados se assemelham.

Nos estudos voltados à equipe de enfermagem e às equipes multidisciplinares que atuam na unidade de CC, identificam-se os relacionamentos interpessoais como causa de maior stress no trabalho. Por outro lado, observa-se também que a falta de condições para o adequado funcionamento da unidade e as próprias condições qualitativas das equipes representam importantes fatores desencadeadores de stress.

Em função dos avanços na compreensão dos efeitos do stress tanto na vida pessoal quanto na pública, e, especialmente no cotidiano do trabalho dos enfermeiros

e ainda, pelos estudos já realizados, pretende-se buscar, junto aos enfermeiros de CC/RA, dados que permitam elucidar um pouco mais as relações entre stress e trabalho desses profissionais.

2 OBJETIVOS

Como forma de responder aos questionamentos de pesquisa e respeitando os limites da hipótese defendida para esta investigação, pretende-se, com este estudo, alcançar os seguintes objetivos:

- determinar os estressores relatados pelos enfermeiros de CC/RA, do município de Santa Maria, RS;
- identificar as estratégias de coping utilizadas por tais enfermeiros;
- analisar as relações entre fatores de stress e mecanismos de coping, utilizados pelos enfermeiros de CC/RA;
- propor medidas de controle de stress evidenciado junto aos enfermeiros de CC/RA.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Este é um estudo descritivo, comparativo, transversal e de campo, com abordagem quantitativa.

3.1 Campo de Estudo

Este estudo foi realizado na totalidade de hospitais existentes no município de Santa Maria, que preencheram o critério de manter enfermeiro atuando em CC/RA, independente de cargo ou função desempenhada na unidade. Apenas um dos hospitais do município não foi incluído no estudo, por não haver enfermeiro no CC/RA, critério adotado para escolha da população. Trata-se de um hospital militar e federal.

Santa Maria é uma cidade de médio porte, localizada no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 1.693 km² e 243.396 habitantes (Fundação IBGE 2003).

A rede hospitalar do município é composta por seis hospitais; destes, dois são privados, prestam atendimento a pacientes particulares e conveniados; dois prestam atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um, municipal, e o outro, federal e de ensino. Os outros três hospitais são militares, sendo um estadual e dois federais, estes prestam atendimento aos militares e a seus dependentes. Algumas características gerais dos hospitais se encontram no ANEXO A.

3.2 População do Estudo

Neste estudo, foram considerados todos os enfermeiros de CC/RA do município de Santa Maria, independentemente de cargos ou funções ocupados e da abrangência de tais atuações.

3.3 Instrumentos Utilizados para a Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos, apresentados a seguir:

- **Instrumento nº 01:** Formulário para levantamento de atividades diárias, de Bianchi.

Elaborado por Bianchi (1990), este instrumento foi testado e, posteriormente, utilizado pela referida autora para a realização de entrevistas com enfermeiros de centro cirúrgico, com o objetivo de verificar situações estressantes nesse ambiente de trabalho. Ele se apresenta dividido em duas partes, uma delas contém dados de identificação; a outra se refere a situações do dia-a-dia do enfermeiro de centro cirúrgico.

Nesse mesmo instrumento, foram acrescentadas algumas questões abertas, por meio das quais os enfermeiros entrevistados fizeram uma avaliação individual e subjetiva sobre o stress vivido no trabalho.

Na primeira parte, buscou-se uma descrição do perfil do enfermeiro de CC/RA, com o objetivo de melhor caracterizar essa população entrevistada, por intermédio dos seguintes dados: sexo, faixa etária, tempo de formado, tempo de serviço no hospital, tempo de serviço no CC/RA, cursos de pós-graduação, cargos

ocupados atualmente, carga horária semanal, faixa salarial, outros vínculos empregatícios e participação ou não em alguma sociedade de classe.

Na segunda parte, foram elaboradas três questões abertas, como forma de avaliação individual e subjetiva do stress percebido pelos entrevistados. A identificação dos estressores vivenciados pelos enfermeiros no trabalho no CC/RA, as sugestões para diminuir esse stress e, também, a ocupação dos enfermeiros que referem não perceber o stress no trabalho, também foram pontuadas.

Na terceira parte, pela abordagem das atividades diárias, foram identificadas situações comuns à atuação do enfermeiro de CC, que englobaram o relacionamento profissional com os demais membros da equipe atuante no CC e com outros profissionais que atuam na assistência de enfermagem no período perioperatório; na administração da unidade e na equipe de enfermagem. Também foram destacadas as condições de trabalho no CC.

Este instrumento constitui-se por 67 itens referentes aos estressores presentes na atuação do enfermeiro no CC/RA; nele o entrevistado classificou cada um desses itens em valores variáveis de 01 a 07, usando a escala tipo Likert, conforme propõe Bianchi (1990). Nesta escala, o número 01 é considerado como "*pouco desgastante*", o número 04 como "*valor médio*" e o número 07 como "*altamente desgastante*". O valor zero foi utilizado para indicar que o enfermeiro não executa a atividade abordada.

- **Instrumento nº 02:** Inventário de estratégias de coping de Lazarus e Folkman.

Proposto por Lazarus e Folkman (1984), o inventário de estratégias de coping corresponde a um questionário composto por 66 itens, incluindo pensamentos e ações utilizadas para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante, centralizando-se no uso de estratégias de coping.

Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o português por Savóia, Santana e Mejias (1996). A fim de verificar a validade, confiabilidade e adequabilidade para a realidade brasileira, Savóia, Santana e Mejias (1996)

concluíram ser necessária a reorganização dos itens, mantendo, no entanto, os oito fatores classificatórios propostos por Lazarus e Folkman (1984).

Cada item do instrumento oferece quatro opções de resposta, com valores variáveis do zero a três, usando a escala tipo Likert. Nesta escala, o zero é usado para identificar o “*não uso da estratégia*”, o número um para “*usei um pouco*”, o número dois para “*usei bastante*”, e o número três para “*usei em grande quantidade*”.

3.4 Operacionalização da Coleta de Dados

Os dados foram coletados pela autora, em entrevista previamente agendada com cada enfermeiro, conforme a conveniência dele, no período de agosto a dezembro de 2001.

Inicialmente, o enfermeiro entrevistado foi informando de como seria conduzida a entrevista. Na ocasião, o entrevistado foi questionado sobre a melhor forma de conciliar o trabalho no CC/RA e a atenção dispensada ao pesquisador, uma vez que as entrevistas foram realizadas no horário de trabalho e dentro dos centros cirúrgicos.

Como se previu inicialmente, a coleta dos dados pode ser dividida em quatro momentos, todos em um mesmo dia e turno, o que permitiria ao entrevistado um intervalo entre eles, não comprometendo nem o levantamento das informações necessárias ao estudo, nem a atividade profissional dos entrevistados.

Tais momentos foram assim divididos:

- ***I momento***   *Parte 1 do instrumento de nº 1: levantamento dos dados de identificação do entrevistado (ANEXO D);*
- ***II momento***   *Parte 2 do instrumento de nº 1: questões abertas sobre stress no trabalho no CC/RA (Avaliação individual e subjetiva, ANEXO D);*

- **III momento**   *Parte 3 do instrumento n° 1:* Formulário para levantamento das atividades diárias, segundo Bianchi (ANEXO D);
- **IV momento**   *Instrumento n° 2:* Inventário de estratégias de *coping*, de Lazarus e Folkman (ANEXO E).

Os dois primeiros momentos da entrevista permitiram uma grande interação entre o entrevistado e o entrevistador. Os dados levantados foram sendo registrados no próprio instrumento, utilizado como roteiro, o que facilitou a organização, a quantificação e a análise ou interpretação deles.

Os outros dois momentos da entrevista objetivaram o levantamento de dados por intermédio dos dois questionários auto-aplicáveis.

Cada entrevistado foi então orientado a preencher a terceira parte do instrumento 1 (Levantamento de atividades diárias, de Bianchi), o que foi realizado individualmente e com a presença do pesquisador, a fim de esclarecer possíveis dúvidas ou dificuldades de compreensão dos 67 itens de atividades.

No decorrer da entrevista, o valor atribuído para cada item do formulário foi assinalado imediatamente na escala de valores pelo enfermeiro entrevistado. A classificação quanto à pontuação sete, como negativa, e um, como positiva, foi esclarecida e reforçada pelo pesquisador ao entrevistado.

Cada enfermeiro recebeu, no momento da entrevista, as 67 questões impressas, em que estavam, também, discriminados os valores de zero a sete, a fim de facilitar as respectivas respostas. Após a leitura atenta de cada item, o enfermeiro marcou o escore atribuído a ele.

O segundo instrumento, Inventário de estratégias de coping de Lazarus e Folkman, foi preenchido pelo enfermeiro após orientação detalhada do pesquisador.

O enfermeiro recebeu, no momento da entrevista, o instrumento com os 66 itens referentes aos mecanismos de coping impressos, neles estavam discriminados, ao lado, os valores de zero a três para facilitar as respectivas respostas, usando a escala tipo Likert.

Após a leitura atenta de cada item, o enfermeiro marcou o escore escolhido. Cada enfermeiro foi orientado sobre a situação estressante a ser considerada, ou seja, a de “*SER ENFERMEIRO DE CC/RA*”. Nesse contexto, qualquer ocorrência no trabalho na unidade de CC/RA, que tivesse sido causa de stress, poderia ser considerada.

Foi também esclarecido ao enfermeiro que, pensasse como costumava agir em situações comuns no seu cotidiano de trabalho, para marcar a resposta mais conveniente de cada item.

Algumas anotações foram sendo feitas no decorrer da entrevista, pela autora, como forma de complementar as informações fornecidas pelos entrevistados. Neste contexto, sentiu-se necessidade de registrar alguns comentários e sentimentos externados por eles.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Atendendo à resolução nº 196/10/1996, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos das pesquisas e ao Estado, encaminhou-se o projeto do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEPE/CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), para que fosse analisado e, posteriormente, aprovado e liberado para sua execução.

Inicialmente, foi feito contato com os diretores ou superiores dos serviços de enfermagem dos hospitais, com a finalidade não só de expor e esclarecer os objetivos da pesquisa, mas também de apresentar o projeto, com vistas à autorização para a realização do estudo.

A partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, voltou-se às instituições para obtenção formal da autorização por parte de suas direções, a fim de que pudesse ser iniciada a coleta de dados.

Em todos os hospitais, a liberação para a realização da pesquisa se estabeleceu verbalmente, com suas direções ou gerências, desse modo também ocorreu o encaminhamento ao CC. Os enfermeiros mostraram-se bastante receptivos e motivados pela proposta do trabalho.

Pelo fato de existir uma Coordenação de Ensino e Pesquisa em um dos hospitais, também se fez necessária a tramitação, nesse órgão, para posterior liberação do estudo, neste hospital.

Após os trâmites legais, os enfermeiros de CC/RA dos serviços foram contatados para que as entrevistas pudessem ser agendadas. Todos consentiram em participar, o que permitiu o desenvolvimento do trabalho com a população de enfermeiros de CC/RA do município de Santa Maria.

Também em observância à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, em que a população desta pesquisa foi informada da proposta do estudo e dos direitos, vale dizer, ficou garantido o anonimato e a livre participação. Este documento foi entregue aos sujeitos da pesquisa, antes do início da coleta de dados, para que fosse assinado por eles e pela pesquisadora (ANEXO B).

3.6 Análise dos Dados

Ao efetuar-se a análise dos dados, eles serão apresentados, inicialmente, em forma de tabelas com frequência simples e percentual, referentes às principais características pessoais e profissionais da população estudada, a fim de evidenciar o perfil dos enfermeiros participantes do estudo.

Para a apresentação e análise dos dados referentes às questões abertas, que compõem a segunda parte do instrumento 1, as respostas foram organizadas, agrupadas e identificadas como áreas de stress, de acordo com as colocações feitas pelos enfermeiros entrevistados, segundo a forma de Bianchi (1990), que subdivide e identifica os itens do formulário.

Para a apresentação dos dados levantados, a partir do formulário de atividades diárias, conforme propõe Bianchi (1990), as atividades desempenhadas pelos enfermeiros foram subdivididas em sete áreas. Estas organizadas em uma sequência lógica no formulário, de acordo com a atuação do enfermeiro de CC. Alguns itens, propositadamente, conforme recomenda a autora, foram colocados fora da sequência, como estratégia para verificar a classificação dada pelo enfermeiro a essa atividade.

A classificação foi assim apresentada:

- **Área A: Relacionamento com a equipe médica e com a de enfermagem – relacionamento profissional.**

Área composta por oito itens:

- 1. Cirurgiões
- 2. Anestesistas
- 3. Superior ou diretor de enfermagem
- 4. Outros enfermeiros
- 5. Técnicos de enfermagem
- 6. Auxiliares de enfermagem
- 7. Atendentes de enfermagem
- 42. A comunicação com supervisor de enfermagem

- **Área B: Relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente, durante o ato anestésico-cirúrgico.**

Área composta por 14 itens:

- 8. Pessoal de anestesia
- 9. Laboratório
- 10. Farmácia

- 11. Almoxarifado
  - 12. Lavanderia
  - 13. Banco de sangue
  - 14. Anatomia patológica
  - 15. Serviço de radiologia
  - 16. Centro de material
  - 17. Serviço de manutenção e reparos
  - 18. Unidade de internação
  - 44. Comunicação do enfermeiro do CC com os diversos serviços de apoio
  - 60. Encaminhamento de biopsia e peça para exame anátomo patológico
  - 61. Encaminhamento de exames para laboratório
-
- **Área C: Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operações.**
Área composta por nove itens:
    - 20. Confeccionar escala cirúrgica de cada dia
    - 21. Cumprir a escala cirúrgica de cada dia
    - 22. Distribuir as cirurgias pelas diversas salas de operação
    - 23. Executar a previsão de material e de equipamentos para suprir as necessidades do CC
    - 24. Controlar o material e os equipamentos existentes no CC
    - 25. Atender as exigências médicas quanto ao material e o equipamento

- 26. Manter as condições necessárias de funcionamento do material e do equipamento do CC
- 27. Realizar limpeza terminal das salas de operações
- 28. Controlar o fluxo em cirurgia contaminada
- **Área D: Atividades relacionadas à administração de pessoal.**
Área composta por 11 itens:
  - 19. A cooperação entre o pessoal de enfermagem de cada turno
  - 29. Elaborar a escala mensal de pessoal de enfermagem
  - 30. Cumprir a escala do pessoal de enfermagem
  - 31. Liderar a equipe de enfermagem
  - 32. Trabalhar com o número atual de pessoas em CC
  - 33. A qualificação do pessoal de enfermagem do CC
  - 34. A supervisão do pessoal de enfermagem do CC
  - 35. O treinamento do circulante de sala
  - 36. Realizar cursos de reciclagem para o pessoal de enfermagem
  - 37. Definir as atividades de cada membro da equipe de enfermagem
  - 67. A delegação de tarefas para os outros membros da equipe de enfermagem
- **Área E: Assistência de enfermagem no período perioperatório.**
Área composta por 16 itens:
  - 48. O planejamento
  - 49. A realização de visita pré-operatória ao paciente cirúrgico
  - 50. A recepção do paciente no CC

- 51. O acompanhamento do início da anestesia e cirurgia dos pacientes
- 52. O auxílio na colocação do paciente em posição cirúrgica
- 53. O acompanhamento do término da cirurgia dos pacientes
- 54. A evolução do planejamento de cuidados de enfermagem prestados ao paciente cirúrgico
- 55. Encaminhar o paciente, após o término da cirurgia, para a terapia intensiva
- 56. Encaminhar o paciente para a unidade de internação
- 57. Encaminhar o paciente para a recuperação anestésica
- 58. Encaminhar o paciente para casa
- 59. O relacionamento com os familiares dos pacientes
- 63. O cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico grave
- 64. A morte de paciente no CC
- 65. A avaliação dos cuidados prestados ao paciente no CC
- 66. O seguimento dos pacientes operados durante o plantão

- **Área F: Coordenação das atividades do CC.**
Área composta por três itens:
  - 41. A definição das funções da enfermeira de CC
  - 45. A elaboração de rotinas, normas e procedimentos
  - 46. A revisão de rotinas, normas e procedimentos

- **Área G: Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC.**
Área composta por seis itens:

- 38. Sobrecarga de trabalho no CC
- 39. Realizar atividades com um tempo mínimo disponível
- 40. A sobrecarga de atividades com um tempo mínimo disponível
- 43. A oportunidade para discutir as experiências vividas, tanto as positivas como as negativas
- 47. O ambiente de trabalho no CC
- 62. A realização de pesquisas em enfermagem em CC

Bianchi (1990) declara que, para a análise dos dados, há a necessidade de padronização dos escores, porque a soma total dos valores atribuídos pelo enfermeiro, em cada área, não é diretamente compatível, devido às áreas apresentarem números diferentes de itens e devido à possibilidade de cada enfermeiro haver atribuído certo número de respostas zero, correspondentes a não realização da atividade.

A fim de tornar os escores compatíveis, a autora construiu o escore padronizado (Sp), com a fórmula:

$$Sp = \frac{S - (i - n) \cdot 100\%}{6(i - n)}$$

onde:

i = número de itens de determinada área

S = escore do enfermeiro nessa área

n = número de zeros (inatividade) na área

O escore padronizado "*Sp*" varia de zero a 100%, correspondendo o valor neutro, 50%, a uma pontuação de 4, atribuída na valorização dos itens, permitindo, desta forma, que se identifique o nível de stress dos enfermeiros frente aos estressores vivenciados no trabalho no CC.

Para a apresentação e a análise dos dados obtidos, através do inventário de estratégias de coping, foram respeitados os oito fatores classificatórios propostos inicialmente por Lazarus e Folkman (1984), no entanto, seguindo a reorganização dos itens que compõem cada fator, proposta por Savoia, Santana e Mejias (1996), através da validação fatorial, os quais são apresentados a seguir:

- **Fator 1 – Confronto**, composto por seis itens:
  - 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias
  - 17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema
  - 28. De alguma forma, extravasei meus sentimentos
  - 34. Enfrentei um grande desafio, fiz algo muito arriscado
  - 40. Procurei fugir das pessoas em geral
  - 47. Descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s)
- **Fator 2 – Afastamento**, composto por sete itens:
  - 06. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas, ao menos, eu estava fazendo alguma coisa
  - 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando manter outras opções
  - 13. Fiz como se nada tivesse acontecido
  - 16. Dormi mais que o normal
  - 21. Procurei esquecer a situação desagradável

- 41. Não me deixei impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação
- 44. Minimizei a situação, me recusando a preocupar-me seriamente com ela
- **Fator 3 – Autocontrole**, composto por cinco itens:
  - 14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos
  - 15. Procurei encontrar o lado bom da situação
  - 35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso
  - 43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação
  - 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo
- **Fator 4 - Suporte social**, composto por seis itens:
  - 08. Conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação
  - 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas
  - 22. Procurei ajuda profissional
  - 31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema
  - 42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos
  - 45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo
- **Fator 5 - Aceitação de responsabilidade**, composto por 7 itens:
  - 09. Critiquei-me, me repreendi

- 25. Desculpei-me ou fiz alguma coisa para repor os danos
- 29. Compreendi que o problema foi provocado por min
- 48. Busquei, nas experiências passadas, uma situação similar
- 51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas seriam diferentes na próxima vez
- 52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema
- 62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer

- **Fator 6 - Fuga-esquiva**, composto por dois itens:
  - 58. Desejei que a situação acabasse, ou que, de alguma forma, desaparecesse
  - 59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam

- **Fator 7 - Resolução de problemas**, composto por quatro itens:
  - 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo
  - 26. Fiz um plano de ação e o segui
  - 46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria
  - 49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário

- **Fator 8 - Reavaliação positiva**, composto por nove itens:
  - 20. Inspirou-me a fazer algo criativo
  - 23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva
  - 30. Saí da experiência melhor que eu esperava

- 36. Encontrei novas crenças
- 38. Redescobri o que é importante na vida
- 39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final
- 56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma
- 60. Rezei
- 63. Pensei em uma pessoa que admiro, em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo

Com o objetivo de realizar a análise dos dados obtidos com este inventário, efetuou-se a soma dos escores atribuídos a cada item de um mesmo fator e dividiu-se pelo número total de itens, identificando, assim, as maneiras mais usadas pelos enfermeiros de CC/RA para lidar com o stress.

A partir da organização dos dados coletados pelos diferentes instrumentos, realizou-se um estudo das relações entre os fatores de stress do enfermeiro de CC/RA e os mecanismos de coping mais utilizados por eles. As situações consideradas estressantes pelos enfermeiros e vivenciadas no trabalho também foram analisadas comparativamente.

Os resultados foram verificados estatisticamente como significativos ou não significativos, relacionando-os com os escores obtidos pelo levantamento das atividades diárias; também se realizou uma relação de significância entre a caracterização da população (variáveis demográficas), o stress e o coping.

3.7 Análise Estatística dos Dados

Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica, no programa EXCEL (*Windows 98*), para que, posteriormente, fossem

analisados eletronicamente com o auxílio do programa *STATISTICS FOR WINDOWS* – versão 5,1.

Para a análise dos resultados, foram utilizados testes não paramétricos, levando-se em conta a natureza das distribuições dos valores, ou a variabilidade das medidas efetuadas, uma vez que os valores individuais são originários de pontos de uma mesma escala (variáveis qualitativas).

Na análise dos dados, usou-se a distribuição de frequências, com números absolutos e percentuais para a caracterização da população estudada.

Na análise de correlação e comparação de variáveis, para verificação de grupos de variáveis, foram aplicados os seguintes testes:

- **Análise de Variância por postos de Friedman** – (dupla análise de variância), com o objetivo de comparar os dados resultantes da mesma amostra em dois momentos distintos. Este teste foi aplicado para comparar as áreas de stress e os fatores de coping.

O teste somente pode ser realizado com dados aos quais possam ser atribuídos postos (dados ordinais). Nos testes, utilizou-se a aproximação do Qui-quadrado com seis graus de liberdade, devido ao fato de serem sete áreas de comparação, isto é, comparou-se os valores obtidos com o valor crítico 12,59, ao nível de 5% de significância.

Para a comparação de grupos, dois a dois, foi utilizado o teste específico de comparações múltiplas (Campos 1983).

- **Teste U de Mann-Whitney** – empregado para comparar os escores de dois grupos independentes. Há a exigência de que os dados pertençam ao nível ordinal, utilizado na comparação dos escores de grupos dois a dois.

Neste estudo, foram comparadas algumas variáveis de interesse e o stress total, assim como, stress total e a avaliação individual e subjetiva de stress.

- **Teste de Kruskal-Wallis** – (análise de variância por postos), utilizado para comparar várias amostras independentes, desde que os dados sejam de, no mínimo, nível ordinal. Foi utilizada a aproximação pelo Qui-

quadrado com dois graus de liberdade, pois foram comparados três grupos com valor crítico de 5,99, ao nível de 5% de significância (Campos 1983).

Este teste foi aplicado para comparar os três grupos de enfermeiros, conforme o escore padronizado de stress, e as variáveis de interesse, da mesma forma que se comparou o fator total de coping com as variáveis de interesse. Para a comparação de grupos dois a dois, foi utilizado o teste específico de comparações múltiplas.

- **Coefficientes de correlação de *Spearman*** – utilizado para o estudo das correlações entre as diversas variáveis, duas a duas.

Esses coeficientes foram utilizados, neste estudo, para a correlação entre variáveis de interesse e os fatores de coping. Também foram empregados na correlação entre fatores de coping e as áreas de stress e, entre fator total de coping e escore padronizado de stress. O valor crítico para este teste, Estatística t de Student com 15 graus de liberdade é de 1,75 (Siegel 1975).

O intervalo de confiança foi de 95%.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para uma melhor compreensão e visualização dos dados, a apresentação dos resultados obtidos será realizada em sete partes, quais sejam:

- Avaliação da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados.
- Caracterização da população do estudo.
- Atuação estressante do enfermeiro de CC/RA.
- Estressores das atividades diárias dos enfermeiros de CC/RA.
- Estratégias de coping usadas pelos enfermeiros de CC/RA.
- Estudos de correlação.
- Sugestões dos enfermeiros entrevistados para diminuir o *stress* no trabalho.

4.1 Avaliação da Confiabilidade dos Instrumentos de Coleta de Dados

A avaliação da confiabilidade do instrumento de stress (Levantamento de atividades diárias, de Bianchi) e de coping (Inventário de estratégias de coping, de Lazarus e Folkman), foi realizada através da análise de consistência interna de cada instrumento, pelo Método do Coeficiente Alfa de Cronbach.

4.1.1 Avaliação da confiabilidade do instrumento para medir o nível de stress

Pela análise da consistência interna dos 67 itens que compõem o instrumento e das sete áreas de stress propostas por Bianchi, foi possível avaliar a consistência interna do instrumento, conforme segue:

TABELA 1 – Coeficiente de Fidedignidade α de Cronbach para as áreas de stress e seus itens. Santa Maria, RS, 2002.

Itens	N	Coeficiente de Cronbach
Para os itens	66	0,94
Para as áreas	7	0,89
Área A	7	0,73
Área B	14	0,70
Área C	9	0,89
Área D	11	0,80
Área E	16	0,79
Área F	3	0,76
Área G	6	0,77

Pelos dados apresentados na Tabela 1, evidencia-se que todos os valores do coeficiente de Cronbach são superiores a 0,40. Tal evidência é suficiente para atestar a consistência interna satisfatória para o instrumento, conforme propõe Bailar e Mosteller (1992).

4.1.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento para medir estratégias de coping

A confiabilidade do instrumento de coping foi verificada pela análise da consistência interna dos 66 itens e dos oito fatores classificatórios que compõem o instrumento, a partir da tradução, adaptação e validação realizada por Savóia, Santana e Meijas (1996), para a realidade brasileira.

Nesta análise, obteve-se um valor de Coeficiente de Cronbach inferior a 0,40 para dois fatores de coping, ou seja, Fator 1 – **confronto** (0,36) e Fator 3 – **autocontrole** (0,12). Estes resultados indicam que a medida real do fenômeno estudado não é satisfatória, fazendo-se necessária uma análise de cada indicador, buscando uma solução, com vistas à obtenção de uma consistência interna satisfatória para os mesmos.

Realizando-se, então, uma análise do Coeficiente α de Cronbach, do Fator 1 – **confronto**, verificou-se que os indicadores (itens: 7, 17, 28, 34, 40 e 47) que compõem o referido fator, poderiam ter tal coeficiente mais elevado, com a eliminação do indicador de número 40 (Procurei fugir das pessoas em geral). O impacto da retirada deste item levaria a um aumento do coeficiente, indicando uma melhora na consistência interna do instrumento. Ao fazer isso, o Coeficiente α de Cronbach para o Fator 1 – **confronto**, foi elevado de 0,36 para 0,50, atestando sua satisfatória consistência interna para este estudo.

De modo semelhante, realizou-se a análise do Fator 3 de coping – **autocontrole**, onde os indicadores (itens: 14, 15, 35, 43 e 54) foram avaliados. Concluiu-se que, com a eliminação do indicador de número 15 (Procurei encontrar o lado bom da situação), o Coeficiente α de Cronbach, para o Fator 3, seria elevado de 0,12 para 0,40, atestando sua satisfatória consistência interna para este estudo.

Quanto ao Fator 6 de coping, denominado **fuga-esquiva**, não foi possível realizar a avaliação do coeficiente α de Cronbach, pela existência de apenas dois

indicadores (itens: 58 e 59) na sua composição. O que justificou a eliminação do Fator 6 para este estudo.

Esses dados podem ser observados na Tabela 2.

TABELA 2 – Coeficiente de Fidedignidade α de Cronbach para os fatores de coping e seus itens. Santa Maria, RS, 2002.

Itens	N	Coeficiente de Cronbach
Para os itens	66	0,89
Para os itens	46	0,87
Para os itens	42	0,88
Para os fatores	8	0,77
Para os fatores	7	0,78
F1 (Confronto)	5	0,50
F2 (Afastamento)	7	0,50
F3 (Autocontrole)	4	0,40
F4 (Suporte social)	6	0,44
F5 (Aceit. responsabilidades)	7	0,73
F6 (Fuga-esquiva)	2	não avaliado
F7 (Res. problemas)	4	0,45
F8 (Reav. positiva)	9	0,81

Observando-se a Tabela 2, os dados apresentados mostram que, após as modificações anteriormente explicadas, todos os valores de coeficiente α de Cronbach são iguais ou superiores a 0,40, obtendo-se, desta forma, a satisfatória consistência interna do instrumento de coping para este estudo, conforme propõem Bailar e Mosteller (1992).

Verifica-se na Tabela 2, um coeficiente de 0,87 para os 46 itens, dado que corresponde à avaliação do coeficiente α de Cronbach, após a adaptação efetuada nos fatores de coping de números 1 e 3, ou seja, com a eliminação dos itens 15 e 40.

Da mesma forma, o coeficiente de 0,88 referente aos 42 itens, representa a forma final do instrumento, considerando a exclusão dos itens 15 e 40, assim como dos itens 58 e 59 que compõem o Fator 6 – **fuga-esquiva**.

O inventário de estratégias de coping de Lazarus e Folkman (1984), para este estudo, a partir da avaliação da sua confiabilidade pelo Método do coeficiente α de Cronbach, passou a ser composto por 42 itens, distribuídos em sete fatores, todos

com satisfatória consistência interna, tendo-se por base os estudos de Bailar e Mosteller (1992).

4.2 Caracterização da População do Estudo

A população deste estudo foi composta por todos os enfermeiros de Centro Cirúrgico/Recuperação Anestésica da cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Foram 17 enfermeiros entrevistados, sendo cinco, atuando em hospital privado (29,41%) e doze, em hospital público (70,59%).

Os dados da caracterização são apresentados a seguir:

TABELA 3 – Distribuição da população de enfermeiros de Centro Cirúrgico, segundo sexo e faixa etária. Santa Maria, RS, 2002.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	1	5,88
Feminino	16	94,12
Faixa etária (anos)		
20 a 30	2	11,76
31 a 40	8	47,07
41 a 50	5	29,41
> 50	2	11,76

Pode-se verificar que a população caracterizou-se por ser, em sua maioria, composta por mulheres (94,12%), com idade predominante entre 31 e 40 anos (47,07%).

TABELA 4 – Distribuição da população de enfermeiros, segundo períodos de tempo de formação, de serviço no hospital em que trabalha e de exercício no CC/RA. Santa Maria, RS, 2002.

Períodos de Tempo	Formação		Serviço no Hospital		Serviço no CC/RA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1	1	5,88	2	11,76	3	17,65
1 a 10	5	29,41	8	47,07	5	29,41
11 a 20	7	41,18	6	35,29	6	35,29
21 a 30	4	23,53	1	5,88	3	17,65
TOTAL	17	100,00	17	100,00	17	100,00

No que se refere ao tempo de formado, observa-se um percentual de 41,18% da população na faixa de 11 a 20 anos de formado, seguindo-se de 29,41% de profissionais na faixa de 1 a 10 anos de formado.

Observando os dados da Tabela 4, verifica-se que 47,07% dos enfermeiros estão situados na faixa de 1 a 10 anos de tempo de serviço no hospital em que desenvolvem suas atividades profissionais, seguindo-se de 35,29% na faixa de 11 a 20 anos de serviço.

Em relação ao tempo de serviço no CC/RA, verifica-se que 35,29% encontram-se na faixa de 11 a 20 anos de trabalho na referida unidade, seguindo-se de 29,41% dos enfermeiros, com um período de 1 a 10 anos de atuação em CC/RA.

TABELA 5 – Distribuição da população de enfermeiros, segundo variáveis relacionadas ao trabalho no CC/RA. Santa Maria, RS, 2002.

Variável	N	%
Treinamento		
Sim	5	29,41
Não	12	70,59
Opção pelo trabalho no CC/RA		
Sim	4	23,53
Não	13	76,47
Turno de trabalho		
Manhã (7h às 13h)	6	35,29
Tarde (13h às 19h)	6	35,29
Noite (19h às 7h)	3	17,66
Especial (10h às 16h)	1	5,88
Especial (16h às 21h)	1	5,88
Carga horária semanal (horas)		
30	3	17,65
36	8	47,06
40	6	35,29
Faixa salarial (R\$)		
< 1000	2	11,76
1000 a 2000	14	82,36
2001 a 3000	1	5,88
Cargo		
Chefe	8	47,06
Assistencial	9	52,94

Pode-se constatar que a maioria dos enfermeiros (70,59%) não recebeu nenhum tipo de treinamento para trabalhar em CC/RA.

Verifica-se, também, que 76,47% dos enfermeiros entrevistados não optaram pelo trabalho no CC, sendo lotados na unidade, principalmente por necessidade do serviço.

É possível observar que há predominância dos enfermeiros trabalhando nos turnos da manhã (35,29%) e da tarde (35,29 %) e, também que a carga horária semanal é de 36 horas para 47,06% dos entrevistados.

Quanto à faixa salarial, verificou-se que é de R\$1.000,00 a R\$2.000,00 para 82,36% dos enfermeiros, por ocasião da coleta de dados.

Observa-se que 52,94% da população exerce atividade assistencial no CC/RA, e que 47,06% são chefes, que respondem técnica e administrativamente pela unidade junto às direções dos hospitais.

TABELA 6 – Distribuição da população de enfermeiros de acordo com as variáveis: pós-graduação, outro emprego e participação em sociedade de classe. Santa Maria, RS, 2002.

Variável	N	%
Pós-Graduação		
Sim	11	64,71
Não	6	35,29
Outro emprego		
Sim	6	35,29
Não	11	64,71
Sociedade de classe		
Sim	12	70,59
Não	5	29,41

Pode-se observar que 64,71% da população entrevistada possui curso de pós-graduação (nível de especialização), no entanto chama a atenção o fato de nenhum dos enfermeiros ter desenvolvido sua qualificação profissional na área de centro cirúrgico, provavelmente, pela inexistência de especialização nessa área, no município de Santa Maria, RS.

Entre os enfermeiros entrevistados, 64,71% não possui outro emprego; 35,29% possui outra atividade profissional, também na área da saúde, em nível hospitalar, como enfermeiro assistencial, como docente de ensino técnico profissionalizante ou ainda, como supervisor de estágio de acadêmicos de enfermagem em CC/RA, UTI e maternidade.

No que se refere à participação em sociedades de classe, verifica-se que 70,59% dos entrevistados mantêm vínculo com alguma sociedade de classe. Destes,

35,29% participam da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC).

4.3 Atuação Estressante do Enfermeiro de CC/RA

Como resposta à pergunta em aberto do questionário sobre stress no trabalho como enfermeiros de CC/RA, dos 17 enfermeiros entrevistados, 12 (70,59 %) referiram sentir stress, os outros cinco enfermeiros (29,41 %) relataram não sentir stress no trabalho, conforme se apresenta na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição do número de enfermeiros quanto ao stress percebido no trabalho no CC/RA. Santa Maria, RS, 2002.

As principais fontes de stress, destacadas pelos enfermeiros entrevistados, foram organizadas em áreas de stress, identificando, ao lado, o número de enfermeiros que percebe cada fonte como uma situação de stress no trabalho no CC/RA. As respostas completas podem ser verificadas no ANEXO F.

A opção pela organização dos dados dessa forma, deveu-se à semelhança das colocações feitas pelos enfermeiros entrevistados às questões listadas por Bianchi

(1990), assim como, à possibilidade de melhor comparar os dados obtidos pelos diferentes instrumentos de pesquisa.

Os dados podem ser observados na Tabela 7.

TABELA 7 – Distribuição das áreas de stress e do número de enfermeiros que as percebem como estressantes, no ambiente de trabalho no CC/RA. Santa Maria, RS, 2002.

Áreas de stress	N	%
A-Relacionamento profissional		
Sim	9	52,94
Não	8	47,06
B-Relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência		
Sim	9	52,94
Não	8	47,06
C-Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO		
Sim	11	64,71
Não	6	35,29
D-Atividades relacionadas à administração de pessoal		
Sim	8	47,06
Não	9	52,94
E-Assistência de enfermagem no perioperatório		
Sim	8	47,06
Não	9	52,94
F-Coordenação das atividades do CC		
Sim	8	47,06
Não	9	52,94
G-Condições de trabalho para o desenvolvimento das atividades de enfermagem de CC		
Sim	8	47,06
Não	9	52,94

Pode-se verificar que a área C (atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO) representa a de maior stress para 11 dos 12 enfermeiros que, pela

avaliação individual e subjetiva, manifestaram-se estressados no trabalho, o que representa 64,71% da população estudada.

Com relação às demais áreas, A, B, D, E, F e G, observa-se que são citadas como causadoras de stress no trabalho com um percentual variando entre 47,06% e 52,94%, respectivamente, para sim e não ao stress no trabalho, como se pode visualizar na Figura 1.

FIGURA 3 – Número de enfermeiros que se manifestam estressados por área de stress, conforme avaliação subjetiva e individual. Santa Maria, RS, 2002.

A Figura 3 também permite a visualização da área C como a de maior stress, para a maioria dos enfermeiros (64,71%), seguida das áreas A e B (52,94%). As demais áreas representam stress para 47,06% dos enfermeiros de CC.

Com relação aos enfermeiros que não percebem stress no trabalho (29,41%), observou-se que, ao mesmo tempo em que afirmam não sentir stress, citam situações

que os levam a um maior nível de tensão, desgaste e eventual stress. No entanto, as consideram eventuais e momentâneas (ANEXO G).

Nesse contexto, três dos cinco enfermeiros que relataram não sentir stress no trabalho, afirmaram que o prazer e a satisfação de trabalhar em um CC/RA são maiores do que qualquer fonte geradora de stress. Alguns desses enfermeiros afirmam, também, que a unidade de CC, representa para eles o melhor ambiente de trabalho no hospital, correspondendo a um desafio e, conseqüentemente, a um importante fator motivador no trabalho.

Observa-se que seis dos 12 enfermeiros que, na avaliação individual e subjetiva, manifestaram stress no trabalho, também referiram sentir prazer, simplesmente por gostarem muito do que fazem, do convívio próprio de uma unidade fechada e do trabalho desenvolvido. Disso decorre que 53% dos entrevistados reforçaram a satisfação e o prazer de serem enfermeiros de CC/RA.

Os enfermeiros estressados ou não, afirmaram que além de gostar da rotina, da agitação, da necessidade de agilizar toda e qualquer ação, não gostariam de sair do CC/RA para trabalhar em outra unidade hospitalar, assim como reforçaram a satisfação e o prazer de serem enfermeiros de CC/RA.

4.4 Estressores das Atividades Diárias do Enfermeiro de CC/RA

Na Tabela 8, apresentam-se os escores padronizados de stress por enfermeiro e por área pesquisada.

TABELA 8 – Escores padronizados nas diferentes áreas de stress por enfermeiro. Santa Maria, RS, 2002.

Enfermeiro	Áreas								Postos	nível médio de stress
	A	B	C	D	E	F	G	Total		
1	35,71	35,71	61,11	59,09	36,67	66,67	90,00	384,96	16	54,99
2	12,50	25,64	37,04	30,30	21,43	44,44	20,00	191,35	9	27,34
3	10,42	43,59	44,44	42,42	37,50	33,33	44,44	256,15	13	36,59
4	64,58	41,03	77,78	62,12	58,89	55,56	61,11	421,06	17	60,15
5	20,83	39,29	25,93	33,33	36,67	27,78	41,67	225,49	10	32,21
6	43,75	29,49	20,37	31,82	15,48	27,78	22,22	190,90	7	27,27
7	37,50	16,67	11,11	19,70	26,92	22,22	33,33	167,45	4	23,92
8	39,58	35,71	29,63	31,82	26,67	44,44	47,22	255,08	12	36,44
9	16,67	45,83	33,33	28,79	16,67	0,00	44,44	185,73	5	26,53
10	14,29	16,67	0,00	5,00	15,56	0,00	8,33	59,84	1	8,55
11	26,19	25,64	53,70	48,48	42,86	83,33	90,00	370,21	15	52,89
12	35,71	36,11	30,95	42,59	51,11	50,00	63,89	310,37	14	44,34
13	16,67	20,83	20,37	23,33	24,36	16,67	13,89	136,12	3	19,45
14	4,17	12,96	6,25	16,67	18,06	0,00	3,33	61,44	2	8,78
15	18,75	20,83	22,22	38,89	30,00	50,00	50,00	230,69	11	32,96
16	20,83	40,48	18,52	27,27	31,11	22,22	27,78	188,21	6	26,89
17	16,67	28,21	48,15	29,63	26,92	11,11	30,56	191,24	8	27,32

Obs.: Áreas de maior stress por enfermeiro identificadas em negrito

O posto de número 17 significa o de **maior** stress e o posto de número um corresponde ao de **menor** stress.

Verifica-se também que a área G, representa a de maior stress para sete dos 17 entrevistados, seguindo-se das áreas B e C, que correspondem às de maior stress para três enfermeiros em cada uma.

Deve-se ressaltar que as atividades relacionadas à administração de pessoal (área D de stress) não foi assinalada como a de maior stress, por nenhum dos enfermeiros entrevistados.

Pode-se destacar que na coordenação das atividades do CC (área F) há três enfermeiros que não manifestaram stress nessa área, obtendo escore padronizado de zero.

FIGURA 4 – Nível médio de stress por enfermeiro. Santa Maria, RS, 2002.

FIGURA 5 – Escores padronizados de stress total por enfermeiro. Santa Maria, RS, 2002.

Pelos dados demonstrados na Tabela 8 e na Figura 5, pode-se verificar que o **enfermeiro 4** apresentou o **maior stress total**, sendo do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos, com tempo de formado na faixa de 11 a 20 anos e com tempo de serviço, no hospital e no CC, entre 1 e 10 anos. Possui curso de pós-graduação, não recebeu nenhum treinamento em CC, não escolheu esta unidade para trabalhar e foi lotado por necessidade de serviço. Trabalha 40 horas por semana, sua remuneração está na faixa salarial de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00, possui outro emprego e não é sócio de nenhuma associação de classe. O escore mais alto deste enfermeiro foi na área C de stress (77,78), relacionado às atividades e ao funcionamento adequado da sala de operações, correspondendo então à área de maior stress; seguindo-se da área A (64,58), relacionamento com a equipe médica e de enfermagem. O menor escore atribuído pelo enfermeiro quatro, foi na área B (41,03), relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o ato anestésico cirúrgico. Este enfermeiro possui cargo de chefia (responsável por turno) e trabalha em hospital privado.

Pode-se destacar, pelos dados da Tabela 8 e da Figura 5, que o **enfermeiro 10**, foi o que apresentou o **menor stress total**. Também do sexo feminino, na faixa etária de 41 a 50 anos, com tempo de formado na faixa de 21 a 30 anos, tempo de serviço no hospital de 11 a 20 anos, sendo em CC há menos de cinco anos. Exerce atividades assistenciais em um hospital público. Possui curso de pós-graduação (especialização) e não recebeu nenhum tipo de treinamento para atuar em CC. Não escolheu trabalhar no CC, foi indicado por adequação ao serviço. Sua carga horária semanal é de 36 horas e sua faixa salarial é de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00, não possui outro emprego e participa de sociedade de classe, sem vínculo com CC/RA. O escore mais alto do enfermeiro 10 foi na área B (16,67), relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o ato anestésico cirúrgico, seguido da área E (15,56), assistência de enfermagem no período perioperatório. O menor escore do enfermeiro 10 foi nas áreas C e F (0,00), atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operações e coordenação das atividades do centro cirúrgico, respectivamente, o que significa que, para esse enfermeiro, essas áreas não são estressantes.

É possível, pela observação da Figura 5, na qual estão representados graficamente os escores padronizados de stress dos 17 enfermeiros entrevistados, visualizar que dois enfermeiros encontram-se com os escores mais baixos de stress total e quatro com escores bem mais altos. A visualização desses dados levou à análise da identificação desses enfermeiros.

Buscando, a identificação e a especificidade dos enfermeiros com maior e menor stress total e, conseqüentemente, os que ocupam os postos intermediários, dividiu-se a população em três grupos:

- **grupo 1** – enfermeiros 10 e 14;
- **grupo 2** – enfermeiros 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16 e 17;
- **grupo 3** – enfermeiros 1, 4, 11 e 12.

Identifica-se pela Tabela 8 e pela Figura 5, que dos 17 enfermeiros entrevistados, dois possuem um stress total menor que 62, correspondendo aos menos estressados da população estudada. São os correspondentes aos números 10 e 14, perfazendo um percentual de 11,76%.

Verifica-se também, que quatro enfermeiros ocupam os postos de maior stress total, apresentam escore mais alto de stress, sendo portanto os mais estressados da população estudada (1, 4, 11, 12). Estes enfermeiros que apresentaram maior stress total, obtiveram um escore padronizado que variou na faixa entre 310,37 (limite inferior) e 421,06 (limite superior), e representaram 23,53% da população entrevistada.

A parte central que se visualiza na Figura 5 é ocupada por 11 enfermeiros com escore padronizado de stress total entre 136,12 e 256,15.

Na Tabela 9, apresentam-se as medidas descritivas de stress total por grupo de enfermeiros, conforme situação de stress.

TABELA 9 – Medidas descritivas da variável stress total por grupo de enfermeiros. Santa Maria, RS, 2002.

Medidas	Grupos*		
	1	2	3
N	2	11	4
Média	60,64	201,68	371,65
Mediana	60,64	191,24	377,59
Mínimo	59,84	136,12	310,37
Máximo	61,43	256,15	421,06
Desvio padrão	1,13	36,69	46,10

*grupo 1 (enfermeiros 10 e 14); grupo 2 (enfermeiros 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 17); grupo 3 (enfermeiros 1, 4, 11, 12)

Verifica-se, por intermédio do teste de Kruskal-Wallis, que existe uma diferença significativa no stress total dos grupos estudados, $p=0,0032$.

Utilizando-se o teste específico para comparações múltiplas, constatou-se que há diferença significativa entre os valores de stress total do grupo 1 em relação ao grupo 3 e do grupo 2 em relação ao 3.

TABELA 10 – Medidas descritivas da variável stress por área. Santa Maria, RS, 2002.

Área de stress	Média	Mediana	Mínimo-Máximo	Desvio padrão
A	25,58	20,83	4,17-64,58	15,23
B	30,28	29,49	12,96-45,83	10,33
C	31,82	29,63	0,00-77,78	20,27
D	33,60	31,82	5,00-62,12	14,51
E	30,40	26,92	15,48-58,89	12,41
F	32,68	27,78	0,00-83,33	24,13
G	40,72	41,67	3,33-90,00	25,29
Stress total	225,08	191,35	59,84-421,06	101,82

FIGURA 6 – Distribuição da média dos escores de stress dos enfermeiros de CC/RA por área de stress. Santa Maria, RS, 2002.

Pode-se evidenciar que a área G corresponde a de maior variabilidade, na qual um enfermeiro apresenta escore padronizado de stress de 3,33 e outro enfermeiro, 90,00, ou seja, a área G corresponde à área de pouco stress para um enfermeiro (14) e de muito stress para outro (1).

Também é possível visualizar que a área B de stress é a de menor variabilidade, sendo que o menor escore padronizado de stress na área é de 12,96, para um enfermeiro (14) e o maior é de 45,83, para outro enfermeiro (9).

Usando o teste de Friedman, para comparar as áreas de stress, verifica-se que o resultado obtido não foi significativo, $p=0,15$ ($p > 0,05$). Não existindo, portanto, diferença significativa entre as áreas de stress.

Embora as diferenças entre as áreas de stress não tenham sido estatisticamente significativas, analisando-se a média dos escores padronizados, observa-se, pela Tabela 10 e pela Figura 6, que a **área de maior stress é a G**

(Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro de centro cirúrgico) e a de **menor stress é a área A** (Relacionamento com a equipe médica e de enfermagem), para esta população.

Quadro 1 – Identificação dos itens de maior e menor stress dos enfermeiros por área de stress. Santa Maria, RS, 2002.

Área de Stress	Item de maior stress	Item de menor stress
A	1) Cirurgiões	7) Atendente de enfermagem e 42 A comunicação com supervisor de enfermagem
B	17) Serviço de manutenção e reparos	14) Anatomia patológica
C	25) Atender às exigências médicas quanto ao material e equipamento	27) Realizar limpeza terminal nas salas de operações
D	31) Liderar a equipe de enfermagem	35) O treinamento do circulante de sala
E	64) A morte de paciente no CC	49) A realização de visita pré-operatória ao paciente cirúrgico
F	41) A definição das funções da enfermeira de CC	45) A elaboração de rotinas, normas e procedimentos e 46 A revisão de rotinas, normas e procedimentos
G	40) A sobrecarga de atividades burocráticas no desempenho do trabalho em CC	62) A realização de pesquisas em enfermagem no CC

Pode-se observar que na **área G** (onde a média dos escores de stress é maior), o item de maior stress corresponde ao de número 40, que versa sobre a sobrecarga de atividades burocráticas no desempenho do trabalho em CC; já o item de menor stress é o 62, que diz respeito à realização de pesquisa em enfermagem no CC.

Observa-se também que na área de menor stress, **área A**, o item de maior stress é o relacionamento com os cirurgiões. Os itens de menor stress são: o

relacionamento com o atendente de enfermagem e a comunicação com o superior de enfermagem.

4.5 Estratégias de Coping usadas pelos Enfermeiros de CC/RA

Na Tabela 11, observa-se a nomeação de postos que correspondem ao valor total de uso de estratégias de coping, por enfermeiro. O **posto 17** corresponde ao valor mais alto de coping e o **posto 1** ao menor valor de coping, ou seja, as estratégias mais e menos utilizadas pelos enfermeiros de CC/RA entrevistados.

TABELA 11 – Média dos fatores de coping por enfermeiro, fator total de coping e postos ocupados pelos enfermeiros em relação aos fatores de coping. Santa Maria, RS, 2002.

Enfermeiro	Fatores							F. Total	Postos
	1	2	3	4	5	6	7		
1	1,80	1,00	1,25	2,50	2,50	2,50	2,33	13,88	14
2	2,20	1,00	1,25	2,67	2,67	2,50	2,44	14,73	17
3	1,00	1,14	1,75	2,00	2,00	2,50	2,22	12,62	10
4	1,60	1,00	1,25	2,00	2,00	2,00	2,22	12,07	9
5	1,20	1,00	0,75	2,17	2,17	2,25	1,67	11,20	7
6	1,80	1,29	1,25	2,17	2,17	2,75	2,67	14,09	15
7	0,60	0,71	1,25	1,50	1,50	2,75	1,44	9,75	4
8	1,40	1,71	1,75	1,83	1,83	2,25	2,00	12,78	11
9	0,60	1,00	1,50	1,33	1,33	1,75	1,11	8,63	2
10	1,20	1,57	1,25	1,33	1,33	2,00	1,89	10,58	5
11	2,00	1,43	0,75	2,50	2,50	2,50	1,67	13,35	13
12	1,40	1,00	2,00	1,83	1,83	1,75	1,33	11,15	6
13	1,00	1,71	2,50	2,17	2,17	2,50	2,56	14,60	16
14	0,80	0,29	1,75	1,33	1,33	2,00	0,89	8,39	1
15	1,00	1,43	0,75	1,67	1,67	1,75	1,44	9,71	3
16	1,40	1,43	1,00	1,83	1,83	1,75	2,00	11,25	8
17	1,60	1,43	0,50	2,33	2,33	2,25	1,56	13,00	12

Verifica-se que o enfermeiro 2 ocupa o 17º posto, apresenta o **maior fator total** de coping (14,73), sendo que, os **fatores mais usados** por este enfermeiro são o suporte social e a aceitação de responsabilidades e o **menos usado** foi o afastamento. Cabe salientar que o enfermeiro 2 ocupa o 9º posto de stress total.

Também se verifica, pelos dados da Tabela 11, que o enfermeiro que se encontra no 1º posto de fator total de coping é o 14 (8,39), assim como o fator **mais usado** por ele é a resolução de problemas e o **menos usado** é o afastamento. Este enfermeiro ocupa o 2º posto de stress total, sendo um dos menos estressados da população.

TABELA 12 – Medidas descritivas dos fatores de coping. Santa Maria, RS, 2002.

Variáveis	Média	Mediana	Mínimo-Máximo	Desvio padrão
Fator 1	1,33	1,40	0,60-2,20	0,46
Fator 2	1,18	1,14	0,28-1,71	0,37
Fator 3	1,38	1,25	0,75-2,50	0,46
Fator 4	1,95	2,00	1,33-2,67	0,42
Fator 5	1,95	2,00	1,33-2,67	0,42
Fator 6	2,22	2,25	1,75-2,75	0,35
Fator 7	1,85	1,88	0,88-2,66	0,51
Fator total	11,86	12,07	8,39-14,73	2,00

Observa-se, na Tabela 12, que o fator mais utilizado pelos enfermeiros é a resolução de problemas, sendo o afastamento o menos utilizado.

Pelo teste de Friedman, aplicado aos fatores de coping, obteve-se resultado bastante significativo, $p = 0,00$, ou seja, existe diferença entre os fatores.

Através de comparações múltiplas, para grandes amostras dependentes, obteve-se o seguinte resultado: os fatores 4, 5 e 6 diferem significativamente dos fatores 1, 2 e 3; e o fator 7, difere dos fatores 1 e 2.

Figura 7 – Média dos fatores de coping dos enfermeiros entrevistados, por fator de coping. Santa Maria, RS, 2002.

Pela Figura 7, pode-se visualizar a média dos fatores de coping, assim como, identificar o fator de coping mais usado pelos enfermeiros de CC/RA, que é o fator 6 (Resolução de problemas), com média de 2,22, seguindo-se dos fatores 4 (Suporte social), 5 (Aceitação de responsabilidade) e 7 (Reavaliação). O fator **menos usado** foi o fator 2 (Afastamento), com média de 1,18.

Observa-se, no Quadro 2, a identificação dos itens que foram mais e menos utilizados pelos enfermeiros em cada fator de coping.

QUADRO 2 – Identificação dos itens mais e menos utilizados nos fatores de coping pela população de enfermeiros de CC/RA. Santa Maria. RS, 2002.

Fatores	Mais utilizado	Menos utilizado
1	7) Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	47) Descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s)
2	21) Procurei esquecer a situação desagradável	13) Fiz como se nada tivesse acontecido e 16) Dormi mais que o normal
3	35) Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso	43) Não deixei que os outros soubessem da verdade situação
4	8) Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação e 31) Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	22) Procurei ajuda profissional
5	62) Analisei mentalmente o que fazer e dizer	29) Compreendi que o problema foi provocado por mim
6	49) Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	26) Fiz um plano de ação e segui
7	23) Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	36) Encontrei novas crenças

4.6 Estudos de Correlação

TABELA 13 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as áreas de stress e as variáveis de interesse. Santa Maria, RS, 2002.

Variáveis	A	B	C	D	E	F	G	Stress total
F.etária	-0,038	-0,343	-0,593*	-0,463	-0,258	-0,419	-0,141	-0,441
Temp.for	0,329	-0,325	-0,409	-0,134	-0,174	-0,019	0,105	-0,132
Temp.hosp	0,059	-0,384	-0,643*	-0,317	-0,100	-0,153	-0,138	-0,293
Temp.CC	0,382	-0,250	-0,307	-0,041	0,141	0,126	0,099	-0,015
Ch.sem.	0,151	0,389	0,379	0,163	0,427	0,063	0,145	0,214
Faixa.sal.	0,580*	-0,133	-0,304	-0,075	-0,251	-0,118	-0,007	-0,173

*Correlação significativa ($p < 0,05$)

Observa-se que existem **correlações negativas significativas** entre as variáveis faixa etária e tempo de serviço no hospital com a área C de stress (atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO), o que significa que **quanto maior a faixa etária e o tempo de serviço no hospital, menor é o stress do enfermeiro na referida área.**

- Área C de stress x Faixa etária, onde $r = -0,593$ ($p=0,01$).
- Área C de stress x Tempo de serviço no hospital, onde $r = -0,643$ ($p=0,00$).
- Área A de stress x Faixa salarial, onde $r = 0,580$ ($p=0,01$).

Também é possível verificar, pelos dados da Tabela 13, que existe uma **correlação positiva significativa** entre faixa salarial e área A de stress (relacionamento com equipe médica e de enfermagem); então, quanto **maior for a faixa salarial, maior é o stress do enfermeiro na área A.**

A correlação entre as áreas de stress e as demais variáveis (tempo de formado, tempo de trabalho no CC/RA, carga horária semanal), não apresentaram correlação significativa. Da mesma forma que o stress total, quando relacionado com as variáveis de interesse, não apresentou correlação significativa.

Buscou-se possíveis diferenças entre variáveis, através da aplicação do teste U de Mann-Whitney, o qual foi realizado entre stress total, ou escore padronizado de stress, e algumas variáveis de interesse. Os resultados podem ser observados no Quadro 3.

QUADRO 3 – Identificação de possíveis diferenças de variáveis, através da aplicação do teste U de Mann-Whitney. Santa Maria. RS, 2002.

Variáveis	p	Consideração
Stress total x treinamento	Não há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro ter feito ou não treinamento, $p=0,75$ então $p>0,05$.	Os enfermeiros que tiveram treinamento não podem ser considerados menos estressados do que os que não tiveram.
Stress total x outro emprego	Não há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro ter outro emprego ou não, $p=0,19$ então $p>0,05$.	Os enfermeiros que têm outro emprego não podem ser considerados mais estressados do que os que não têm.
Stress total x sociedade de classe	Não há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro participar de sociedade de classe, $p=0,24$ então $p>0,05$.	Os enfermeiros que participam de sociedade de classe não podem ser considerados menos estressados do que os que não participam.
Stress total x SOBECC	Não há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro participar da sociedade de CC, $p=0,42$ então $p>0,05$.	Os enfermeiros que participam de sociedade de CC não podem ser considerados menos estressados do que os que não participam.
Stress total x cargo de chefia	Não há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro ocupar cargo de chefia ou não, $p=0,38$ então $p>0,05$.	Os enfermeiros que assumem a responsabilidade técnica e administrativa no CC/RA não podem ser considerados mais estressados que os demais enfermeiros.
Stress total x tipo de hospital	Não há diferença significativa no stress total em relação ao hospital ser público ou privado, $p=0,20$ então $p>0,05$.	Os enfermeiros que trabalham em hospital público não podem ser considerados mais estressados que os enfermeiros que trabalham em hospital privado e vice versa.
Stress total x stress pela avaliação individual e subjetiva (dado das questões abertas)	Há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro que admite sentir-se estressado no trabalho, $p=0,02$ então $p<0,05$.	Os enfermeiros que admitem sentir stress no trabalho realmente apresentam stress total maior do que os que não admitem senti-lo.
Stress total x curso de pós-graduação	Há diferença significativa no stress total em relação ao enfermeiro ter feito ou não curso de pós-graduação, $p=0,04$ $p<0,05$.	Os enfermeiros que fazem pós-graduação apresentam menos stress total do que os que não o fazem.

Também foi aplicado o Teste U de Mann-Whitney entre stress total (*sp* stress) e stress por área, a partir da avaliação individual e subjetiva de cada enfermeiro. Os resultados podem ser observados no Quadro 4, a seguir.

QUADRO 4 – Aplicação do teste U de Mann-Whitney entre stress total e stress por área, a partir da avaliação individual e subjetiva de cada enfermeiro. Santa Maria, RS, 2002.

Variáveis	p	Consideração
Stress total x stress área A	Há diferença significativa $p=0,03$ então $p < 0,05$.	Os enfermeiros que relatam sentir stress no relacionamento profissional têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.
Stress total x stress área B	Há diferença significativa $p=0,04$ $p < 0,05$.	Os enfermeiros que relatam sentir stress no relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.
Stress total x stress área C	Não há diferença significativa $p=0,26$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que relatam sentir stress nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO não têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.
Stress total x stress área D	Há diferença significativa $p=0,04$ então $p < 0,05$.	Os enfermeiros que relatam sentir stress nas atividades relacionadas à administração de pessoal têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.
Stress total x stress área E	Não há diferença significativa $p=0,12$ então $p > 0,05$	Os enfermeiros que relatam sentir stress na assistência de enfermagem no pré-operatório não têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.
Stress total x stress área F	Não há diferença significativa $p=0,24$ então $p > 0,05$	Os enfermeiros que relatam sentir stress na coordenação das atividades do Centro cirúrgico não têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.
Stress total x stress área G	Há diferença significativa $p=0,02$ então $p < 0,05$	Os enfermeiros que relatam sentir stress nas condições de trabalho para o desenvolvimento das atividades de enfermagem do CC têm mais stress total do que os que não relatam stress nesta área.

Através da aplicação do teste U de Mann-Whitney, buscou-se possíveis diferenças entre o fator total de coping e algumas variáveis de interesse. Os resultados encontram-se no Quadro 5.

QUADRO 5 – Aplicação do teste U de Mann-Whitney entre o fator total de coping e algumas variáveis de interesse. Santa Maria. RS, 2002.

Variáveis	p	Consideração
Fator total de coping x curso de pós-graduação	Não há diferença significativa $p=0,77$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que possuem curso de pós-graduação não apresentaram um maior fator de coping.
Fator total de coping x treinamento	Não há diferença significativa $p=0,14$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que relataram ter tido treinamento não apresentaram um maior fator de coping.
Fator total de coping x participação em sociedade de classe	Não há diferença significativa $p=0,83$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que relataram participar de sociedade de classe não apresentaram um maior fator de coping.
Fator total de coping x sócio da SOBECC	Não há diferença significativa $p=0,52$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que relataram participar de sociedade de classe – SOBECC não apresentaram um maior fator de coping.
Fator total de coping x possui outro emprego	Não há diferença significativa $p=0,19$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que relataram possuir outro emprego não apresentaram um maior fator de coping.
Fator total de coping x stress	Não há diferença significativa $p=0,07$ então $p > 0,05$.	Os enfermeiros que relataram sentir stress não apresentaram um maior fator de coping.

A análise de variância por postos, por meio do Teste de Kruskal-Wallis, foi utilizada para a comparação dos grupos de enfermeiros, conforme o valor do escore padronizado de stress e variáveis de interesse, assim como, o fator total de coping e as variáveis de interesse também foram comparados (Quadro 6).

QUADRO 6 – Teste de Kruskal-Wallis de análise de variância por postos. Santa Maria, RS, 2002.

Não houve diferença significativa p>0,05	Houve diferença significativa p<0,05
Na variável stress total em relação à(ao): - faixa etária (p=0,25); - tempo de formado (p=0,63); - tempo de serviço no hospital (0,60); - tempo no CC (p=0,26); - número de dias de treinamento (p=0,57); - carga horária semanal (p=0,64); e - faixa salarial (p=0,78).	Na variável fator total de coping em relação à: faixa etária (p=0,03) A diferença é significativa entre as faixas etárias e o fator total de coping, no entanto por ser muito sutil, a diferença não é evidenciada nas comparações múltiplas. É possível destacar que a diferença é maior da variável um (faixa etária menor/20 a 30 anos) para a quatro (maior faixa etária/ ≥ 50 anos).
Na variável fator total de coping em relação à(ao): - tempo de formado (p=0,05); - tempo de serviço no hospital (p=0,10); - tempo no CC (p=0,70); - número de dias de treinamento (p=0,47); - carga horária semanal (0,48); e - faixa salarial (0,16).	

TABELA 14 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre os fatores de coping e as variáveis de interesse. Santa Maria, RS, 2002.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
F.etária	-0,607*	-0,044	0,199	-0,786*	-0,786*	0,288	-0,638*
Temp.form	-0,345	0,168	-0,205	-0,621*	-0,621*	-0,195	-0,449
Temp.hosp	-0,536*	-0,162	-0,027	-0,650*	-0,650*	-0,201	-0,496
Temp.CC	-0,201	-0,044	-0,117	-0,187	-0,187	0,026	-0,214
Ch.sem	0,172	0,192	-0,148	0,390	0,390	-0,100	0,256
Faixa sal.	0,034	0,134	-0,148	-0,169	-0,169	-0,029	-0,059

*Correlação significativa (p < 0,05)

De acordo com os dados da Tabela 14, verifica-se que **existem correlações negativas significativas** entre as variáveis:

- **faixa etária e tempo de serviço no hospital** com os fatores:
  - 1 – confronto;
  - 4 – suporte social;
  - 5 – aceitação de responsabilidades;
  - 7 – reavaliação positiva.
- **tempo de formado** e os fatores:
  - 4 – suporte social;
  - 5 – aceitação de responsabilidades.

Estes dados permitem inferir, através de suas correlações que:

- **quanto maior a faixa etária do enfermeiro**, menor é o valor total de coping dos fatores confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva, ou seja, **menos o enfermeiro utiliza os referidos fatores**;
- **quanto maior o tempo de serviço no hospital**, menor é o valor total de coping dos fatores confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva, ou seja, **menos o enfermeiro utiliza os referidos fatores**;
- **quanto maior o tempo de formado**, **menos o enfermeiro utiliza os fatores** de coping, denominados suporte social e aceitação de responsabilidades.

Os demais dados dessa correlação não apresentam significância entre as variáveis estudadas.

TABELA 15 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre o fator total de coping e as variáveis de interesse. Santa Maria, RS, 2002.

Variáveis	Fator total coping
Faixa etária	-0,713*
Tempo formado	-0,579*
Tempo serviço Hospital	-0,636*
Tempo CC	-0,218
Carga horária semanal	0,275
Faixa salarial	-0,100

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Observa-se que **houve correlação negativa significativa** entre as variáveis faixa etária, tempo de formado e tempo de trabalho no hospital, em relação ao fator total de coping, ou seja, **quanto maior o valor para as variáveis de interesse, menor o valor do fator total de coping**.

Assim sendo, quanto maior a faixa etária, o tempo de formado e o tempo de serviço no hospital, menor é o valor de uso de estratégias de coping pelos enfermeiros entrevistados, o que significa que **menos esses enfermeiros utilizam os fatores de coping**.

TABELA 16 – Coeficientes de correlação de Spearman entre fatores de coping e áreas de stress. Santa Maria, RS, 2002.

Fator	Área						
	A	B	C	D	E	F	G
1	0,33	0,11	0,53*	0,51*	0,22	0,59*	0,25
2	0,00	-0,08	-0,09	-0,09	-0,14	-0,01	-0,06
3	-0,23	0,32	-0,03	-0,22	-0,18	-0,32	-0,21
4	0,14	0,12	0,62*	0,50*	0,30	0,53*	0,22
5	0,14	0,12	0,62*	0,50*	0,30	0,53*	0,22
6	0,15	-0,25	0,10	0,04	-0,12	0,15	-0,10
7	0,19	-0,13	0,20	0,21	-0,05	0,28	-0,11

* Correlação significativa, $p < 0,05$

Analisando os dados demonstrados na Tabela 16, obtidos através dos coeficientes de correlação de Spearman, verifica-se uma **correlação positiva significativa**, $p < 0,05$, entre:

- Área C de stress x Fator 1 de coping, onde $r = 0,53$ ($p = 0,02$)
- Área C de stress x Fator 4 de coping, onde $r = 0,62$ ($p = 0,00$)
- Área C de stress x Fator 5 de coping, onde $r = 0,62$ ($p = 0,00$)
- Área D de stress x Fator 1 de coping, onde $r = 0,50$ ($p = 0,03$)
- Área D de stress x Fator 4 de coping, onde $r = 0,51$ ($p = 0,03$)
- Área D de stress x Fator 5 de coping, onde $r = 0,51$ ($p = 0,03$)
- Área F de stress x Fator 1 de coping, onde $r = 0,59$ ($p = 0,01$)
- Área F de stress x Fator 4 de coping, onde $r = 0,53$ ($p = 0,02$)
- Área F de stress x Fator 5 de coping onde $r = 0,53$ ($p = 0,02$).

Os dados destacados evidenciam que, quanto maior o nível de stress ou o escore padronizado de stress na área C (funcionamento adequado da SO), mais o enfermeiro utiliza o fator de coping correlacionado, no caso, os fatores confronto, suporte social e aceitação de responsabilidades.

Verifica-se que, quanto maior o escore padronizado de stress relacionado com a administração de pessoal (área D), mais o enfermeiro lança mão dos fatores de coping denominados: confronto, suporte social e fator aceitação de responsabilidades.

Da mesma forma, observa-se que, quanto mais alto o escore padronizado de stress na coordenação das atividades do CC (área F), mais o enfermeiro utiliza os fatores de coping denominados: confronto, suporte social e aceitação de responsabilidades.

Através do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que **não houve correlação significativa** entre **stress total e fator total de coping**: $r = 0,31$; $p > 0,05$.

4.7 Sugestões dos Enfermeiros Entrevistados para Diminuir o Stress no Trabalho no CC/RA

Optou-se pela organização e apresentação das sugestões em áreas de stress, facilitando, dessa forma, a visualização das mesmas e o percentual de enfermeiros que as sugerem.

TABELA 17 – Distribuição das sugestões feitas pelos enfermeiros entrevistados para diminuir o stress no trabalho no CC/RA, por área de stress. Santa Maria, RS, 2002.

Áreas de stress	N=17	100%
Área A Relacionamento com equipe médica e de enfermagem		
Investir na busca de melhor relacionamento, liberdade e amizade entre as equipes no ambiente de trabalho	3	17,65
Estimular o respeito à individualidade das pessoas no ambiente de trabalho	2	11,76
Estimular a criatividade, visando a sensibilização, socialização e humanização da equipe de enfermagem, com pacientes, familiares e equipes	2	11,76
Valorizar e viabilizar as relações interpessoais no CC/RA, entre equipes multidisciplinares, pacientes, familiares e demais unidades	1	5,88
Oportunizar às equipes multidisciplinares noções básicas sobre relacionamento intergrupal	1	5,88
Área B Relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o ato anestésico-cirúrgico		
Oferecer e estimular aos funcionários de outras unidades que visitem o CC/RA para entender seu funcionamento e, assim, conscientizar as pessoas indiretamente ligadas a ele sobre sua dinâmica de funcionamento	5	29,41
Disponibilizar um funcionário da manutenção para o atendimento imediato das necessidades do CC/RA	4	23,53
Solicitar e estimular às equipes médicas um melhor planejamento dos procedimentos cirúrgicos.	3	17,65
Viabilizar a organização e a permanência de uma SO para o adequado atendimento de urgências	2	11,76
Buscar a conscientização geral das pessoas quanto às necessidades, à funcionalidade e à real situação do CC/RA	2	11,76

Áreas de stress	N=17	100%
Área C Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO		
Delegar um funcionário administrativo para a realização de atividades burocráticas inerentes à unidade	2	11,76
Criar um programa de educação continuada em serviço	3	17,65
Viabilizar e estimular a participação da equipe de enfermagem em seminários, cursos e congressos	4	23,53
Organizar encontros na unidade, com o objetivo de valorizar, atualizar e oferecer instrumentos às pessoas, visando à diminuição dos estressores e melhorando as condições do trabalho no CC/RA	4	23,53
Solicitar maior atuação dos preceptores junto aos acadêmicos dos cursos da saúde	3	17,65
Aumentar a contratação de técnicos de enfermagem	2	11,76
Instituir a função de circulação externa das SO, agilizando o funcionamento e a dinâmica de trabalho no CC/RA	3	17,65
Área D Atividades relacionadas à administração de pessoal		
Estimular um maior comprometimento das pessoas com suas atribuições e funções no CC/RA	3	17,65
Solicitar maior agilidade das pessoas no CC/RA e nas unidades que mantêm relacionamento direto com o CC/RA	2	11,76
Área E Assistência de Enfermagem no período pré-operatório		
Conscientizar as direções dos hospitais quanto à importância da previsão de material e equipamentos para o CC/RA, assim como, o imediato suprimento das necessidades	3	17,65
Área F Coordenação das atividades do CC		
Respeitar o horário para o início dos procedimentos anestésico-cirúrgicos	3	17,65
Conscientizar as equipes quanto à importância da correta previsão de tempo dos procedimentos agendados	4	23,53
Divulgar e orientar as equipes multidisciplinares sobre normas, rotinas e funcionamento do CC/RA	6	35,29
Prever reposição e estoque de eletrocautérios, aspiradores e instrumental cirúrgico	5	29,41
Solicitar aumento no estoque e fornecimento de roupas	1	5,88
Permitir à equipe de enfermagem maior liberdade para intervalo, lanche e integração durante o turno de trabalho	1	5,88
Área G Condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermagem de centro cirúrgico		
Estimular e justificar para a direção do hospital a importância da previsão de leitos para pacientes submetidos a procedimentos de urgência após sua alta da RA	3	17,65
Flexibilizar o horário de troca de turno dos enfermeiros (8h às 14h; 14h às 20h; 20h às 8h)	1	5,88
Reduzir para 30 horas semanais a carga horária em unidades fechadas	2	11,76
Implementar 10 horas de estudo e discussão de casos no CC/RA	1	5,88

É possível identificar que o maior percentual de enfermeiros (35,29%) encontra-se na **Área F** (coordenação das atividades do CC). Estes profissionais destacam a necessidade de divulgação e orientação das equipes multidisciplinares sobre normas, rotinas e funcionamento do CC/RA, como forma de diminuir o stress no trabalho. Ainda na mesma área de stress, os enfermeiros (29,41%) sugerem que sejam previstas as reposições e mantidos os estoques de materiais cirúrgicos, eletrocautérios e aspiradores.

Na **área B** de stress, sobre relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência, o item que o maior número de enfermeiros (29,41%) destaca como importante forma de diminuir o stress no CC/RA, refere-se ao estímulo aos funcionários de outras unidades como: centro de material e esterilização, lavanderia, almoxarifado, manutenção, farmácia, laboratório, patologia e raio X, para que conheçam a área física e a dinâmica de funcionamento do CC/RA. Acreditam os enfermeiros entrevistados que, dessa forma, os pacientes e as equipes teriam as suas necessidades melhor atendidas durante a assistência prestada no CC/RA.

Também na **área B**, identifica-se, como sugestão dos enfermeiros (23,53%), a disponibilidade de um técnico do serviço de manutenção, para atendimento imediato das ocorrências no CC, o que poderia representar uma melhora significativa nas condições diárias de trabalho.

Na **área C**, percebe-se um percentual de 23,53% de enfermeiros sugerindo que a participação, em seminários, cursos e congressos, seja viabilizada e estimulada à equipe de enfermagem. Da mesma forma, sugerem a organização de encontros na própria unidade com o objetivo de valorizar, atualizar e oferecer instrumentos às pessoas, visando à diminuição dos estressores e melhorando as condições de trabalho no CC/RA.

As demais sugestões dos enfermeiros entrevistados também são de grande importância. A partir do momento em que um enfermeiro destaca uma possível ação, para a redução do stress no ambiente de trabalho, esta deve ser considerada e valorizada pelos responsáveis pelos serviços.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por haver consciência da complexidade na assistência de enfermagem aos pacientes; da dificuldade das relações interpessoais em CC/RA; da importância de aliar não só conhecimentos técnicos e científicos, mas também humanísticos, éticos, educacionais e sociais, entre outros, ao trabalho de enfermagem, entende-se que é necessário oferecer mais subsídios aos enfermeiros para que eles possam identificar e enfrentar os estressores vivenciados no cotidiano hospitalar, conseqüentemente, possam agregar uma melhor qualidade de vida e saúde ao trabalho, vale dizer, com menos stress. Em face disso, serão discutidos os dados levantados neste estudo.

Observa-se que, de maneira crescente, os profissionais das mais variadas áreas de atuação têm se preocupado com o stress nas suas atividades pessoais, sociais e profissionais. Muitas são as publicações que se encontram à disposição dos leitores, visando a redução do stress e sugerindo formas de prevenção e de tratamento dele. Sabe-se que não existem receitas ou fórmulas que permitam ao ser humano a eliminação do stress; no entanto, há formas de enfrentamento dos fatores considerados pelos indivíduos como estressantes, que dependem de cada pessoa, assim como de suas percepções e reações, pois são muito pessoais e momentâneas. Toda percepção, avaliação e reação é pessoal e específica a uma determinada situação de stress.

Neste estudo, à semelhança de outros, pode-se observar que o **sexo feminino** é predominante na enfermagem. Resultados semelhantes foram obtidos por outros autores que também encontraram uma população hegemonicamente feminina, dentre estes destacam-se: Bianchi (1990), Chaves (1994), Pagano (1995), Lautert (1995), Bianchi (1999), Anabuki (2001), Farah (2001), Peniche (2001) e Caregnato (2002). Esses autores, em seus estudos com enfermeiros, equipe de enfermagem ou acadêmicos de enfermagem, verificaram um percentual superior a 90% de mulheres. De acordo com Anabuki (2001), esses dados reafirmam a enfermagem como uma profissão tipicamente feminina no Brasil e em outros países.

Identificou-se uma **faixa etária** predominante de trinta e um a quarenta anos (47,07%), o que representa uma população de adultos. Já Lima (1997), Ferreira (1998), Bianchi (1999), Massaroni (2001), Anabuki (2001) e Caregnato (2002), haviam verificado dados semelhantes em seus estudos.

Cabe ressaltar que 29,41% da população deste estudo encontra-se na faixa etária de quarenta e um a cinquenta anos, ou seja, mais maduros, conseqüentemente, com um maior tempo de serviço e com maior experiência profissional; pode-se, então, observar que 76,48% da população entrevistada encontra-se na faixa etária entre trinta e um a cinquenta anos, dado que difere de algumas pesquisas que destacam a presença de adultos jovens, com idade inferior a trinta anos, como Bianchi (1990), Chaves (1994) e Pagano (1995).

Sabe-se que as pessoas diferem em suas formas de perceber, identificar, e avaliar os estressores; do mesmo modo, suas reações e seus processos de enfrentamento e adaptação são pessoais. Lazarus e Folkman (1984) descrevem o stress como uma relação dinâmica e recíproca entre a pessoa e o ambiente e ressaltam que o manejo do stress pode trazer mudanças aos indivíduos. Eles lembram que as emoções, os pensamentos e as ações são interdependentes e produzem alterações e adaptações uns aos outros.

Algumas correlações foram efetuadas entre áreas de stress e variáveis de interesse (Tabela 13), nas quais se verificou que a **variável faixa etária** apresenta uma **correlação negativa significativa** ($p=0,593$) com a área C de stress, ou seja, **com as atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO.**

Dados semelhantes foram encontrados por Ferreira (1998), a autora sustenta ser possível, nas faixas etárias maiores, a diminuição da ansiedade, uma vez que as pessoas tendem a avaliar a vida de maneira mais ponderada. Com certeza, as respostas às situações de stress, mesmo não sendo rotineiras e nem automatizadas, são adaptativas e requerem do individuo uma certa experiência de trabalho e de vida.

No estudo de correlação entre **fatores de coping** e variáveis de interesse (Tabela 14), foi possível identificar uma **correlação negativa significativa** entre os fatores de coping denominados: confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva com a **faixa etária**.

Igualmente, verificou-se que quanto maior a faixa etária dos enfermeiros de CC/RA de Santa Maria, menos eles utilizaram os mecanismos de coping citados como recursos de enfrentamento do stress no trabalho.

Na análise desses dados, verificou-se que dos mecanismos de coping propostos por Lazarus e Folkman (1984): o afastamento, o autocontrole e a resolução de problemas não apresentaram correlação significativa com a faixa etária. Pode-se, então, a partir dessa constatação, inferir que, quanto maior a faixa etária, mais os enfermeiros utilizam essas estratégias de enfrentamento de stress?

Empiricamente, acredita-se que sim, uma vez que se percebe, nas falas dos enfermeiros entrevistados, algumas afirmações que confirmam e respaldam esses questionamentos, tais como:

“[...] se é possível, eu até resolvo o problema; se não, faço que não vi, ouvi ou entendi a reclamação [...]”

- Estratégia de resolução de problemas e de afastamento

“[...] ignoro as provocações, seleciono o que ouvir e sentir [...]”

- Estratégia de afastamento e de autocontrole

“[...] escuto as reclamações e penso que devo me acalmar; busco assim, em paz comigo mesmo, resolver os problemas [...]”

- Estratégia de autocontrole

“[...] com o tempo e com a experiência anterior em UTI, aprendi o que ouvir, sentir e fazer, atendendo somente o viável [...]”

- Estratégia de autocontrole

Esses dados permitem, empiricamente, afirmar que os enfermeiros na maior faixa etária lançam mão do afastamento e do autocontrole como forma de melhor enfrentar os estressores. Dados que, se relacionados com os resultados do estudo de

stress, são condizentes, já que a uma idade maior corresponde um menor nível de stress nas atividades relacionadas com o funcionamento da sala de operações.

Cabe dizer que, nesse caso, o afastamento e o autocontrole, como estratégias de coping foram focadas na emoção. Essa relação indica que os mecanismos de coping focados na emoção, podem estar sendo resolutivos para os enfermeiros na maior faixa etária, no que se refere ao funcionamento da sala de operações, mas podem também estar cumprindo uma função paliativa no enfrentamento do stress, ou ainda resultar apenas em afastamento do estressor. Podendo assim ser considerados como uma forma de proteção aos estressores, sendo empregados como coping. Dessa forma, os mecanismos de coping focados na emoção, podem ser considerados como um meio de proteção aos estressores, que é empregado pelos enfermeiros.

É preciso lembrar que Lazarus e Folkman (1984) abordam coping de duas formas distintas: centrado no problema e centrado na emoção. Sem esquecer que ambas as formas de coping são voltadas para a realidade, pois buscam diminuir ou eliminar a fonte de stress. É necessário enfatizar também que as pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade ante os eventos estressantes, assim como em suas interpretações, reações e avaliações, independentemente da idade (Lazarus e Folkman 1984).

Payne (2001) destaca que alguns estudos parecem sugerir que o uso de estratégias de coping focadas no problema, podem prevenir o burnout; já as estratégias focadas na emoção e no esquivamento contribuem para o aparecimento da síndrome de burnout. O mesmo autor, tendo por base outros estudos, afirma que as estratégias focadas na emoção podem ser mal adaptadas, uma vez que são usadas no momento de esgotamento e podem, por esta razão, torná-lo mais exarcebado; ou, ainda, pelo fato de colocarem de lado o enfrentamento do problema. No entanto, ele afirma que a melhor forma de coping é aquela que a pessoa utiliza especificamente para uma situação determinada, o que a torna mais eficiente.

Na realidade estudada, observou-se que coping focado na emoção, no momento em que foi desenvolvido esse trabalho, parecia estar sendo resolutivo no que se refere ao funcionamento da SO, pois o stress foi menor nesta área para os enfermeiros na maior faixa etária. Também se evidenciou uma correlação negativa

significativa entre a variável faixa etária e o fator total de coping, indicando que, quanto maior a faixa etária dos enfermeiros entrevistados, menor o fator total de coping (Tabela 15).

Pelos depoimentos, é possível inferir que os enfermeiros estão avaliando os estressores enfrentados como desafios, uma vez que 53% dos entrevistados referem encontrar prazer e satisfação no trabalho em CC/RA. Complementando, eles afirmam que o tipo de trabalho desenvolvido representa uma grande motivação, o que se entende como um desafio e não como ameaça ao trabalho, portanto, os estressores agem como um fator positivo.

Kenney (2000), em estudo realizado com uma população de 299 mulheres, buscando caracterizar seus estressores, traço de suas personalidades e seus problemas de saúde, concluiu que, com a idade, elas aprenderam a identificar, confrontar e manipular seus estressores. Embora não se possa generalizar, acredita-se nas colocações desse autor e entende-se, de modo similar, que a vivência e a maturidade não só ajudam a identificar, avaliar e enfrentar os estressores, mas também a adquirir habilidade e maior segurança para optar pelo mecanismo de coping mais adequado às situações de stress.

No entendimento de Payne (2001), as respostas dos indivíduos aos estressores são atingidas e influenciadas tanto pelas diferenças individuais dos trabalhadores quanto pelas variáveis demográficas e estratégias de coping utilizadas. No modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), esses fatores são levados em consideração, uma vez que definem o processo de stress como uma relação particular entre pessoa e ambiente. Neste sentido, todos os estressores, coping e as reações emocionais devem ser considerados conjuntamente, para que se possa explicar e entender o stress e o coping de modo interdependente.

Gimenes (1997) entende que a concepção de enfrentamento, no modelo interativo de stress, enfatiza os resultados adaptativos e não os aspectos psicopatológicos de possíveis respostas de enfrentamento; valoriza, outrossim, as diferenças individuais, tanto na avaliação quanto na utilização de estratégias de enfrentamento; compreende o enfrentamento no contexto da situação específica e das

demandas particulares; ressalta a noção de processo e o seu caráter flexível, minimizando aspectos de disposição ou de estilos de enfrentamento.

Sendo o modelo interativo entendido como um processo no qual as relações entre pessoa e ambiente interagem constantemente, fica evidente que a adaptação do ser humano às diferentes situações de stress é necessária, para que se dê o adequado enfrentamento.

Verificou-se que **houve diferença significativa** em relação à faixa etária, o que indica que existe diferença entre as faixas etárias e o fator total de coping, no entanto, essa diferença é muito sutil, não sendo claramente identificada pelas comparações múltiplas.

Cabe observar que, sendo este um estudo de abordagem quantitativa, a análise estatística é de grande importância; mas sendo composto por uma população considerada estatisticamente pequena (17 enfermeiros), alguns testes podem ser inviabilizados, ou não apresentarem resultados muito claros, no entanto não comprometem o estudo.

Um importante aspecto a ser considerado no estudo do stress, no presente trabalho, diz respeito ao **tempo de formado** dos enfermeiros, verificou-se que 41,18% da população possui de onze a vinte anos de formado na enfermagem; de forma semelhante, Bianchi (2002) destaca que 32,8% dos enfermeiros que compuseram seu estudo possuem um período de onze a quinze anos de formado.

No entanto, observou-se, em outros estudos, dados que diferem dos que se obteve com este. O trabalho realizado por Bianchi (1990) mostra que 55% dos enfermeiros haviam concluído o curso de graduação em enfermagem há menos de cinco anos; da mesma forma, Miranda (1998) verificou que 43,8%, da população estudada, apresentava um tempo de formada de um a cinco anos, e Ferreira (1998) destaca o período mediano de tempo de formado de seus entrevistados como de sete anos. De forma divergente, Bianchi (1999) evidencia uma população com um período de dois a dez anos de conclusão da graduação e Pagano (1995) com um período de cinco a onze anos de formado para 77,8% da população por ela estudada.

Os dados relacionados ao tempo de formado, neste estudo, são coerentes com a faixa etária da população entrevistada, composta por adultos com relativa

experiência, tanto pessoal como profissional; dados que se acredita sejam favoráveis aos enfermeiros por serem fatores que podem diminuir, amenizar e/ou oferecer subsídios para a adequada identificação, avaliação e enfrentamento dos estressores vivenciados no trabalho; igualmente acredita-se que o maior tempo de formado e a maior faixa etária, além de favorecerem a opção de coping, mediam o impacto negativo do stress no trabalho.

Os avanços tecnológicos permitem hoje uma assistência mais segura, com técnicas de monitoramento mais precisas, compatíveis com as audaciosas e ambiciosas intervenções anestésicas, diagnósticas e cirúrgicas. Com base nessa concepção, pode-se afirmar que a enfermagem de CC cresceu, evoluiu e exigiu de seus profissionais um constante aperfeiçoamento.

Provavelmente, as instituições hospitalares têm contribuído muito para que os enfermeiros busquem formas de adaptar-se às contínuas modificações do mundo do trabalho, investindo na qualificação e na adaptação de seus profissionais às atuais exigências e realidades, desse modo estimulando-os.

É importante a reflexão sobre o tempo decorrido de formado, uma vez que o trabalho em uma unidade fechada e especializada, com freqüentes situações de risco, requer profissionais capacitados e com um mínimo de experiência profissional. Ao revisar a bibliografia, verificou-se que existem divergências quanto ao tempo de formado e suas correlações com o stress.

Das autoras anteriormente citadas, Ferreira (1998) relaciona o tempo de formado ao stress, destacando que, para a equipe de enfermagem em terapia intensiva, houve correlação estatisticamente significante em seu estudo, comprovando que, quanto maior o tempo de formado, menor foi o stress da população por ela estudada. Com dados contrários, Keanne, Ducette e Adler (1985) concluíram que os enfermeiros com maior tempo de formado apresentaram stress mais elevado. Neste estudo, as correlações entre tempo de formado e stress não foram estatisticamente significativas.

As correlações estatísticas realizadas entre os fatores de coping e as variáveis de interesse mostram, neste trabalho, que houve uma correlação significativa negativa entre a variável tempo de formado e os fatores de coping denominados

suporte social e aceitação de responsabilidades. Dado que permite afirmar que, quanto maior o tempo de formado dos enfermeiros, menos eles usam como estratégia de enfrentamento de stress o suporte social e a aceitação de responsabilidades.

Também se constatou uma correlação significativa negativa entre a variável tempo de formado em relação ao fator total de coping, indicando que quanto maior o tempo de formado, menor o fator total de coping dos enfermeiros deste estudo. Esse dado evidencia que os enfermeiros com maior tempo de formado, menos usam os fatores de coping.

Sabe-se que toda conduta humana tem uma direção, que pode ser consciente ou inconsciente (Menguel 1982), por isso é possível entender que o enfermeiro com maior tempo de formado provavelmente tenha uma maior consciência de suas ações, o que pode favorecer e respaldar suas opções no sentido de procurar formas de enfrentamento dos estressores com uma maior tranquilidade e com um melhor planejamento. A literatura a esse respeito é contraditória, necessitando de estudos específicos para elucidar o comportamento da variável.

No entanto, vale mencionar Lees e Ellis (1990), para estes autores, o coping depende da experiência e da maturidade da pessoa, quanto mais o tempo passa, acreditam eles, mais tende a ser voltado para a emoção.

Tendo-se evidenciado que, genericamente, quanto maior o tempo de formado, menos os enfermeiros deste estudo utilizaram os fatores de coping; especificamente, identificou-se que, quanto maior o tempo de formado, menos foram usados alguns fatores de coping focados na emoção. Disso decorre que, empiricamente, pode se supor que os mecanismos de coping focados no problema, correspondam à forma de enfrentamento dos estressores mais usada pelos enfermeiros deste estudo com maior tempo de formado. Dado que não coincide com a afirmação de Lees e Ellis (1990), no critério tempo de experiência.

Healy e McKay (2000) buscaram conhecer os efeitos das estratégias de coping e a conseqüente satisfação no trabalho em um grupo de enfermeiros da Austrália. Os autores destacaram que estudos já realizados comprovam que as estratégias de coping variam de acordo com os fatores e as situações estressantes. Eles esclareceram que as pessoas costumam usar mais estratégias de coping focadas

no problema em situações de trabalho e focadas na emoção em situações de saúde e stress na família.

Dados parcialmente semelhantes aos aqui verificados; nestes, percebe-se uma maior média de fator total de coping referente à resolução de problemas, portanto o coping foi focado no problema. Em seguida aparecem os fatores suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva, focados na emoção.

Com isso, identifica-se o uso de estratégias de coping focadas no problema e na emoção em situações de trabalho no CC/RA. Estes dados permitem, empiricamente, afirmar que os enfermeiros de CC/RA usam estratégias de coping focadas no problema e na emoção, todas como forma de enfrentar os estressores no trabalho no CC.

No que se refere ao **tempo de serviço no hospital** onde atuam, verifica-se que é predominante o período de um a dez anos para 47,07% da população entrevistada. No entanto, 35,29%, dessa mesma população, trabalha no hospital há mais tempo, pelo período de onze a vinte anos.

Por seu lado, Bianchi (1999) levanta um questionamento: *“Será que o tempo de experiência faz com que o enfermeiro fique menos vulnerável ao stress?”* Em resposta, a autora afirma que as comparações realizadas no seu estudo não são conclusivas, já que os dados obtidos, mostram uma população com 90% dos enfermeiros atuando no CC por um período inferior a dois anos.

Não é possível afirmar com segurança que a experiência diminua a vulnerabilidade do enfermeiro ao stress. No entanto, neste estudo, verificou-se que, quanto maior o tempo de serviço no hospital, menor é o stress dos enfermeiros nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operações. Nas demais áreas de stress, as correlações não foram significativas em relação ao tempo de serviço (Tabela 13).

Bianchi (2002) verificou que somente nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade houve diferença significativa e positiva em relação ao tempo de serviço. Isso indica que, quanto maior o tempo de serviço, maior foi o nível de stress obtido para as atividades vinculadas ao funcionamento da unidade, dados contrários aos aqui obtidos.

Lima (1997) destaca que, em relação ao tempo de formado e de serviço no hospital, para a população de enfermeiros que compôs seu estudo, não houve influência significativa no nível médio de stress.

No presente estudo, houve uma correlação negativa significativa entre as variáveis tempo de serviço no hospital e a faixa etária com alguns fatores de coping. Esta relação indica que, quanto maior for o tempo de serviço no hospital e a faixa etária, menos os enfermeiros entrevistados usam como mecanismos de coping o confronto, o suporte social, a aceitação de responsabilidades e a reavaliação positiva.

Da mesma forma, constatou-se uma correlação negativa significativa entre a variável tempo de serviço no hospital e o fator total de coping, indicando que, quanto maior o tempo de serviço no hospital, menor o fator total de coping dos enfermeiros. Para este estudo, significa que, quanto maior o tempo de serviço no hospital, menos os enfermeiros utilizam os fatores de coping propostos por Lazarus e Folkman (1984) como forma de enfrentar os estressores no trabalho (Tabela 15).

Alguns pesquisadores como Sullivan, Kerr e Ibrahim (1999) e Harrison, Loiselle, Duquette *et al.* (2002) confirmam a importância do monitoramento e minimização dos estressores nos ambientes de cuidado da saúde, uma vez que, descobertas coincidentes, afirmam que os profissionais da enfermagem vivenciam um maior esgotamento psicológico que a população em geral. É necessário ressaltar, então, que as características pessoais interferem significativamente na avaliação do stress, do mesmo modo que a abordagem do stress no trabalho não pode ser isolada dos aspectos da vida pessoal (Bianchi 2002).

De acordo com a perspectiva transacional, o coping pode ser visto como um processo determinado pela avaliação cognitiva e dependente do contexto no qual o indivíduo está inserido (Lazarus e Folkman 1984). As avaliações e as intervenções periódicas no ambiente fazem-se necessárias, buscando-se assim subsídios para que a saúde, a segurança e o bem-estar dos enfermeiros sejam mantidos em um amigável ambiente de trabalho.

Verificou-se que **o tempo de serviço predominante no CC/RA** (Tabela 4), foi de onze a vinte anos, com um percentual de 35,29%. Contudo, é também importante destacar que 47,06% da população entrevistada possui um tempo de

serviço no CC inferior a dez anos. Então, não se pode ignorar que 82,35% da população que compôs este estudo, trabalha em CC/RA por um período inferior a vinte anos. Por tratar-se de um estudo sobre o stress no trabalho, esse dado parece significativo, uma vez que o período de tempo de atuação do enfermeiro no CC/RA pode interferir diretamente na percepção e no enfrentamento dos estressores mais frequentes na unidade.

É importante salientar, não só as evoluções da ciência e da tecnologia na assistência em CC/RA, mas também as relações sociais entre os trabalhadores da área da saúde de modo geral e da enfermagem de modo particular, e entender as peculiaridades que permeiam a assistência de enfermagem, as quais exigem do enfermeiro uma grande habilidade, um amplo conhecimento e, conseqüentemente, uma necessária segurança emocional e técnica.

Toda transformação gera conflito e todo conflito deve ser considerado como inerente a qualquer atividade humana. Quando o enfermeiro realiza a avaliação de um estressor, ele está fazendo uso de seu poder pessoal de intervenção e transformação, utilizando instrumentos pessoais e institucionais como forma de eleger o melhor coping. O tempo maior de serviço pode representar maior tranquilidade, pois possibilita avaliar de maneira mais segura, os estressores e introjetar as mudanças pessoais e organizacionais, além de agir positivamente na interação com os eventos situacionais.

Bianchi (1990) destaca dados relacionados ao nível de stress e ao tempo de serviço no CC com uma correlação significativa, quanto maior o tempo de serviço no CC, maior o nível de stress. Os dados relatados por Numerof e Abrams (1984) são contrários aos citados por Bianchi (1990), já que afirmam que quanto maior o tempo de serviço na unidade, maior será a aquisição de mecanismos de compensação do stress por parte dos indivíduos. No presente estudo, ao relacionar tempo de serviço no CC/RA com nível de stress, verificou-se que não houve diferença significativa.

Quando relacionado o tempo de serviço no CC/RA às áreas de stress, verificou-se que não existe correlação significativa; ao comparar-se o stress total com o tempo de serviço no CC, também não surgiu uma diferença significativa. Comparando o tempo de serviço no CC/RA aos fatores de coping, obteve-se que não

houve correlação significativa, da mesma forma que na correlação de Spearman, ao relacionar-se o fator total de coping com tempo de serviço em CC/RA, também não houve correlação estatística significativa. Assim sendo, nesse estudo, as correlações estatísticas também não foram conclusivas, quando se vinculou o tempo de serviço no CC/RA ao stress e ao coping.

Ao analisar os dados deste estudo, verificou-se que 70,59% dos enfermeiros entrevistados, não receberam nenhum tipo de **treinamento** para trabalhar em CC. Dado importante especialmente ao considerar a complexidade das tarefas, associada à grande responsabilidade profissional, necessárias ao enfermeiro para prestação de uma assistência que se caracteriza por ser individualizada e especializada em um período dinâmico, no qual os pacientes encontram-se expostos a riscos pela necessidade de procedimentos anestésicos e cirúrgicos.

Importante também, por acreditar-se que, para assumir uma unidade de grande complexidade e dotada de particularidades como o CC/RA, não só o preparo seja fundamental para a diminuição dos estressores no ambiente de trabalho, como seu adequado enfrentamento.

Acredita-se na importância do treinamento para os enfermeiros, independentemente do tempo de serviço e das características próprias de cada unidade. As evoluções presentes no ambiente hospitalar exigem dos enfermeiros que, mesmo tendo sido treinados e preparados, busquem constantemente subsídios que permitam o aperfeiçoamento e a adequação das necessidades às características próprias da assistência e do serviço.

Dados semelhantes aos deste estudo foram verificados por Bianchi (1990), ela declarou que 60% dos enfermeiros que participaram do estudo não receberam treinamento para trabalhar em CC. De acordo com a mesma autora, a competência profissional é iniciada na graduação e deve ser consolidada na organização na qual o enfermeiro está inserido. Convém notar que investir em educação e treinamento é lucro, por garantir qualidade na assistência aos clientes nas instituições de saúde (Boog 1991).

A educação continuada representa uma qualificação de vida para as pessoas, tanto para os que prestam assistência, quanto para aqueles que são assistidos. Para a

enfermagem, ela representa o esteio que assegura a boa qualidade da assistência. A realização de um programa restrito e técnico, ou de um programa mais amplo e abrangente deve corresponder à importante meta a ser buscada pelos superiores da enfermagem, no entendimento de Bezerra (1998).

Os investimentos em projetos de treinamento e educação continuada, dinâmicos, abertos e contextualizados, devem melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, aos familiares e a equipe multidisciplinar, uma vez que o preparo oferece maior segurança e bem-estar aos profissionais.

Sendo o CC uma unidade, onde os avanços tecnológicos e a especificidade dos procedimentos interferem na rotina do enfermeiro, exigindo uma constante busca de conhecimentos e gerando situações de curiosidade, instabilidade e insegurança, acredita-se que, com muita frequência, a pouca experiência possa ser geradora de conflitos, limitações e situações de stress no cotidiano do enfermeiro. As relações no trabalho, quando harmoniosas e de boa qualidade, são fundamentais para o controle e, até mesmo, para o combate do stress (Albrecht, 1988).

Nessa perspectiva, entende-se que o conhecimento da filosofia do hospital, das rotinas, das atribuições e das responsabilidades, permite ao enfermeiro de CC/RA uma maior reflexão e oferece instrumentos para conseqüentes discussões sobre os problemas geradores de stress e, também, favorece a adequada seleção de estratégias para o enfrentamento.

Outro importante aspecto relacionado a treinamento, segurança e adaptação do enfermeiro, refere-se à forma como ele é admitido em uma unidade para trabalhar. Neste sentido, para Urbaneto (2002), a falta de formalização no processo de inclusão de um novo trabalhador no ambiente de trabalho, sem que ele tenha um conhecimento prévio da filosofia de trabalho da instituição, da estrutura geral, da hierarquia, entre outros, pode ocasionar sérias dificuldades à sua ambientação, a seu comprometimento, até mesmo pode causar sua exclusão desse ambiente.

Ao investigar as possíveis correlações entre stress, coping e a variável treinamento, detectou-se que não existe interdependência significativa em nenhuma das correlações.

Obteve-se que não há diferença significativa, com referência ao stress total, entre o enfermeiro que participou de treinamento e o que não participou, ou seja, os enfermeiros que participaram de algum tipo de treinamento não podem ser considerados menos estressados do que os que não tiveram essa oportunidade. No entanto, salienta-se que, quando os enfermeiros não investem no aperfeiçoamento e na educação continuada, vale dizer, não acompanham a evolução, eles podem entrar num estado de alerta que, sendo contínuo, poderá comprometer sua saúde física e mental.

É importante destacar que, em um ambiente de trabalho como o CC/RA, onde há desgaste físico e emocional, a entrada de um novo profissional não treinado e inadequadamente orientado, para trabalhar na unidade, pode representar uma fonte extra de stress e, conseqüentemente, gerar instabilidade em toda a equipe, comprometendo sobremaneira a eficiência do cuidado de enfermagem no período perioperatório.

Um dado importante que chama a atenção, diz respeito aos cursos de **pós-graduação**. Verificou-se que 64,71% dos entrevistados possuem curso de especialização. Consta-se que há uma grande preocupação dos enfermeiros entrevistados de se qualificarem para o trabalho; da mesma forma, conclui-se que há um grande investimento que pode ser pessoal e até mesmo institucional, na qualificação dos entrevistados.

Ao se observar, em outros estudos, dados referentes à pós-graduação, foi possível detectar que, no Rio Grande do Sul, Lautert (1995) realizou uma pesquisa em dois hospitais e identificou que, dos enfermeiros participantes do estudo, 49,72% de um hospital e 21,51% do outro fizeram algum curso de pós-graduação. Números inferiores aos que se verificou com esse trabalho.

Com dados semelhantes, Anabuki (2001), em estudo realizado em São Paulo, destacou que 67,16% dos enfermeiros entrevistados possuem curso de pós-graduação em nível de especialização. A autora complementa os dados informando que os outros 14,47% dos enfermeiros entrevistados, encontravam-se, durante o desenvolvimento de seu estudo, matriculados em programas de pós-graduação em

nível de mestrado e doutorado. A autora destaca que o investimento em estudo pessoal e profissional, dos enfermeiros entrevistados, é elevado.

A pós-graduação é uma oportunidade que possibilita ao enfermeiro o conhecimento de novos referenciais teóricos, a convivência com outros profissionais, um aumento na capacidade e na possibilidade de argumentação, além de favorecer as trocas de experiências. Conseqüentemente, representa um estímulo para exercitar a criatividade, incentivar a implantação de novos projetos e, ainda, renovar e valorizar a si mesmo enquanto ser humano e profissional.

A pós-graduação aumenta a auto-estima e contribui para melhorar o desempenho, conseqüentemente, oferece maior segurança ao enfermeiro para o enfrentamento dos estressores no trabalho. Além de ser necessária ao crescimento do profissional e da profissão.

Bianchi (1999) confirma, pelos dados obtidos nas unidades fechadas, que a participação dos enfermeiros em cursos de pós-graduação parece ser significativa para diminuir o nível de stress nas áreas relacionadas à administração de pessoal, assim melhorando as condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro.

Neste estudo, foi possível comprovar que existe uma diferença significativa no stress total quando o enfermeiro tem curso de pós-graduação. Os enfermeiros que não têm curso de pós-graduação apresentam um maior stress total.

A instituição deve oferecer à equipe de enfermagem condições de reflexão e revisão de conceitos; atualização de conhecimentos relativos a procedimentos técnicos, administrativos e éticos; possibilidade de crescente integração e de desenvolvimento da equipe de enfermagem, para acompanhar as evoluções que são muitas e acontecem, na área da saúde, de maneira muito rápida. A valorização pessoal e profissional da equipe de enfermagem deve ser freqüentemente estimulada, vinculando a teoria a prática e oportunizando uma melhoria da qualidade da assistência de enfermagem em CC/RA.

É importante complementar que os enfermeiros entrevistados, neste estudo, possuem curso de especialização em varias áreas (administração tanto hospitalar quanto dos serviços de enfermagem; metodologia e pedagogia da enfermagem

médico-cirúrgica; saúde do adulto; saúde coletiva e em projetos assistenciais), estas, mesmo não sendo específicas de CC, representam segurança, conhecimento e maior capacitação para o trabalho. Cabe destacar um dado que emergiu nas entrevistas, 11,76% dos entrevistados possuem mais de um curso de especialização; e um dos enfermeiros (5,88%) encontra-se matriculado em um curso de pós-graduação em nível de mestrado. Essas informações confirmam a preocupação dos enfermeiros e das instituições em qualificar seu quadro de pessoal, da mesma forma que confirmam os investimentos em educação.

Outro dado a ser discutido refere-se à **atividade profissional**, detectou-se que 64,71% dos entrevistados não possuem outro vínculo empregatício. No entanto, sendo uma população hegemonicamente feminina, a dupla jornada de trabalho é uma realidade.

Observou-se que 35,29% dos enfermeiros entrevistados possuem outra atividade profissional, ligada à área da saúde, em nível hospitalar e/ou em nível de ensino. Essa outra atividade, para a maioria dos enfermeiros, é executada em CC/RA ou UTI, como enfermeiro; ou é efetuada como docente de ensino técnico profissionalizante ou, ainda, como supervisor de acadêmicos de enfermagem.

Também se identificou, neste estudo, que alguns dos entrevistados referem não possuir outro emprego, no entanto, desenvolvem outras atividades fora do lar, como representações e vendas, complementando, dessa forma, sua renda mensal.

O acúmulo de trabalho certamente é responsável por um maior nível de tensão e de stress desses enfermeiros, já que ficam cansados e, possivelmente, desgastados física e mentalmente.

Lima Junior e Êster (2001) declaram, relacionando remuneração e benefícios, que os salários dos enfermeiros são muito baixos, se levadas em consideração a atividade e a responsabilidade que eles assumem. Os enfermeiros entrevistados ressaltaram que o baixo nível salarial, leva-os a assumir mais de um vínculo empregatício para obterem melhores condições de vida, o que reputam bastante estressante e cansativo.

Como relatam outros trabalhos, muitos enfermeiros são impelidos a buscar uma compensação salarial. No estudo de Gonzales (2001), desenvolvido na mesma

realidade em que se realizou este trabalho, os enfermeiros, mais que os auxiliares de enfermagem, tendem em maior número a procurar outra fonte de renda, seja pela questão do status vinculado ao nível de vida das pessoas que têm curso superior, seja pela garantia do seu lugar na vida social. Destaca ainda a autora que 30% da população, por ela entrevistada, têm outro emprego, possuem algum tipo de trabalho que ajuda na complementação da renda, como venda de roupas e produtos de beleza.

Diante do exposto, cabe destacar que, ao manter mais de um vínculo empregatício, o enfermeiro tem diminuído seu tempo para o lazer e para o convívio com a família, além de ter dificultado o processo de relaxamento das tensões provenientes do trabalho. No entendimento de Anabuki (2001), a manutenção de dois vínculos empregatícios em instituições de saúde, desenvolvendo atividades assistenciais, implica em aumentar a sobrecarga de trabalho, aumentar o cansaço após a jornada de trabalho e diminuir o tempo para o descanso e, até mesmo, para realizar atividades extra laborais com a finalidade de aliviar o processo de desgaste.

É surpreendente a justificativa dos enfermeiros entrevistados que desenvolvem outras atividades sem vínculo com a área da saúde, porque eles afirmam que estas são uma fonte de prazer e relacionamento social, referindo como importante forma de descarga da tensão proveniente do trabalho em CC/RA.

Enquanto os enfermeiros apresentam-se satisfeitos e realizados, pessoal e profissionalmente, é menos provável que entrem em exaustão emocional e, conseqüentemente, em burnout. A satisfação e a realização pessoal e profissional podem ser vistas, nesse caso, como uma proteção do indivíduo ao stress, podendo ser considerada como um efetivo mecanismo de coping.

Entende-se que a interação social, promovida pelas vendas, seja responsável pelo maior bem-estar e satisfação pessoal dos enfermeiros, o que certamente contribui para uma melhor interação pessoal e profissional deles, inclusive no ambiente de trabalho institucionalizado.

Outros estudos, desenvolvidos com enfermeiros e citados por Payne (2001), sugerem que o uso de estratégias de coping focadas no problema, pode prevenir o burnout, enquanto que o uso de estratégias focadas na emoção, poderiam contribuir para o burnout.

Chiriboga e Bailey (1986) escreveram que enfermeiros de unidades de internação e de terapia intensiva que usaram o coping focalizado no problema, tiveram uma melhor adaptação à situação de stress, tendo sido efetivo o coping, permitindo um menor índice de burnout.

Num estudo, utilizando a escala de estratégias de coping de Lazarus e Folkman, Ceslowitz (1989) destaca que os enfermeiros que experienciavam níveis mais baixos de burnout empregavam o suporte social, a reavaliação positiva, o autocontrole e a resolução de problemas no enfrentamento dos estressores; enquanto que os enfermeiros que experienciavam altos índices de burnout empregavam mais o confronto, o autocontrole e a fuga esquivada como mecanismos de coping.

Esses estudos confirmam a questão individual e situacional do processo de stress, suas formas de enfrentamento e suas repercussões nas pessoas. Os enfermeiros de CC/RA mostraram-se estressados, mas empenhados em procurar formas de coping diante da multiplicidade de estressores vivenciados no trabalho. As diferenças individuais e o coping que medeiam o impacto negativo do stress no trabalho, têm relação direta com as características individuais e, conseqüentemente, com a instalação da síndrome de burnout.

Molina (1996) afirma que a mulher é mais suscetível ao stress do que o homem, porque, provavelmente, são maiores as exigências impostas a ela pela sociedade. Uma das hipóteses que pode explicar este resultado é a sobrecarga de trabalho da mulher, que assume dupla ou tripla jornada de trabalho.

Percebe-se, com este estudo, que as apresentações de Molina (1996) nem sempre podem ser confirmadas. Pode-se afirmar que, para os enfermeiros que compuseram a população deste estudo, a existência de outro emprego (vínculo formal) não pode ser considerada como causa de maior stress, uma vez que não houve diferença significativa na correlação da variável outro emprego e o escore padronizado de stress. Entretanto, não se pode ignorar que esta é uma população estressada, que trabalha muitas horas diárias em unidades fechadas (CC/RA) e críticas (CTI) tanto como enfermeiros quanto como docentes e pode chegar ao burnout.

Os enfermeiros que afirmam usar o suporte social como mecanismo de coping, estariam positivamente enfrentando os estressores no trabalho e correndo menor risco de entrar em burnout. Empiricamente, esse dado, pode ser confirmado pelos depoimentos dos próprios enfermeiros entrevistados, quando reconhecem que um colega mudou depois que passou a trabalhar com vendas “[...] *ela está mais tranqüila e menos agressiva* [...]”.

Considera-se importante destacar o alto percentual de enfermeiros que **não optou pelo trabalho em CC (76,47%)**. Em face disso, a realização de cursos de pós-graduação em outras áreas pode ser também justificada, pois se sabe que, conforme o tipo de trabalho desenvolvido, os enfermeiros direcionam sua qualificação profissional. Cabe dizer que a maioria dos enfermeiros trabalhou em outras unidades antes de serem lotados no CC/RA.

No que diz respeito à opção pelo trabalho em determinada unidade, Bianchi (1990), com base no modelo interacionista, afirma que o fato de o enfermeiro escolher a unidade para trabalhar, representa um estímulo à sua atuação, funcionando como um mecanismo de coping para enfrentar os problemas e, até mesmo, para diminuir o impacto das atividades desenvolvidas na unidade.

O prazer no trabalho e a satisfação pessoal estão vinculados às possibilidades de ser criativo, de ter liberdade para inovar, de participar ativamente nas decisões e, ainda, de ter reconhecida e valorizada sua prática profissional.

Em contra partida, julga-se importante sinalizar que foi surpreendente a tomada de posição dos enfermeiros entrevistados, uma vez que a maior parte deles não optou pelo trabalho no CC, dado que difere de Bianchi (1990), que verificou que 55% dos enfermeiros teve oportunidade de escolher a unidade para trabalhar. Cabe salientar que as opções de trabalho em São Paulo são muitas, já que há diferentes possibilidades de vagas. Também não se pode deixar de lembrar que o estudo de Bianchi foi desenvolvido há treze anos, o que representa uma defasagem em termos quantitativos e qualitativos de pessoal; sem esquecer que a realidade econômica vivida pelos enfermeiros, também difere bastante da vivida no sul do país.

Concorda-se com Bianchi quanto à importância da possibilidade de escolha da unidade para trabalhar, uma vez que esta opção pode representar um fator positivo

à atuação profissional. De outro modo sua falta pode significar um estressor. Este, no entanto, pode ser considerado um ponto positivo ao enfermeiro, quando entendido como um desafio, que o provoca a desempenhar suas funções.

Neste estudo, constatou-se que, o fato de os enfermeiros não terem optado pelo trabalho no CC, não representou desgaste para eles. Ao contrário, como eles fizeram questão de demonstrar, o prazer e a grande satisfação que sentem por trabalhar em uma unidade tão complexa e importante no contexto hospitalar, corresponde a um desafio.

A possibilidade de realizar um trabalho complexo evidencia, de alguma forma, a sua competência e o difere de outros colegas. Neste sentido, Caregnato (2002), relacionando a complexidade do trabalho em CC à satisfação dos enfermeiros, destaca que percebeu, em seu estudo, que os enfermeiros se sentem diferenciados por dominarem uma alta tecnologia que nem sempre é conhecida pela maioria dos profissionais de enfermagem que trabalham em outras áreas.

De modo semelhante, a referida autora percebeu uma postura diferente também por parte dos cirurgiões que, por vezes, sentem-se mais poderosos que seus colegas de outras áreas.

Acredita-se que tal posição dos profissionais enfermeiros ou médicos em CC seja condizente com as necessidades e características do trabalho. No entendimento de Caregnato (2002), a relação muito próxima e estreita entre equipe médica e de enfermagem é justificada pela convivência diária, contínua e diversificada entre eles. Esses fatores fazem do CC um ambiente de trabalho em equipe, no qual o nível de exigência é contínuo.

Da mesma forma, Massaroni (2001) destaca que, apesar de os profissionais da equipe de enfermagem identificarem o ambiente de CC como um local gerador de stress, nos depoimentos dos entrevistados, fica claro que o tipo de trabalho que ali desenvolvem, surge acompanhado de grande satisfação.

Refletindo sobre essa satisfação, Massaroni (2001) enumera alguns aspectos que podem justificá-la, como a resolutividade dos procedimentos cirúrgicos; o contato rápido com os pacientes não favorece vínculos afetivos, pois não há tempo suficiente para que os integrantes da equipe de enfermagem vivenciem plenamente o

sofrimento dos pacientes; o sentimento de proteção que a unidade fechada pode gerar nas pessoas.

Krahl (2001) verificou, nos depoimentos dos enfermeiros, que o trabalho em um CC, onde um grande conhecimento técnico é exigido devido ao uso de tecnologia de última geração, faz com que os enfermeiros sintam-se valorizados pelo conhecimento que possuem e por dominar a tecnologia necessária e presente na unidade, determinando uma autovalorização e evidenciando o prazer pela sensação gerada pelo poder do conhecimento.

Percebe-se que independentemente das diferenças típicas de cada instituição, a sua filosofia, a estrutura organizacional e funcional e a própria composição da equipe que nela atua, constituem características próprias de um CC, pois o tipo de assistência prestada aos pacientes, é muito semelhante. Mesmo estando sujeito a inúmeras intercorrências, a situações de emergência e de diferentes estressores, os enfermeiros mostram-se satisfeitos e felizes encarando as dificuldades como desafios. Podendo as dificuldades, nesse contexto, serem consideradas como efetivos mecanismos de coping no enfrentamento do stress no trabalho em CC/RA.

Identificou-se, neste estudo, que compete ao enfermeiro de CC a responsabilidade e a coordenação das atividades, dos procedimentos, e da busca de alternativas para um melhor controle qualitativo e quantitativo de materiais, equipamentos e condições, para que os procedimentos anestésicos, cirúrgicos e diagnósticos sejam efetivados com qualidade e máxima segurança para a vida das pessoas. Parece simples e pouco complexa essa atividade do enfermeiro em CC, no entanto, é pertinente salientar, há um conflito muito grande vivido entre as múltiplas atribuições e responsabilidades administrativas dos enfermeiros e o desejo de prestar uma assistência direta e individualizada aos pacientes.

Na maioria dos serviços, como o enfermeiro tem suas atividades voltadas para o desempenho de atividades administrativas, burocráticas, fiscalizando os controles e as previsões necessários e importantes para o adequado funcionamento e segurança dos pacientes e profissionais, os conflitos entre a burocracia e a assistência presente poderiam ser evitados, ou minimizados.

Não se pode esquecer que a organização das instituições, quando oferece respaldo às decisões do enfermeiro, parece reduzir o impacto dos estressores no ambiente de trabalho. Da mesma forma, acredita-se que o nível das equipes de trabalho, qualitativa e quantitativamente adequadas à realidade em questão, representa um benéfico e importante suporte ao trabalhador. O suporte no trabalho, em termos de organização, tem sido uma meta de muitos enfermeiros que, estando relativamente afastados do “*cuidar*”, procuram produzir instrumentos que permitam o desenvolvimento da tarefa de organizar e coordenar a assistência, com menor desgaste e maior prazer.

No entanto, verifica-se também que as atividades gerenciais do enfermeiro se desenvolvem tendo como diretriz as regras e as normas estipuladas em nível de administração central da instituição. No que se refere ao cuidado dos pacientes, observa-se a preocupação de que seja acompanhado de reflexões, amparadas por estudos sistematizados das práticas e de possibilidades da enfermagem enquanto profissão.

No CC, mais que em qualquer setor hospitalar, o trabalho em equipe se torna necessário, as atividades são de grande responsabilidade profissional e envolvem a vida dos pacientes. As características físicas e psicológicas que se apresentam neste ambiente de trabalho cheio de riscos físicos, químicos, biológicos e psicológicos provocam a necessidade de organização da unidade faz com que ela seja lotada de pessoal capacitado qualitativamente e quantitativamente.

No que se refere à satisfação no trabalho em CC, encontrou-se, no estudo de Tyler e Cushway (1995), que níveis mais altos de satisfação estavam associados a níveis mais baixos de stress na enfermagem, dados semelhantes também foram destacados por Healy e McKay (2000). Importante salientar que os instrumentos de pesquisa utilizados para medir o *stress* e a satisfação no trabalho foram os mesmos nos dois estudos, o que permite uma comparação mais concisa.

Apesar da enfermagem ser considerada uma profissão estressante, 45,2% dos entrevistados por Lima (1997), disseram que o trabalho é, para eles, algo agradável; para os outros 42,9%, proporciona realização profissional.

Ao se entender saúde como resultado de condições dignas de vida e de trabalho, percebe-se que a saúde do ser trabalhador possui dimensões físicas, mentais, sociais e políticas. Portanto, falar de stress no trabalho da enfermagem, implica pensar em saúde nos diversos contextos. Nessa concepção, falar de stress no trabalho, significa pensar em sua organização e nas condições do trabalhador para realizá-lo.

No entendimento de Loiselle (2001), a saúde dos trabalhadores é influenciada por fatores contextuais como: suporte no trabalho, educação continuada, acesso ao material e aos equipamentos necessários para o cumprimento de tarefas.

Nessa dinâmica, a saúde dos trabalhadores contribui efetivamente para a diminuição do stress no trabalho; no entanto, algumas ações também podem contribuir sobremaneira. A educação continuada, por exemplo, é de fundamental importância nesse contexto, já que é necessária a reciclagem dos profissionais que exercem atividades em CC, enfermeiros ou não, devido aos avanços tecnológicos, para diminuir a insegurança no trabalho e manter a continuidade do processo de cuidar.

A atividade da enfermagem, do ponto de vista estrutural, tem procedimentos técnico-científicos, cognitivos e psíquicos que levam o trabalhador ao sentimento de prazer e satisfação, assim como de stress e sofrimento. Tanto o stress e o sofrimento quanto o prazer e a satisfação no trabalho exigem mudanças e adaptações que repercutem na vida do trabalhador, desafiando-o e, assim, interferindo na qualidade de assistência por ele prestada.

Para Healy e McKay (2000), melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros pode ser um fator para diminuir seus níveis de stress e encorajá-los a continuar na enfermagem.

Verificou-se nesse sentido, que o trabalho no CC/RA é gerador de estímulos positivos aos enfermeiros. Eles buscam, no próprio trabalho, minimizar o sofrimento e as dificuldades enfrentadas, o que é possível entender como efetivo mecanismo de coping para o enfrentamento dos estressores.

Caregnato (2002) constatou que sentimentos de desvalia foram manifestados exclusivamente pela enfermagem em seu estudo. A autora evidenciou uma disputa de

poder entre os enfermeiros e os médicos, na qual a dificuldade do enfermeiro conquistar seu espaço no CC também aparece como vivência significativa do stress dessas profissionais.

Ao analisar algumas pesquisas realizadas com enfermeiros de CC, Bianchi (2000) verificou a falta de reconhecimento pelo trabalho do enfermeiro e os conflitos destes com os médicos, como um estressor comum encontrado na maioria das pesquisas.

Neste estudo, em relação à avaliação individual e subjetiva realizada com os enfermeiros, encontrou-se que a atuação mais estressante estava relacionada às atividades vinculadas ao funcionamento da sala de operações para 64,70% dos entrevistados. Os conflitos com a equipe médica, com a própria enfermagem e com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente, durante o ato anestésico cirúrgico, representaram stress para 52,94% dos entrevistados.

Massaroni (1999), de forma análoga a Bianchi, aponta a falta de reconhecimento da importância profissional da enfermagem como um dos estressores para a enfermagem em hospital.

Ao procurar compreender a especificidade do trabalho dos enfermeiros no CC/RA, nos diferentes serviços, julgou-se oportuno destacar os **cargos** por eles ocupados. De acordo com o levantamento, oito enfermeiros entrevistados (47,06%) possuem cargo de chefia, ou seja, respondem técnica e administrativamente pela unidade em que trabalham. Cabe destacar que todos trabalham em um turno único (manhã, tarde, ou especial), existindo assim a necessidade de outro enfermeiro que responda pela unidade na ausência do chefe, denominado supervisor ou responsável por turno. Os demais, nove enfermeiros (52,94%), são assistenciais, ou seja, atuam diretamente na assistência aos pacientes, fato que não exige o enfermeiro chefe de exercer também função assistencial, nem de ser necessária a atuação do enfermeiro assistencial na administração e coordenação da unidade em alguns períodos.

Nesse contexto, também é importante destacar que três dos nove enfermeiros assistenciais desenvolvem suas atividades no turno da noite, são responsáveis pela assistência, supervisão e coordenação das atividades no CC/RA/CME, não foram incluídos com os “*chefes*”, pois há uma dinâmica diferente de trabalho do noturno.

Dotado de características próprias, o trabalho noturno difere do diurno, inicialmente, pela amplitude de horário, que se entende como fator gerador de stress, pelo simples fato de que doze horas consecutivas de trabalho levam, inevitavelmente, a um desgaste físico e mental. Este associado à falta de apoio de alguns serviços básicos, conduzem o enfermeiro que trabalha durante a noite a uma maior mobilização de recursos individuais e organizacionais para enfrentar/superar os estressores. Entretanto, é necessário considerar que essas suposições correspondem a um ponto de vista muito pessoal e empírico.

Verificou-se, no estudo desenvolvido por Chaves (1994), que o perfil do enfermeiro que se mostrou mais propenso ao ajustamento e à tolerância ao stress decorrente do trabalho à noite, foi o do adulto jovem, com baixo traço de ansiedade e baixo padrão de comportamento para o stress.

A mesma autora destaca a importância que o enfermeiro atribui ao seu papel familiar, ele contribui financeiramente para a melhoria da qualidade de vida de seus familiares, conseqüentemente, esse é um fator relevante no enfrentamento do stress no trabalho noturno, mesmo que em detrimento da própria qualidade de vida do profissional.

Assim sendo, o trabalho no turno da noite não evidenciou que os enfermeiros estejam mais estressados em função do horário de trabalho. A partir das considerações anteriores, é importante que se considere que os enfermeiros que optam por tal turno se adaptam com maior facilidade à situação, não a considerando como desgastante.

No que concerne às responsabilidades de cada enfermeiro, chama atenção que, independente do cargo ocupado, do horário de trabalho, do tipo de hospital e do movimento cirúrgico, os enfermeiros entrevistados listaram atividades desenvolvidas muito semelhantes. No entanto, um ponto que difere se refere à confecção de escalas. Estas, na maioria dos serviços, são elaboradas pelos chefes, mas se observou que, em alguns serviços, são organizadas em conjunto com os demais membros da equipe de enfermagem. Talvez por essa razão, não se tenha identificado uma diferença de nível de stress dos enfermeiros, no que se refere ao cargo ocupado. Deve-se considerar

tanto as características próprias da assistência em CC/RA quanto à dinâmica de funcionamento dos serviços.

Nesse sentido, cabe resgatar o referencial teórico metodológico que, a partir da década de oitenta passou a fazer parte do conhecimento dos enfermeiros e, conseqüentemente, do ensino e da assistência de enfermagem em CC. Os enfermeiros buscavam, por meio desse referencial, direcionar, implementar e avaliar as ações em CC. Na realidade estudada, especificamente, verificou-se que algumas ações estão mais presentes no cotidiano do trabalho das categorias auxiliares do enfermeiro, como a circulação das salas de cirurgia, que é realizada por auxiliares e técnicos de enfermagem e a assistência direta aos pacientes. Ficam, sob a responsabilidade do enfermeiro, algumas ações específicas como: sondagens, posicionamento, recepção, avaliação e, também, encaminhamento de pacientes graves, orientação e supervisão da equipe de enfermagem, entre outras.

No que se refere às questões administrativas, ainda hoje se percebe que estão presentes e valorizadas no cotidiano dos enfermeiros, especialmente as de cargos de chefia e supervisão em CC.

As responsabilidades funcionais e a divisão do trabalho, com objetivos pré-fixados, são direcionadas pelos enfermeiros visando ao adequado funcionamento da unidade e à manutenção da assistência de enfermagem individualizada e qualificada.

Também se percebe, claramente, nos depoimentos dos enfermeiros, introjetada a representação do CC como um subsistema do macro sistema hospitalar, no qual a questão de custos, benefícios, recursos e metas encontram-se ainda em evidência, como também se encontra a preocupação com a normatização do serviço, o que implica em freqüentes conflitos.

Com relação ao aspecto conceitual filosófico de Castellanos e Jouclas (1990), que propunha a intervenção da enfermagem de forma sistematizada nos períodos pré, trans e pós-operatório, verificou-se que não corresponde à atribuição ou à meta dos enfermeiros entrevistados. Como essa discussão não compunha os objetivos desse estudo, não se buscou as razões pelas quais os enfermeiros não conduzem a assistência dessa forma.

Pode-se verificar que não há diferença significativa ao correlacionar stress total com a variável cargo ocupado, dado que permite afirmar que o enfermeiro possuidor de cargo de chefia, não pode ser considerado mais estressado do que os não possuidores. Da mesma forma, as demais correlações de stress e coping com a variável cargo ocupado não apresentaram diferença significativa. Stacciarini (1999) evidenciou dados semelhantes. Ela afirma que, entre os enfermeiros entrevistados, não obteve diferença quanto ao cargo ocupado.

Bianchi (1999) mostrou preocupação com a relação entre os cargos ocupados pelos enfermeiros e o stress. A autora conclui que, em atividades relacionadas à administração de pessoal, houve maiores escores para os enfermeiros assistenciais e chefes, enquanto os supervisores obtiveram maiores escores nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade. Destaca ainda que os enfermeiros assistenciais, em seu estudo, sofrem a sobrecarga de trabalho e obtêm os maiores níveis de stress.

Neste estudo, observou-se que a área G (**condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC**) corresponde a de maior stress para os enfermeiros, independente do cargo ocupado, chefes ou assistenciais. Verificou-se também que, para os **enfermeiros chefes**, as atividades relacionadas à área C (**funcionamento adequado das SO**) e a área A (**relacionamento com médicos e enfermeiros**) apresentaram maiores níveis de stress, depois da área G.

No caso dos **enfermeiros assistenciais**, os maiores escores foram vinculados à **assistência de enfermagem no período perioperatório** (área E) e ao **relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico** (área B).

A identificação dos maiores escores em algumas áreas de stress, conduzem à identificação das atividades mais desenvolvidas pelos enfermeiros chefes e assistenciais.

Diferentemente, Lautert (1997) verificou forte associação entre os setores considerados críticos (UTI e emergência) e cargo de chefia.

Com a identificação dos **estressores nas atividades diárias** dos enfermeiros de CC/RA de Santa Maria, pode-se afirmar que **as condições de trabalho para o**

desempenho das atividades do enfermeiro de CC (área G) correspondeu ao item de **maior stress**, para 41,18% dos entrevistados. Eles destacam como item de maior stress a sobrecarga de atividades burocráticas em CC, como de menor stress a realização de pesquisas em enfermagem em CC.

Pela avaliação individual dos enfermeiros entrevistados, 47,06% percebem como estressante no CC/RA as condições de trabalho na unidade. Neste contexto, para 62,50% deles, a deficiência de roupa e material em geral corresponde ao fator desencadeador de maior stress. Também se evidenciou que, para 50% dos enfermeiros, a responsabilidade técnica e administrativa pelos três setores (CC/RA/CME) é muito estressante.

Inicialmente, cabe lembrar os itens que compõem a área G de stress: sobrecarga de trabalho no CC; realização de atividades com um tempo mínimo disponível; sobrecarga de atividades com um tempo mínimo disponível; falta de oportunidade para discutir as experiências vividas, tanto as positivas como as negativas; ambiente nervoso de trabalho; e a falta de realização de pesquisas em enfermagem no CC.

É possível, pela simples leitura dos itens que compõem a área G, entender-se porque ela corresponde à área de maior stress para os enfermeiros de CC/RA. No entanto, é importante lembrar que o significado de um estressor é muito singular, uma vez que os indivíduos avaliam especificamente cada vivência, mobilizando recursos individuais e organizacionais para enfrentar ou, até mesmo, superar cada situação estressante vivida. Assim, cada profissional dará um significado diferente para uma mesma situação, cabe a ele a responsabilidade de identificar se o acontecimento provocou o stress. Convém notar que um mesmo estressor pode ser motivo de grande alegria para uma pessoa, enquanto para outra pode causar muito sofrimento e doença (França e Rodrigues 1997).

O stress, relacionado ao trabalho, resulta de várias situações em que a pessoa percebe o ambiente como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional, pois prejudica sua interação com suas funções e com o ambiente de trabalho. À medida que o ambiente gera demandas excessivas a ela, ou que ela não

contenha recursos adequados para enfrentar tais situações, emerge o stress (França e Rodrigues 1997).

O que gera desentendimentos entre os profissionais da saúde pode ser originado, justamente, pela vivência no cotidiano hospitalar, no ato de cuidar, na relação profissional/paciente e nas relações entre os próprios profissionais, especialmente, pelas diversas posições hierárquicas, posturas éticas e, principalmente, pela comunicação inadequada.

A assistência de enfermagem em um CC é desafiadora. O paciente que, inicialmente, chega avaliado e, supostamente, bem preparado para a intervenção anestésico-cirúrgica, pode, em pouco espaço de tempo, passar a viver uma situação de desequilíbrio, risco e emergência, o que levaria a um desequilíbrio também das pessoas que atuam na unidade.

Situações como essas, ressaltam que, quando o trabalho em uma unidade de CC/RA acontece de forma prevista e com o mínimo de intercorrências, possivelmente, o nível de stress dos profissionais envolvidos mantenha-se em maior estabilidade, o que não corresponde à ausência de stress.

Sendo a enfermagem um campo em que se desenvolve um processo de trabalho interdependente e coletivo; em que vários atores desempenham papéis diferentes em torno do “*cuidar*”, a postura e a prática desses profissionais precisam ser repensadas, a ousadia, a inovação e a busca de novos referenciais que se adaptem às transformações que se tem vivido, são de grande importância.

As conquistas e as evoluções científicas e tecnológicas são necessárias, uma vez que transformam e melhoram a vida do homem; no entanto, é preciso pensar e repensar em novas formas de comunicação e interação das pessoas, visando a uma melhoria na condução das relações em unidades como o CC, onde se dá a permanência por longos períodos de tempo das equipes médicas e de enfermagem.

No CC, identifica-se claramente o conflito de interesse dos profissionais: onde o médico, provavelmente vê a cirurgia, o seu paciente, pela ótica de seu interesse individual; o enfermeiro, provavelmente, como atribuição decorrente de seu vínculo empregatício com a instituição, ele preza esta função pelo interesse coletivo e institucional, entende o procedimento anestésico cirúrgico como um todo,

buscando estratégias e instrumentos para realizar seu trabalho. Nessa dinâmica, entendendo-se o stress como parte inerente ao trabalho em CC, a satisfação no trabalho contribui efetivamente para a diminuição dele; no entanto, não se pode esquecer que outros fatores colaboram e interferem nesse processo.

Cook, Grenn e Topp (2001) entendem que os conflitos interpessoais podem ocorrer devido ao confronto de personalidades variadas em um ambiente de trabalho fechado; devido à frustração decorrente de atividades não concluídas sob a responsabilidade de colegas e, também, devido à interdependência necessária aos profissionais visando o alcance dos objetivos.

Qualquer conflito interpessoal pode ser potencialmente estressante para os enfermeiros de CC/RA. Entende-se que fatores situacionais, inerentes ao funcionamento do CC, sejam os maiores desencadeadores de conflitos. Com este enfoque, a interação e a comunicação, quando efetivas, poderão representar uma forma positiva e hábil para melhorar as relações interpessoais e, conseqüentemente, reduzir as tensões no trabalho.

Norberck (1985), Duquette, Kerouac, Sandhub *et al.* (1995) e Harrison, Loiselle, Duquette *et al.* (2002) verificaram, em seus estudos, que os enfermeiros que percebem um maior apoio e suporte no trabalho por parte de seus colegas e por outros membros da equipe, tendem a apresentar um menor stress no trabalho, a sentir maior satisfação e, conseqüentemente, apresentar um menor esgotamento psicológico e experimentar um menor burnout.

O estudo de Ceslowitz (1989) obteve como resultados que, entre os cento e cinquenta enfermeiros pesquisados, aqueles que experimentaram níveis elevados de burnout usaram as estratégias de coping de autocontrole, confronto e fuga-esquiva. Os enfermeiros que obtiveram baixos níveis de burnout, usaram estratégias de resolução de problemas, reavaliação positiva, suporte social e autocontrole. Ressalta o autor que o uso de resolução de problemas está ligado ao decréscimo de burnout.

Para a população deste estudo, a resolução de problemas também foi apontada como o fator mais usado, pode-se afirmar que, levando em consideração os achados de Ceslowitz, os enfermeiros, possivelmente, não correm risco de burnout. O afastamento correspondeu ao fator de coping menos utilizado pela população de

enfermeiros. Dado que se entende como um fator positivo no enfrentamento do stress. No entanto, não se encontrou em outros estudos nenhuma referência quanto ao uso do afastamento como mecanismo de coping e suas repercussões no enfrentamento do stress, ou no evitamento do burnout.

A realização de pesquisas em enfermagem em CC, neste estudo, apareceu como item de menor stress na área G, dado que difere do estudo de Bianchi (1990), neste a realização de pesquisa foi apontada como item de alto escore. Sabe-se que, na década de noventa, quando Bianchi realizou sua tese de doutorado, a situação das pesquisas em enfermagem era bastante diferente da que se encontra hoje. Nas décadas de oitenta e noventa os estudos em CC eram desenvolvidos principalmente por docentes. Era entendido, nesse contexto, o enfermeiro assistencial como detentor da prática, o que resultava na dicotomia entre o fazer e o saber. Esta pode ser, ainda, considerada uma fonte de stress para os enfermeiros em CC.

Hoje, observa-se uma evolução do conhecimento dos enfermeiros assistenciais e docentes, eles têm desenvolvido trabalhos muito ricos, buscando, por meio dos estudos, oferecer melhores condições de trabalho, de ensino e adequação da assistência de enfermagem no Brasil, partindo de situações e problemas emergentes das suas práticas diárias. Pode-se afirmar, a partir dos dados obtidos, que se entende a posição dos enfermeiros entrevistados, uma vez que, na realidade estudada, a pesquisa ainda é pouco desenvolvida.

No que concerne aos estressores das atividades diárias e ao stress percebido pelos enfermeiros entrevistados, julga-se oportuna a revisão dos dados obtidos neste estudo, para que se possa identificar e comentar as situações que estão sendo desgastantes no trabalho e orientar como os enfermeiros podem enfrentá-las.

Após a identificação da área G como a de maior stress para 41,18% dos enfermeiros, verifica-se as áreas B e C como as mais estressantes para 17,65% da população, já as áreas A, E e F apresentaram maior stress para 11,76% dos enfermeiros e a área D não representou maior stress para nenhum dos enfermeiros entrevistados.

Investigou-se neste e em outros estudos, possíveis correlações entre os dados obtidos, entendeu-se ser necessária uma análise individual, com maior detalhamento

de cada uma das áreas de stress, visando a um maior entendimento do processo de stress e de coping no CC/RA, verificou-se que:

Área A – relacionamento com equipe médica e de enfermagem

Obteve-se na área A, a menor média dos escores de stress (25,58) dos enfermeiros entrevistados, o que indica que, **para esta população, o relacionamento com a equipe médica e com a de enfermagem representou o menor nível de stress.** Entretanto, não significa que essa área não seja estressante para a população estudada.

Na identificação dos estressores das atividades diárias, observou-se que o relacionamento com as equipes médicas e com as de enfermagem representa a área de maior stress para 11,76% da população estudada. Foi evidenciado que os enfermeiros entrevistados, de uma **maior faixa salarial**, apresentam um **maior escore padronizado de stress**, no que se refere ao **relacionamento com a equipe médica e com a de enfermagem.**

Provavelmente, os enfermeiros entrevistados, de uma maior faixa salarial, possuem cargos que exigem uma maior responsabilidade e uma maior interação interpessoal; portanto, há um maior desgaste e stress.

De modo semelhante, Payne (2001), referindo-se aos enfermeiros com cargos de chefia, entende que eles são mais qualificados (graduados), por essa razão, assumem maiores responsabilidades, o que gera uma maior pressão e cobrança no trabalho, levando-os à exaustão emocional. No entendimento de Maslach e Jackson (1981), esse seria um componente importante para o desenvolvimento da síndrome de burnout. Já Caregnato (2002) afirma que, em seu estudo, todas as categorias pesquisadas relataram casos de conflito entre a equipe multidisciplinar.

Identificou-se uma diferença significativa entre o stress total dos enfermeiros e o stress na área A. Esse dado indica que os enfermeiros que relatam sentir mais stress no relacionamento profissional, realmente sofrem um stress total maior do que

os que não relatam stress nesta área. Os dados indicam que o relacionamento interpessoal está gerando stress nos enfermeiros de CC/RA entrevistados.

De modo semelhante, Lima (1997) identificou que os fatores de risco que tiveram associação significativa e positiva com o nível de stress, referem-se ao relacionamento inter-profissional com médicos-anestesistas e residentes e, ainda, às atividades de receber e atender alunos do curso de medicina e residentes.

Massaroni (2001) identificou o relacionamento interpessoal e a infra-estrutura do ambiente como os estressores de influência mais significativa sobre o desempenho no trabalho.

Verificou-se que não existe correlação significativa entre os fatores de coping e o relacionamento com a equipe médica e com a de enfermagem (área A). No entanto, pela avaliação individual e subjetiva, 52,94% dos enfermeiros entrevistados destacaram o relacionamento com as equipes médicas e com as de enfermagem como estressante no trabalho na unidade de CC/RA.

No que concerne aos fatores identificados como responsáveis pelo maior stress no trabalho nessa área, pode-se destacar: o relacionamento com os cirurgiões como estressante para 77,8%; a falta de conexão entre as equipes multidisciplinares e a equipe de enfermagem para 66,7%; e a diferença de interesses entre equipes de enfermagem e direção do hospital para 55,5% dos enfermeiros.

Para os entrevistados, a falta de conexão no trabalho refere-se a pouca similaridade nas formas de desenvolver as atividades e na definição e no planejamento de metas que possam interferir positivamente nas condições ambientais e assistenciais no CC/RA.

Em outros estudos, observam-se dados semelhantes como os de Oslen (1977) e Preston, Ivancevich e Matteson (1981) que apontam o relacionamento com os médicos como estressor, e o estudo de Davies (1989) que destaca os cirurgiões como importante causa de stress em CC. As relações interpessoais parecem ser, consensualmente, aceitas por vários autores como importante fonte de stress em CC (Lima 1997; Massaroni 1999; Bianchi 1990, 2000; Guedes, Felix e Silva 2001).

A dificuldade nos relacionamentos assim como a falta de metas em comum para as equipes multidisciplinares interferem na dinâmica de funcionamento e, conseqüentemente, na agilidade do trabalho no CC/RA. Esses fatores agravam ainda mais os processos de relacionamento, comunicação e coordenação dos serviços nos hospitais, além de representarem risco para pacientes e profissionais.

Lima (1997) verificou que a carência de recursos materiais é responsável por aumentar a ansiedade dos funcionários em CC e destaca que esse é um fator que ocasiona conflitos no relacionamento entre os profissionais da unidade. O autor afirma ainda que é o relacionamento com os cirurgiões o responsável por causar mais ansiedade para a equipe de enfermagem em CC, seguido pelo relacionamento com anestesistas, professores, preceptores e residentes.

Massaroni (1999) declara que as relações interpessoais podem ser comprometidas por alguns fatores como: a convivência diária entre os integrantes de um grupo, especialmente se conviverem por um tempo muito prolongado; a presença de professores/alunos na unidade, por ser temporária, exige do enfermeiro um maior controle sobre a rotina; e o relacionamento dos integrantes da equipe de enfermagem com a chefia imediata.

Com entendimento semelhante, Beck (2001) afirma que, no CC, gera desgaste para os trabalhadores de enfermagem o relacionamento interpessoal em SO. A autora entende, por vezes, este relacionamento como inadequado e conclui ser provável que ele decorra do controle de tempo estabelecido pelos médicos referente às cirurgias, inevitavelmente, ocasionando ansiedade e stress para a equipe de enfermagem, uma vez que as tomadas de decisão não são compartilhadas.

Caregnato (2002), na categoria por ela denominada relacionamento interpessoal, identificou algumas situações estressoras para os enfermeiros como a falta de comprometimento de alguns profissionais e o desrespeito entre as equipes.

No que se refere aos mecanismos de coping, o relacionamento com a equipe médica e com a de enfermagem (área A) não apresentou correlação significativa com as demais áreas de stress e com as variáveis de interesse.

Como sugestão de muitos dos enfermeiros entrevistados, pode-se observar, pelos dados apresentados na Tabela 17, os pedidos para que sejam feitos

investimentos para promover as relações interpessoais, por meio de grupos de discussão e estudo visando a uma maior integração com liberdade, criatividade e socialização das pessoas no CC.

Alguns autores como Maddi e Kobasa (1984) e Moos (1986) citam o suporte no trabalho como importante mecanismo de coping ante os estressores ocupacionais. Tal suporte, no entendimento de Moos (1986), envolveria apoio material e instrumental e, também, abarcaria o emocional, pois a liberdade de expressar idéias, o encorajamento, a amizade e a comunicação são muito importantes no enfrentamento dos estressores. Para Norbeck (1985), os enfermeiros que percebem um maior suporte no trabalho, apresentam um stress menor, uma menor insatisfação no trabalho e, também, menor esgotamento psicológico.

Acredita-se que a saúde desses profissionais deva ser preservada, cabendo às instituições tanto a busca de segurança física e emocional quanto as intervenções ergonômicas que devem ser estimuladas com o objetivo de resultar em um ambiente de trabalho mais saudável, com profissionais mais felizes, com melhores condições de saúde física, mental e, conseqüentemente, com menos stress. Sendo a enfermagem uma profissão intrinsecamente estressante, a tensão do relacionamento de sua equipe com outros profissionais age como fonte de stress, exarcebando as pressões vividas no cotidiano de trabalho (Albrecht 1988).

Área B – relacionamento dos enfermeiros entrevistados com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o ato anestésico-cirúrgico

A área B correspondeu a de maior stress para 17,65% dos enfermeiros entrevistados que identificaram os estressores das atividades diárias. No que se refere ao item de **maior stress**, o serviço de **manutenção e reparos** foi o destacado, seguido do serviço de **lavanderia**; já o item de **menor stress** foi o relacionamento com o **serviço de anatomia patológica**.

Pela avaliação individual e subjetiva, constatou-se que a área B representou stress para 52,94% dos enfermeiros, 100% deles afirmaram ser o serviço de manutenção e reparos o responsável por importante desgaste e preocupação no CC/RA, seguindo-se do serviço de lavanderia para 77,8% dos entrevistados, confirmando assim os dados obtidos com o levantamento dos estressores das atividades diárias. Esses dados são de grande importância, pois interferem diretamente na qualidade e na efetividade da assistência prestada aos pacientes em CC/RA.

Guedes, Felix e Silva (2001) ressaltaram um ponto importante, ou seja, o desgaste que o enfermeiro sofre na luta por obtenção e manutenção de materiais e equipamentos necessários ou indispensáveis ao ato cirúrgico. Elas relacionam o desgaste ao fraco entrosamento da equipe de saúde e à falta de comunicação eficiente e eficaz entre a própria equipe.

Identificou-se que existe uma diferença significativa entre o escore padronizado de stress e o percebido na área B pelos enfermeiros, indicando que os que relatam stress nesta área realmente apresentam um índice total maior do que os das demais áreas.

De forma semelhante, Lima (1997) relata que pode observar, em seu estudo, que a interação com alguns serviços de apoio ao CC trazem ansiedade para os funcionários da enfermagem, citando o centro de material, o almoxarifado, a lavanderia e o serviço de manutenção e reparos como causadores de tensão e ansiedade.

Uma das sugestões dos enfermeiros entrevistados sobre a forma de diminuir o stress no trabalho no CC/RA, ressalta que as instituições hospitalares devem estimular os funcionários das unidades de apoio (manutenção, lavanderia, almoxarifado, farmácia) e das unidades de internação, a visitarem o CC/RA, com o objetivo de conhecer a estrutura funcional e organizacional deste espaço de trabalho. Visando assim, um maior entendimento, e, conseqüentemente, uma efetiva cooperação com as necessidades e prioridades do serviço. Esta sugestão pode representar uma significativa diminuição dos estressores para os enfermeiros e para a equipe de enfermagem do CC/RA, uma vez que referem os entrevistados: “[...] *há*

grande desgaste, explicando às pessoas de outros serviços o que precisam [...] e o porquê da rapidez e agilidade necessárias em CC/RA”.

Para Reis e Correa (1990) é importante que o enfermeiro reconheça os fatores estressantes de seu ambiente de trabalho e a interferência deles no processo de comunicação. Ao invés de ignorar ou subjugar o stress, ele precisa analisá-lo de forma objetiva, podendo, por intermédio de uma visão crítica da situação, encontrar soluções que venham amenizar o stress sentido.

Uma melhor comunicação e uma adequada inter-relação entre os serviços também podem contribuir para o melhor relacionamento interpessoal e promover melhores resultados, assim provavelmente uma maior efetividade e qualidade do trabalho no CC/RA. É preciso insistir que a facilidade de acesso aos materiais necessários para cumprir tarefas, o maior suporte no trabalho e a educação continuada, influenciam a saúde dos trabalhadores (Loiselle 2002).

Área C – atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operação

Esta área C foi considerada de atuação estressante para 64,71% dos enfermeiros entrevistados. Sendo as cobranças e as solicitações excessivas por parte dos médicos o fator de maior stress para 66,63% desses enfermeiros; segue a falta de organização e de comunicação dos profissionais e do número insuficiente de eletrocautérios e aspiradores para reposição, como fatores estressantes para 45,45% dos enfermeiros.

Na análise dos itens que compuseram a área C, atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operação, pode-se identificar que a falta de organização e de comunicação entre as equipes médicas e de enfermagem corresponde a um importante fator gerador de stress para os enfermeiros de CC/RA, o que é perfeitamente compreensível pela tendência da equipe médica em manter-se em posição hierarquicamente superior à de enfermagem e também pela inexistência

de consciência sobre o trabalho e de espírito de equipe por parte de alguns profissionais. Por tais situações, pensa-se na necessidade de conscientização de toda a equipe multidisciplinar no que se refere à importância da comunicação visando uma adequada interação e favorecendo conseqüentes discussões e resoluções conjuntas.

Tal deficiência na organização e na comunicação entre equipes médicas, na percepção dos enfermeiros entrevistados, corresponde a importante estressor, uma vez que dificulta a dinâmica de funcionamento e agilidade na unidade de CC.

Pela identificação dos estressores das atividades diárias, a área C foi a de maior stress para 17,65% dos enfermeiros entrevistados, de modo semelhante à área B. No que se refere ao item de maior stress, o atendimento às exigências médicas, quanto ao material e equipamento, foi o destacado. O item de menor stress foi atribuído à realização de limpeza terminal das salas de operações.

Lima Junior e Êster (2001) destacam, em seu estudo, que os enfermeiros manifestaram dúvidas, preocupações e ansiedade, devido a alguns equipamentos e aparelhos não estarem em boas condições de uso e também de não haver dados/informações confiáveis, podendo comprometer a saúde e/ou o pronto restabelecimento dos pacientes. Os autores complementam que, em caso de urgência/emergência, o estado de angústia, nervosismo e incapacidade é potencializado, devido à premência de uso de um determinado aparelho que pode não funcionar.

Bianchi (1999) salientou como maior escore de stress, para as unidades fechadas, as atividades relacionadas ao adequado funcionamento delas. As unidades fechadas, consideradas pela autora, são: CC, CME, UTI, transplante, berçário, hemodinâmica e hemodiálise. Era esperado que o maior stress fosse relacionado ao funcionamento adequado dessas unidades, devido à alta tecnologia empregada nelas. A falta dessa tecnologia pode ser entendida como sinônimo de má prática dos profissionais de saúde e gerar estressores, colaborando para o aumento do stress dos profissionais de saúde, dos pacientes e dos seus familiares.

Verificou-se não haver diferença significativa entre o escore padronizado e o encontrado na área C: este dado indica que os enfermeiros que relatam sentir mais

stress nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO, não sofrem de um stress total maior do que os que não relatam stress nessa área.

Observou-se que existe uma correlação positiva significativa das atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO (área C), com os seguintes fatores de coping: confronto, suporte social e aceitação de responsabilidades. Esses dados indicam que, quanto maior o stress na área C, mais os enfermeiros deste estudo usam os referidos mecanismos de coping. Também foram identificadas correlações significativas negativas entre a área C de stress e as variáveis faixa etária e tempo de serviço no hospital, destacando: quanto maior o valor das variáveis menor o stress na área C, estes dados foram comentados anteriormente.

Como as atividades relacionadas ao funcionamento da unidade são as mais estressantes para um grande percentual de enfermeiros, é pertinente salientar as sugestões listadas por eles como meios de diminuir o stress no trabalho: a participação em cursos e congressos, a organização de eventos na própria unidade e a criação de programas de educação continuada.

Área D – atividades relacionadas à administração de pessoal

Na avaliação individual, 47,06% dos entrevistados manifestaram stress com as atividades relacionadas à administração de pessoal. A situação apontada pelos enfermeiros, em maior número (50%), diz respeito à quantidade pequena de funcionários lotados na unidade para desempenho das funções assistenciais e organizacionais no CC/RA.

Pela identificação dos estressores das atividades diárias, pode-se observar **que a área D não representou maior stress para nenhum dos enfermeiros entrevistados.**

Constatou-se que existe uma correlação positiva significativa da área D de stress com os seguintes fatores de coping: confronto, suporte social e aceitação de

responsabilidades. Esses dados indicam que, quanto maior o stress na área D, mais os enfermeiros deste estudo usam os referidos mecanismos de coping.

Esta situação mostra que, para a população estudada, os mecanismos de coping estão sendo efetivos, no que se refere à administração de pessoal no CC/RA, no momento da pesquisa.

Identificou-se que há diferença significativa entre o escore padronizado e o verificado na área D: este dado mostra que os enfermeiros que sentiram mais stress nas atividades relacionadas à administração de pessoal, realmente, têm um stress total maior do que os que não relatam stress nesta área.

Bianchi (2000) constatou que a administração de pessoal corresponde à área que gera mais condições estressantes para os enfermeiros; já para os que atuam especificamente em CC, o maior nível de stress guarda relação com o funcionamento adequado da unidade.

Lima Junior e Èster (2001) afirmam que o stress se faz presente quando existe uma sobrecarga de trabalho e um ritmo intenso decorrente de faltas, folgas e férias sem substituições dos enfermeiros o que conduz à carga excessiva de trabalho, esgotamento do pessoal, acúmulo de atividades, dificuldades de concentração, cansaço e desatenção. Nesse sentido, o excesso de atividades para os enfermeiros e as limitações técnico-assistenciais dos auxiliares de enfermagem somadas ao elevado índice de atestados médicos, também representam stress para os enfermeiros entrevistados.

Para Caregnato (2002), a administração de pessoal e o funcionamento da unidade de CC foram apontados igualmente como estressores pelos enfermeiros que fizeram parte de seu estudo.

Importante salientar que, para os enfermeiros entrevistados, uma maneira de diminuir o stress no trabalho, seria o estímulo a um maior comprometimento das pessoas com suas atribuições e funções no CC.

Sendo o stress entendido como um processo no qual existe uma relação muito particular entre a pessoa e o ambiente, se todos os componentes da equipe multidisciplinar tiverem consciência de seus atos e das implicações destes na prática

diária, certamente serão reduzidos os fatores de stress e os mecanismos de coping servirão de proteção e estímulo ao trabalho.

Área E - assistência de enfermagem no perioperatório

É interessante notar que, neste estudo, a área E foi uma das que somente dois enfermeiros (11,76%) consideraram de maior stress, quando se buscou a identificação dos estressores diários, apresentando uma média dos escores dos entrevistados de 30,4. No que se refere à identificação do item de maior stress, verifica-se que a morte do paciente no CC é o item evidenciado; já o de menor stress corresponde à realização da visita pré-operatória.

A visita pré-operatória, nesse contexto, não representa stress, porque não é realizada como rotina nos serviços estudados. Com referência à morte do paciente na unidade, é compreensível que seja causadora de muito stress, uma vez que a perda de um paciente tem um significado muito pessoal a cada membro da equipe.

Lima (1997) mostra o resultado de seu estudo com preocupação, pois se refere à situação de morte do paciente no CC, onde 43,7% dos entrevistados pela autora, afirmaram que essa é uma situação que não traz nenhuma ansiedade ou tensão. A autora se preocupou, uma vez que as pessoas com atitudes negativas, ante a vida de um modo geral, parecendo cínicas e não mostrando envolvimento com os outros, podem estar entrando em burnout, porque essas são algumas características dessa síndrome. A situação apontada por Lima (1997), difere dos dados evidenciados neste estudo, em que a morte é considerada como evento causador de muito stress para a população estudada.

Para Beck (2001), trabalhar em unidades críticas, a autora considera o CC dessa forma, implica em conviver cotidianamente com o sofrimento, com a dor e com a morte. Se o enfermeiro banalizar as crises resultantes da prática diária, pode ser uma das alternativas menos saudáveis utilizadas por ele ante tal sofrimento.

Ao serem questionados em uma avaliação individual e subjetiva, 47,06% dos enfermeiros entrevistados destacaram a área E como de atuação estressante. O fator

percebido como de maior stress, para 87,5% dos entrevistados, foi a relação numérica entre funcionários/procedimentos cirúrgicos e estes em relação a procedimentos de urgência. De modo semelhante, pesquisando fontes de stress entre enfermeiros, Numerof e Abrams (1984) verificaram que o número inadequado de funcionários e o volume excessivo de trabalho estão entre os estressores mais freqüentes para o pessoal da enfermagem.

Neste contexto, é mister salientar que somente 37,5% dos entrevistados referiram-se à assistência complexa a pacientes em estado grave como fonte de stress em CC/RA. Esse dado torna claro que a assistência de enfermagem aos pacientes em CC/RA não corresponde ao mais importante fator gerador de stress para essa população de enfermeiros. A falta de condições, materiais e tecnológicas, é tida pelos enfermeiros como muito desgastante, originando um sentimento de impotência ao tentar e não conseguir aquilo que necessitam (Lima Junior e Èster 2001). Situação também evidenciada neste estudo.

No que se refere à falta de recursos humanos, os autores anteriormente citados, declaram que os enfermeiros entrevistados por eles são unânimes em afirmar que existe excesso de tarefas superpostas e repetitivas, e as solicitações múltiplas e inesperadas impõem um ritmo mais acelerado e intenso de trabalho que conduz ao esgotamento físico e mental.

Em estudo realizado com enfermeiros de CC, Bianchi (1990) afirma que os entrevistados avaliaram de mais estressantes as condições de trabalho do que a prestação da assistência. Quase dez anos depois, Bianchi (1999) referindo-se à assistência de enfermagem, verificou baixos índices de stress no trabalho de avaliar as condições dos pacientes em unidades fechadas. A autora complementa que os dados confirmam suas expectativas, ou seja, a assistência de enfermagem não é um fator significativo de stress para a atuação do enfermeiro, como são as demais condições do seu total desempenho. Dados esses semelhantes aos que se verificou neste estudo.

Detectou-se que não existe uma diferença significativa entre a área E e o stress total, indicando que os enfermeiros que relatam sentir stress na assistência de enfermagem perioperatória, não sofrem mais stress do que os que não relataram

stress nessa área. A área E de stress não apresentou correlação significativa com os fatores de coping.

Área F – coordenação das atividades do CC

É interessante destacar que, na identificação dos estressores diários, três enfermeiros (17,65%) **não manifestaram stress na coordenação das atividades do CC** (área F), ou seja, apresentaram escore zero de stress. Buscou-se a identificação dessas pessoas, pelo fato de dois deles serem assistenciais, entende-se que não manifestaram stress porque suas atribuições não se referem a nenhum dos itens que compõem essa área. O terceiro enfermeiro ocupa um cargo de chefia, empiricamente, acredita-se que esta área não seja estressante, pelo fato de ter sido o responsável pela organização técnica e administrativa da unidade.

A definição de funções do enfermeiro de CC correspondeu ao item de maior stress, e a elaboração e revisão de rotinas, normas e procedimentos aos itens de menor stress da área F.

Vale ressaltar a preocupação de um dos enfermeiros entrevistados, que ocupa um cargo de chefia e afirma não saber “*qual é a meta do hospital em relação aos enfermeiros*”. Ele destaca já ter questionado a direção do hospital quanto às atribuições, metas e necessidades da instituição, mas não obteve resposta.

Essa situação é evidenciada, principalmente, como sugestão para diminuir o stress no trabalho, uma vez que os enfermeiros entrevistados enfatizam a necessidade de divulgação e orientação de normas, rotinas e procedimentos a todas as pessoas envolvidas com o trabalho no CC. Outro ponto destacado pelos enfermeiros refere-se à previsão de material e equipamentos para reposição na unidade, fator que, certamente, seria responsável pela diminuição do stress no trabalho no CC/RA.

Verificou-se que não existe diferença significativa entre stress total e a coordenação das atividades do CC, os enfermeiros que relatam stress nessa área, não apresentaram um stress total maior do que os demais. Dos entrevistados, 47,06% percebem a coordenação das atividades do CC como estressante no trabalho em

CC/RA; 62,5%, desses enfermeiros, identificaram como fator de maior stress a preocupação com situações burocráticas vinculadas a normas e rotinas, seguindo-se do alto índice de cobranças por parte dos médicos, funcionários técnico-administrativos, pacientes e familiares para 50% dos enfermeiros.

Analisando-se os fatores de coping e as áreas de stress, verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre a coordenação das atividades do CC e os seguintes fatores de coping: confronto, suporte social e aceitação de responsabilidades. Esses dados indicam que, quanto mais alto for o escore padronizado de stress, na área F, mais os enfermeiros deste estudo utilizaram os referidos fatores de coping.

Revisando a análise dos dados obtidos com este estudo, observou-se no stress por área percebido pelos enfermeiros entrevistados, que houve uma diferença significativa entre o stress total e o stress percebido nas áreas **A**: relacionamento com a equipe médica e a de enfermagem; **B**: relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente, durante o ato anestésico-cirúrgico; **D**: atividades relacionadas à administração de pessoal e **G**: condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC. Tal resultado significa que, neste estudo, os enfermeiros que relataram sentir mais stress nas áreas A, B,D e G, realmente apresentaram um stress total maior do que os demais enfermeiros.

Com relação às demais áreas de stress, **C**: atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operações; **E**: assistência de enfermagem no período perioperatório e **F**: coordenação das atividades do CC, não houve diferença significativa. Nesse caso, os enfermeiros que relataram mais stress nas áreas C, E e F, não apresentaram um stress total maior do que os que não relataram stress nas referidas áreas.

Esperava-se que existissem outras relações significantes, no entanto, como a avaliação dos estressores é individual e dependente do momento de vida do enfermeiro, acredita-se que o stress menor nessas áreas deva-se, provavelmente, a efetividade dos mecanismos de coping.

Confirmou-se, também, que as áreas C: atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operações; D: atividades relacionadas à

administração de pessoal e F: coordenação das atividades do CC, apresentaram uma correlação positiva significativa com os fatores de coping: 1 - confronto, 2 - suporte social e 5 - aceitação de responsabilidades. Esses dados caracterizam que, quanto mais alto o escore padronizado de stress nas áreas C,D e F, mais os enfermeiros utilizam os fatores de coping 1, 4 e 5.

Com referência aos enfermeiros que dizem não sentir stress no trabalho no CC/RA (29,41%), destacou-se que as situações que, eventualmente, desencadeiam uma maior atenção e desgaste são as mesmas que causam stress em seus colegas, no entanto esses enfermeiros as encaram como desafio e, até mesmo, como motivação para o desenvolvimento das suas atividades.

Sabe-se que períodos de stress são inerentes à vida e integrantes a qualquer atividade que se desenvolva; portanto, cabe ao homem buscar formas de enfrentamento adequadas às situações que lhe sejam causadoras de stress.

Julgam-se, nesse contexto, oportunas as afirmações de Lautert, Chaves e Moura (1999), ao referirem-se não só à percepção do trabalhador sobre as demandas provenientes do ambiente de trabalho mas também à habilidade em enfrentá-las, visto que serão determinantes para o stress ocupacional.

Pode-se verificar, neste estudo, que existe stress na população dos enfermeiros entrevistados. No entanto pode-se detectar, também, que esses enfermeiros têm entendido o stress como um desafio, por isso se preparam para enfrentá-lo e utilizam adequadamente os mecanismos de coping. Os investimentos feitos pelos enfermeiros na resolução de problemas, no suporte social e na aceitação de responsabilidades, têm permitido melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhor qualidade de assistência e de vida no trabalho.

Quando as instituições investem no crescimento intelectual das pessoas, na melhoria das condições de trabalho, na infraestrutura para prestação da assistência e, também, mantêm uma clara filosofia de trabalho, as ameaças passam a ser vistas como desafios e permitem aos profissionais uma sensação maior de satisfação e de prazer no trabalho, conseqüentemente, vai ocorrer um menor nível de stress.

Toda obra científica "acabada"
não possui outro sentido
senão o de provocar novas
"interrogações". Ela clama
por ser "superada", por
envelhecer.
Aquele que deseja
servir à ciência
deve resignar-se
a tal sorte.
WEBER M 1991

---

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Sabe-se do impacto da ciência e da tecnologia sobre as relações profissionais e sociais dos trabalhadores da área da saúde de um modo geral e dos da enfermagem de um modo particular. Tal ação determina importantes transformações na vida pessoal, social e profissional deles. Nesse contexto, o entendimento pessoal é muito importante, pois define transformações na vida dos indivíduos e nas formas de enfrentamento dos estressores.

Para Lipp (1998), é impossível eliminar o stress da vida humana, porém algumas medidas podem ser tomadas para evitar que ele se torne excessivo. Complementam as autoras que a compreensão do que é stress, de seus sintomas e de suas fases pode contribuir sobremaneira para que o homem utilize, a seu favor, a força gerada pelo stress.

Ao adotar o estudo do stress como um processo, evidenciou-se a construção desse saber como um momento dinâmico e criativo, no qual os enfermeiros se expressaram usando a razão, a emoção e a intuição, tanto de forma objetiva quanto subjetiva, tendo as crenças, os valores, as experiências vividas e o viver atual como importantes marcos norteadores no enfrentamento do stress e na opção de coping. Nessa conjuntura, a singularidade/individualidade dos profissionais foi de grande significado, permeada de atitudes éticas e de respeito pessoal.

A condução do estudo, voltado às correlações entre stress e coping, vivenciadas no trabalho em CC/RA, com vistas à identificação de recursos que permitam um adequado enfrentamento do stress ou determinadas sugestões de ações capazes de diminuir o stress no trabalho, representou uma busca repleta de grande significado, uma vez que se pode verificar algumas ações como possíveis de serem implementadas e divulgadas para melhorar as condições de vida dos enfermeiros, especialmente no trabalho. A viabilidade das sugestões dos enfermeiros, de modo

geral, é inquestionável, cabendo a cada serviço sua avaliação e, conseqüentemente, sua implementação.

A adoção dos conceitos de Lazarus e Folkman, enquanto eixo norteador do estudo, se mostrou adequada e própria à busca que se propôs e representou segurança como referencial teórico.

Verificou-se que o enfrentamento e a superação do stress, no ambiente de trabalho, convergiu para a satisfação e o prazer, dos enfermeiros. Eles destacam os estressores como desafios e, conseqüentemente, encaram a profissão como uma atividade importante, cientificamente fundamentada e com grande significado no contexto grupal. Constatou-se um grupo de profissionais enfermeiros com elevado nível de stress e identificou-se o adequado uso das estratégias de coping, o que representou uma sustentação efetiva dos estressores, permitindo aos enfermeiros a eliminação ou superação do estressor no momento da pesquisa.

Desse modo, entende-se que a educação permite ao enfermeiro a apreensão de conteúdos que facilitam a identificação, a avaliação e a definição de estratégias para o enfrentamento do stress com menor desgaste e maior segurança e consciência; portanto, possibilita uma melhor qualidade de vida.

Cabe destacar que as estratégias de coping podem ser aprendidas e as ações deliberadas, logo convém que os indivíduos sejam educados, orientados e treinados para o enfrentamento de situações que possam ser previsíveis no ambiente de trabalho, diminuindo assim a exposição deles aos estressores.

Possibilitar a satisfação no trabalho prioriza o bem-estar e a vida do ser humano e reflete-se na vida em família, na comunidade, na sociedade e, também, apresenta reflexos positivos ao trabalho. O stress, sendo entendido como processo, constitui-se em uma interação dinâmica do enfermeiro com os demais membros da equipe de enfermagem, com os pacientes, com os familiares e com as equipes multidisciplinares, em um mesmo ambiente, onde a intuição, a criatividade e as experiências anteriores são priorizadas e permitem a transformação dos estressores, resultando em constantes desafios.

Ao tecer-se algumas considerações, ao final deste estudo, sobre stress, não se poderia deixar de lembrar que os conceitos de stress trabalhados e divulgados por

Selye (1959), representaram importante base conceitual nos estudos na área da saúde, especialmente no que se refere às repercussões físicas, biológicas e endocrinológicas do stress na vida dos seres vivos. No entanto, hoje, esses conceitos precisam ser adaptados ao atual estágio do desenvolvimento dos estudos, já que a compreensão deles passou a ser mais ampla e voltada às alterações biológicas, comportamentais, emocionais, e cognitivas presentes no ser humano, quando da exposição aos diferentes estressores (Lazarus e Folkman 1984).

A capacidade do homem de adaptar-se às diferentes situações, buscando formas de enfrentar ou, até mesmo, de evitar possíveis estressores, motiva a todos para dar continuidade aos estudos sobre stress, tentando a identificação de situações que geram desequilíbrio no funcionamento do organismo em todos os âmbitos da atividade humana, não só no trabalho.

O desenvolvimento de estudos que propiciem informações concretas relacionadas às condições de trabalho, visando a uma melhor qualidade de vida, a melhores relacionamentos e, conseqüentemente, proporcionando alegria aos profissionais na unidade de CC/RA, deve corresponder a uma meta a ser perseguida.

A seguir, serão apresentadas algumas recomendações que visam a maior agilidade, a maior satisfação, ao necessário aprimoramento dos recursos humanos, materiais e instrumentais para a adequada prestação da assistência de enfermagem em CC/RA e para melhores condições de vida do enfermeiro no trabalho.

Ao considerar que o profissional enfermeiro desempenha atividades de grandes responsabilidades que podem provocar desgaste físico e emocional, entende-se necessário:

- **às instituições:**

- acompanhar e orientar os profissionais, esclarecendo os objetivos, a filosofia e a dinâmica de funcionamento da unidade de CC/RA e do hospital;
- criar espaços institucionais de apoio aos membros das equipes multidisciplinares atuantes no CC/RA, proporcionando maior

entrosamento e interação entre as pessoas; criando grupos de discussões e atualização de referenciais que envolvam a temática das relações interpessoais no ambiente de trabalho, para oferecer suporte ao trabalhador;

- promover o estabelecimento de metas e facilitando as tomadas de decisões conjuntamente entre as equipes multidisciplinares;
  - desenvolver programas interdisciplinares de apoio e prevenção do stress, a fim de melhorar a qualidade de vida do enfermeiro no trabalho, estabelecendo estratégias que minimizem os problemas evidenciados por esses trabalhadores. Tais programas devem ser realizados preferencialmente nos ambientes e horários de trabalho;
  - implantar de um programa de controle de stress, informando, treinando e ensinando as pessoas a lidarem com situações estressantes, cujo enfoque seja no interagir com os eventos estressantes no trabalho e na vida pessoal;
  - estimular o relacionamento entre chefia de enfermagem e demais membros da equipe de enfermagem; entende-se que, quando o trabalhador é ouvido e respeitado, as tarefas de sua competência são executadas com maior envolvimento, responsabilidade e satisfação, conseqüentemente, com menor desgaste físico e emocional;
  - criar programas de educação continuada, visando à capacitação técnica e ao desenvolvimento do senso crítico, ético, político e gerando motivação para a maior integração e divisão de responsabilidades e dificuldades no serviço;
  - conscientizar os enfermeiros quanto à importância do lazer e do suporte social no enfrentamento e na superação do stress.
- **às escolas de enfermagem:**
    - entender que é grande a responsabilidade das escolas no sentido de oferecer subsídios que permitam ao enfermeiro, tanto na graduação

quanto na pós-graduação, para uma adequada avaliação, enfrentamento e diminuição do stress no trabalho;

- acompanhar a formação do enfermeiro que tem início na graduação e se complementa na organização onde está inserido; portanto, a atualização e o aperfeiçoamento dos profissionais da enfermagem é de fundamental importância e a sua realização é de responsabilidade do próprio enfermeiro e da instituição na qual ele atua;
  - promover cursos e treinamentos com ênfase na preparação da equipe de enfermagem, para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e dos profissionais no CC/RA;
  - conscientizar os acadêmicos e os profissionais de enfermagem quanto à importância da participação e do envolvimento deles com associações de classe; no caso do CC/RA, a SOBECC é um espaço de articulação e troca de experiências entre profissionais e, também, de divulgação da produção de conhecimento e de processo de aprendizagem.
- **à pesquisa:**
    - realizar pesquisas futuras que possam promover o aprofundamento da análise das relações entre stress/coping/burnout com as variáveis sócio-demográficas, correlacionando outras variáveis e definindo fatores que comprometam ou favoreçam a adaptação e a superação do *stress* dos indivíduos em todas as dimensões da vida.
  - **aos enfermeiros:**
    - desenvolver o autoconhecimento para conseguir reconhecer os estressores e suas formas de enfrentamento;

- buscar o prazer e a realização no trabalho, na vida pessoal e social, com consciência que tal busca é fundamental para o enfrentamento e superação do stress;
- desenvolver atividades físicas regularmente, controlar a alimentação, fazer repouso e manter as atividades sociais são alguns dos fatores sugeridos por diversos autores como coadjuvantes no controle e no enfrentamento do stress;
- entender que os seres humanos agem, pensam e sentem de forma diferente uns dos outros, que as crises impulsionam a importantes realizações e modificações na vida das pessoas, a partir daí investir nas competências e capacidades pessoais, fortalecendo-se física, psíquica e socialmente e se permitindo uma melhor qualidade de vida.

As mudanças de costumes e as adaptações aos acontecimentos são exigências do mundo atual ao ser humano; a tecnologia está disponível, mas as transformações no mundo somente as pessoas serão capazes de fazer e este fazer pode gerar stress. Como o stress e as suas reações estão presentes na vida de todos, é necessário a conscientização das causas desse stress e uma adaptação para que seja obtida uma melhor qualidade de vida. A satisfação, a realização pessoal e profissional são necessárias à vida do ser humano.

Stress afeta muitos aspectos
da vida e, até certo
ponto, é essencial para
a saúde física,
impulsionando o
indivíduo à ação.
LEVIL 1971

Por intermédio deste estudo, foi possível a determinação dos estressores relatados pelos enfermeiros, a identificação das estratégias de coping mais utilizadas no enfrentamento de tais estressores e a verificação das relações existentes entre os fatores de stress e as estratégias de coping mais utilizadas no trabalho em CC/RA; foi possível também a apresentação de medidas de controle de stress no trabalho, evidenciadas pelos próprios enfermeiros entrevistados.

Quanto aos estressores relatados pelos enfermeiros de CC/RA do município de Santa Maria, este estudo possibilitou as seguintes conclusões:

1 – pela avaliação subjetiva e individual dos enfermeiros:

- 70,59% dos enfermeiros entrevistados percebem-se estressados ao executar o trabalho no CC/RA.
- 29,41% dos enfermeiros entrevistados não se percebem estressados ao trabalhar no CC/RA.
- As atividades relacionadas ao adequado funcionamento da SO, corresponderam as de maior stress para 64,71 % dos enfermeiros.
- O relacionamento com as equipes médicas, de enfermagem e ainda com os serviços diretamente ligados à assistência, representaram stress para 52,94% dos enfermeiros.
- As atividades relacionadas à administração de pessoal, à assistência de enfermagem no período perioperatório, à coordenação das atividades do CC e às condições de trabalho, para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC, representaram stress para 47,06% dos enfermeiros entrevistados.

- O serviço de manutenção e reparos correspondeu ao item de maior stress para 100% da população de enfermeiros, que se percebe estressada.

2 – pela identificação dos estressores nas atividades diárias dos enfermeiros:

- As condições de trabalho, para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC, corresponderam à área de maior stress para 41,18% dos enfermeiros independentemente do cargo ocupado.
- O item de maior stress, identificado pelos enfermeiros, refere-se à sobrecarga de atividades burocráticas.
- As atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO e, também o relacionamento com equipe médica e de enfermagem apresentaram maior escore de stress para os enfermeiros chefes.
- A assistência de enfermagem, no período perioperatório e o relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente, durante o ato anestésico cirúrgico, apresentaram maior escore de stress para os enfermeiros assistenciais.
- As condições de trabalho, para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC, corresponderam as de maior variabilidade de stress para os enfermeiros pesquisados, sendo consideradas de muito stress para alguns e de pouco stress para outros.
- O relacionamento com os serviços diretamente ligados à assistência do paciente, durante o ato anestésico cirúrgico, correspondeu à área de menor variabilidade de stress para os enfermeiros pesquisados.

Quanto às estratégias de coping mais utilizadas pelos enfermeiros, neste estudo chegou-se às seguintes conclusões:

- A estratégia de coping mais utilizada pelos enfermeiros de CC/RA, foi a resolução de problemas.
- Na resolução de problemas, o item mais utilizado foi: *“eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”*.
- O suporte social e a aceitação de responsabilidades corresponderam aos fatores de coping mais usados, após a resolução de problemas.
- No suporte social, os itens mais utilizados foram: *“conversei com outras pessoas sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação”* e *“falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”*.
- Na aceitação de responsabilidades, o item mais usado refere-se à *“análise mental feita pelo enfermeiro sobre o que fazer e dizer”*.
- O afastamento correspondeu ao mecanismo de coping menos usado pelos enfermeiros.
- Os enfermeiros em maior faixa etária utilizaram mais o autocontrole e o afastamento como mecanismos de coping.
- Pode-se concluir que os enfermeiros, que compuseram este estudo, utilizam os mecanismos de coping centrados tanto no problema como na emoção para o enfrentamento dos estressores no trabalho em CC/RA.

Quanto às relações entre fatores de stress e mecanismos de coping, utilizados pelos enfermeiros, concluiu-se que:

- Existem correlações negativas significativas entre as variáveis faixa etária e tempo de serviço no hospital com as atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO.
- Existe uma correlação positiva significativa entre a faixa salarial e o relacionamento com a equipe médica e a de enfermagem.
- Houve diferença significativa entre o stress total e o stress percebido por meio da avaliação individual e subjetiva.
- Houve diferença significativa entre o stress total e o stress decorrente de ter curso de pós-graduação.
- Houve diferença significativa entre o stress total e o stress referente às áreas A – relacionamento com equipe médica e de enfermagem; B – relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência do paciente durante o ato anestésico cirúrgico; D – atividades relacionadas à administração de pessoal; e G – condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro de CC.
- Houve diferença significativa entre o fator total de coping e a faixa etária.
- Existem correlações negativas significativas entre os fatores de coping, denominados: confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva, com as variáveis faixa etária e tempo de serviço no hospital.
- Existem correlações negativas significativas entre os fatores de coping, denominados: suporte social e aceitação de responsabilidades, com a variável tempo de formado.
- Existem correlações negativas significativas entre os fatores de coping, denominados: confronto, suporte social e aceitação de responsabilidades, com as áreas de stress, denominadas: atividades relacionadas ao

funcionamento adequado da SO, atividades relacionadas à administração de pessoal e à assistência de enfermagem no período perioperatório.

- Houve correlação negativa significativa entre a faixa etária, tempo de formado e tempo de serviço no hospital em relação ao fator total de coping.

Quanto às medidas de controle de stress, evidenciadas pelos enfermeiros, pode-se destacar:

- Necessidade de divulgação e de orientação para as equipes multidisciplinares sobre normas, rotinas e funcionamento do CC/RA, visando à diminuição do stress no trabalho.
- Prever tanto a reposição quanto à manutenção dos estoques de materiais cirúrgicos, eletrocautérios e aspiradores.
- Disponibilizar um funcionário da manutenção para atendimento imediato das necessidades do CC/RA.
- Oferecer aos funcionários de outras unidades, tais como: centro de material e esterilização, lavanderia, almoxarifado, manutenção, farmácia, laboratório, patologia e raio x, visitas ao CC/RA, para que conheçam a área física e a dinâmica de funcionamento da unidade.
- Conscientizar as equipes multidisciplinares quanto à importância da correta previsão de tempo necessário aos procedimentos agendados, visando à adequada organização e planejamento da unidade.
- Viabilizar e estimular a participação da equipe de enfermagem em seminários, cursos e congressos.
- Organizar encontros na unidade, com o objetivo de valorizar, atualizar e oferecer instrumentos às pessoas, visando à diminuição dos estressores e melhorando as condições de trabalho e segurança no CC.

Pode-se concluir, com o desenvolvimento desse estudo, que os enfermeiros de CC/RA encontravam-se estressados no momento da coleta de dados e reconheceram os fatores de stress e a interferência destes no ambiente de trabalho. Conclui-se, também, que as estratégias de coping, no momento da pesquisa, estavam sendo efetivas ou resolutivas para o enfrentamento dos estressores.

ANEXO A

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CAMPOS DE ESTUDO

Hospital	A	B	C	D	E
Tipo	Público, federal	Privado	Convênio gestão pública	Privado	Público, estadual
Nº leitos	310	207	71	67	58
Equipe total enfermagem	390	265	69	40	45
Enfermeiros	112	40	13	08	11
Salas operações	07	08	04	04	04
Leitos RA	11	12	05	06	05
Enfermeiro SO e RA	08	04	02	01	02
Média diária de cirurgias	26	30	12	14	06

Fonte: GUIDO LA. Coleta de dados em entrevista com os enfermeiros de CC/RA. Santa Maria, RS; 2002.

O **Hospital A** é um hospital público e geral, com 310 leitos, prestando assistência nas diversas especialidades. É um centro de referência para atendimentos de alta complexidade, de várias especialidades, de nível terciário e tem por finalidade promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. Conta com uma unidade de CC, com sete salas de operação (SO), com uma RA com 11 leitos,

adultos e infantis, além de uma sala de recuperação externa com dois leitos, destinados à recuperação de pacientes submetidos a cirurgias ambulatoriais. As unidades de CC e RA situam-se na mesma área física, porém com estruturas, administrativa e funcional, independentes.

O **Hospital B** é um hospital privado, geral, sem fins lucrativos, com 207 leitos destinados às mais variadas especialidades. Representa um dos maiores centros de diagnóstico da região e presta assistência clínica e cirúrgica de alta complexidade. Possui um CC com oito SO e uma RA com 12 leitos, localizados em áreas anexas, porém com estrutura funcional independente.

O **Hospital C** é um hospital misto, pertence a uma cooperativa. Atualmente faz parte de um convênio de gestão pública entre a União, o Estado, o Município e a própria Cooperativa. Presta assistência de baixa e média complexidade aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O encaminhamento dos pacientes a este hospital é orientado e agendado, principalmente, na rede básica da periferia. Nesta, foi também criada uma proposta de redução do período de hospitalização, com alta precoce e acompanhamento médico e de enfermagem, nos períodos pré e pós-operatório, pelos profissionais nos postos de saúde do município. Possui 71 leitos em atividade. Conta com um CC com quatro SO, sendo uma desativada temporariamente e uma RA com cinco leitos.

O **Hospital D** é um hospital privado, com 67 leitos, presta assistência a pacientes provenientes de vários convênios. Possui um CC composto por quatro SO, seis leitos de RA e uma sala destinada ao preparo e à esterilização do material, localizada na mesma área física e sob a responsabilidade e coordenação do mesmo enfermeiro. O atendimento cirúrgico é caracterizado por cirurgias eletivas, principalmente, plástica, obstétrica e oftalmológica.

O **Hospital E** é um hospital público, militar, estadual, com 45 leitos, destinados prioritariamente aos militares e seus dependentes. Atende a vários convênios. Possui um CC composto por quatro SO, cinco leitos de RA e uma sala, destinada ao preparo e esterilização do material, todos localizados na mesma área física e sob a responsabilidade e coordenação de um mesmo enfermeiro.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

Prezado (a) enfermeiro (a):

Solicito sua colaboração e participação na pesquisa sobre *stress* do enfermeiro em Centro Cirúrgico, que faz parte de minha tese de doutoramento pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP).

Pelo consentimento a seguir, fica claro que, para o sujeito da pesquisa, os objetivos e o método de coleta de dados foram, de forma clara e objetiva, explicados em uma descrição verbal sobre tal projeto e, também, foi permitido o acesso ao referido projeto.

TÍTULO DO PROJETO

STRESS E COPING ENTRE ENFERMEIROS DE CC E RA

Pesquisador: Laura de Azevedo Guido

Orientador: Prof^ª Dr^ª Estela Regina Ferraz Bianchi

Eu, ... fui esclarecido (a), de forma clara e objetiva, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa "*Stress e Coping entre enfermeiros de CC/RA*", de autoria de Laura de Azevedo Guido, tem como objetivo o conhecimento das situações, que os enfermeiros identificam como causadoras de stress e geradoras de desgaste físico e/ou emocional, comuns à atuação em uma unidade de CC/RA, assim como identificar as formas de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros no ambiente de trabalho.

A justificativa para a realização deste estudo reside em conhecer as situações que os enfermeiros possam destacar como causadoras de stress no trabalho, as quais podem levar a interferências no mesmo, possibilitando, desta maneira, que esses profissionais busquem formas de diminuir o stress em suas atividades profissionais, assim como medidas que permitam uma melhor adaptação aos estressores diariamente vivenciados.

A obtenção dos dados dar-se-á através de entrevistas a serem realizadas, individualmente, sendo utilizados, para tal, dois instrumentos: entrevista semi-estruturada com formulário para levantamento de atividades diárias e inventário de coping.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados, ficando a autora comprometida com a apresentação do relatório de pesquisa para as instituições, nas quais será realizado o trabalho.

A participação voluntária foi enfatizada e foram garantidos os esclarecimentos a quaisquer dúvidas, em qualquer momento.

É importante destacar a liberdade, enquanto população da pesquisa, de participar ou não do estudo e/ou deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália.

Fica assegurada a garantia do anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para o estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2001.

Nome e assinatura do informante

Assinatura da pesquisadora

Obs.: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

ANEXO C

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Para: Diretor (a) dos Serviço de Enfermagem do Hospital _____

De: Laura de Azevedo Guido

Assunto: solicitação para realização de pesquisa junto aos enfermeiros de Centro
Cirúrgico e Recuperação Anestésica.

Prezado (a) Colega:

Como enfermeira, professora da Universidade Federal de Santa Maria e, no momento, como doutoranda da Universidade de São Paulo, venho, formalmente, solicitar sua autorização para realizar entrevista com os enfermeiros de CC e RA desta instituição, para fins de pesquisa. O referido estudo justifica-se pelo interesse em conhecer as situações que os enfermeiros possam destacar como causadoras de stress no trabalho no CC e RA, as quais podem levar, não só a interferências nele, mas também a conhecer as diferentes formas de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros frente aos estressores.

Com a certeza de sua atenção, agradeço, antecipadamente.

Laura de Azevedo Guido

ANEXO D

INSTRUMENTO Nº01 – FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE ATIVIDADES DIÁRIAS

Parte 01 - Dados de Identificação:

1. Sexo:	Feminino ( )	Masculino ( )
2. Faixa etária:	( ) 20 -30 anos ( ) 31- 40 anos	( ) 41 - 50 anos ( ) mais de 50 anos
3. Tempo de formado:		
4. Tempo de serviço neste hospital:		
5. Tempo de serviço no CC ou RA:		
6. Curso de Pós-Graduação	Sim ( ) Não ( )	
Qual?		
7. Turno de trabalho:		
8. Cargo que ocupa atualmente?		
9. Qual sua responsabilidade? (nº salas, atividades)		
11. Número de SO do CC:		
12. Média de cirurgias realizadas/dia:		
13. Você escolheu trabalhar em CC? Por quê?		
14. Você recebeu treinamento para atuar em CC?	Sim ( ) Não ( )	
15. Se sim, qual o tipo de treinamento?	( ) teórico	
( ) prático	( ) com supervisão	( ) sem supervisão
16. Qual a duração do treinamento?	dias meses	
17. Carga horária semanal:		
18. Faixa salarial:	( ) menos de R\$ 1.000 ( ) de R\$ 1.000 a R\$ 2.000 ( ) de R\$ 2.000 a 3.000 ( ) mais de R\$ 3.000	
19. Possui outro emprego:	Sim ( ) Não ( )	
Se sim, qual a área de atuação?		
20. Você participa de alguma sociedade de classe?	Sim ( ) Não ( )	
Qual?		

Parte 02 – Avaliação Individual e Subjetiva:

Você se sente estressado no seu trabalho como enfermeiro (a) de CC/RA?
Sim ( )
Por quê?
Quais são as suas sugestões para diminuir o <i>stress</i> no trabalho em CC/RA?
Não ( )
O que você faz para não se sentir estressado (a)?

Parte 03 – Estressores das atividades diárias:

Você encontrará listadas abaixo 67 situações comuns à atuação do enfermeiro em CC. Leia atentamente cada uma e, levando em consideração se, para você, é ou não problema, se traz ansiedade ou não e se se aplica ou não à sua atividade profissional, marque na escala ao lado.

A escala possui sete níveis, correspondendo o nº 04 ao "*nível intermediário*", o nº 07 quando a situação for para você "*altamente negativa*" ou problemática e o nº 01 quando você resolve facilmente, sem ansiedade, a situação posta.

Quando você julgar que a situação não se aplica às suas atividades, deverá ser assinalado o valor zero.

0	1	2	3	4	5	6	7
↓	↓			↓			↓
não se aplica "não faço"	pouco desgastante			médio desgaste			muito desgastante

Relacionamento profissional com:

1. Cirurgiões	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Anestesiastas	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Superior ou diretor da enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Outros enfermeiros	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Técnico de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Auxiliar de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Atendente de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Pessoal de anestesia	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Laboratório	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Farmácia	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Almoxarifado	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Lavanderia	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Banco de sangue	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Anatomia patológica	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Serviço de radiologia	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Centro de Material	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Serviço de manutenção e reparos	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Unidade de internação	0	1	2	3	4	5	6	7
19. A cooperação entre o pessoal de enfermagem de cada turno	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Confeccionar escala cirúrgica de cada dia	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Cumprir a escala cirúrgica estabelecida, tanto pelo pessoal médico como de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Distribuir as cirurgias pelas diversas salas de operações	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Executar a previsão de material e equipamento para suprir as necessidades do CC	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Controlar o material e equipamentos existentes no CC	0	1	2	3	4	5	6	7

25. Atender as exigências médicas quanto ao material e equipamento	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Manter as condições necessárias de funcionamento do material e equipamento do CC	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Realizar limpeza terminal das salas de operações	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Controlar o fluxo em cirurgia contaminada	0	1	2	3	4	5	6	7
29. Elaborar a escala mensal de pessoal de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Cumprir a escala do pessoal de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Liderar a equipe de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
32. Trabalhar com o número atual de pessoal de enfermagem do CC	0	1	2	3	4	5	6	7
33. A qualificação do pessoal de enfermagem do CC	0	1	2	3	4	5	6	7
34. A supervisão do pessoal de enfermagem do CC	0	1	2	3	4	5	6	7
35. O treinamento do circulante de sala	0	1	2	3	4	5	6	7
36. Realizar cursos de reciclagem para o pessoal de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
37. Definir as atividades de cada membro da equipe de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
38. Sobrecarga de trabalho no CC	0	1	2	3	4	5	6	7
39. Realizar atividades com um tempo mínimo disponível	0	1	2	3	4	5	6	7
40. A sobrecarga de atividades burocráticas no desempenho do trabalho em CC	0	1	2	3	4	5	6	7
41. A definição das funções da enfermeira de CC	0	1	2	3	4	5	6	7
42. A comunicação com supervisor de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7
43. A oportunidade para discutir as experiências vividas, tanto as positivas, como as negativas	0	1	2	3	4	5	6	7
44. A comunicação do enfermeiro do CC com os diversos serviços de apoio	0	1	2	3	4	5	6	7
45. A elaboração de rotinas, normas e procedimentos	0	1	2	3	4	5	6	7
46. A revisão de rotinas, normas e procedimentos	0	1	2	3	4	5	6	7
47. O ambiente de trabalho no CC	0	1	2	3	4	5	6	7
48. O planejamento de cuidados a serem prestados ao paciente no CC	0	1	2	3	4	5	6	7
49. A realização de vista pré-operatória ao paciente cirúrgico	0	1	2	3	4	5	6	7
50. A recepção do paciente no CC	0	1	2	3	4	5	6	7
51. O acompanhamento do início da anestesia e cirurgia dos pacientes	0	1	2	3	4	5	6	7
52. O auxílio na colocação do paciente em posição cirúrgica	0	1	2	3	4	5	6	7
53. O acompanhamento do término da cirurgia dos pacientes	0	1	2	3	4	5	6	7

54. A evolução do planeamento de cuidados de enfermagem prestados ao paciente cirúrgico	0	1	2	3	4	5	6	7
55. Encaminhar o paciente, após o término da cirurgia, para a terapia intensiva	0	1	2	3	4	5	6	7
56. Encaminhar o paciente para a unidade de internação	0	1	2	3	4	5	6	7
57. Encaminhar o paciente para a recuperação anestésica	0	1	2	3	4	5	6	7
58. Encaminhar o paciente para casa	0	1	2	3	4	5	6	7
59. O relacionamento com os familiares dos pacientes durante a realização da cirurgia	0	1	2	3	4	5	6	7
60. O encaminhamento de biópsia e peça para exame anátomo-patológico	0	1	2	3	4	5	6	7
61. O encaminhamento de exames para o laboratório	0	1	2	3	4	5	6	7
62. A realização de pesquisas em enfermagem no CC	0	1	2	3	4	5	6	7
63. O cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico grave	0	1	2	3	4	5	6	7
64. A morte de paciente no CC	0	1	2	3	4	5	6	7
65. A avaliação dos cuidados prestados ao paciente CC	0	1	2	3	4	5	6	7
66. O seguimento dos pacientes operados durante o plantão	0	1	2	3	4	5	6	7
67. A delegação de tarefas para os outros membros da equipe de enfermagem	0	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO E

INSTRUMENTO Nº02 – INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE LAZARUS E FOLKMAN

Leia, atentamente, cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada ao que você fez na situação de trabalho, de acordo com a seguinte classificação:

- 0 - não usei esta estratégia
- 1 - usei um pouco
- 2 - usei bastante
- 3 - usei em grande quantidade.

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que não acreditava dar resultados, mas, ao menos, eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem.	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3

22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma, extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí de experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias, a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação, me recusei a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s).	0	1	2	3
48. Busquei, nas experiências passadas, um situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo (a) que as coisas seriam diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido, ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que estava.	0	1	2	3

58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasia de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) " <i>que as coisas poderiam ter sido piores</i> ".	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

ANEXO F

**DISTRIBUIÇÃO DAS SITUAÇÕES CONSIDERADAS
GERADORAS DE STRESS NO TRABALHO NO CC/RA, POR
ÁREA DE STRESS. SANTA MARIA, RS, 2002.**

ÁREAS DE STRESS	TOTAL	%
ÁREA A – Relacionamento profissional	09	100,00
Relacionamento com equipe médica	07	77,80
Equipe multidisciplinar não conectada com equipe de enfermagem (dinâmica de trabalho diferente equipe médica/equipe de enfermagem)	06	66,70
Falta de valorização do enfermeiro	03	33,40
Diferentes interesses/equipes multidisciplinares/direção	05	55,50
Dificuldade de relacionamento e comunicação com diretores, coordenadores, supervisores da enfermagem	03	33,40
ÁREA B – Relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência	09	100,00
Serviço de manutenção	09	100,00
Serviço de lavanderia	07	77,80
Falta de poder decisório do enfermeiro (compras/pessoal)	03	33,40
Pouca compreensão dos funcionários do hospital (outras unidades) quanto às necessidades e agilidade do CC	04	44,50
ÁREA C – Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO	11	100,00
Cobranças e solicitações excessivas	07	66,63
Grande rotatividade de pessoal no CC (acadêmicos, professores, hospital Escola)	03	27,30
Falta de leitos no hospital eleva tempo de permanência na SR	02	18,20
Falta de organização e comunicação entre equipes médicas	05	45,45
Número de aspiradores e eletrocautérios igual ao número de sala de operação	05	45,45
Dependência de outros profissionais para o adequado andamento do serviço	03	27,30
Atraso dos cirurgiões no início dos procedimentos	03	27,30

ÁREA D – Atividades relacionadas à administração de pessoal	08	100,00
Dificuldade de comando (resistência dos auxiliares às ordens)	02	25,00
Falta de conhecimento das metas do hospital	01	12,5
Número reduzido de funcionários	04	50,00
Enfermeiro ser ponto de referência para “todos” – sobrecarga de atividades	03	37,50
Elevado índice de atestados médicos	01	12,50
Qualificação da equipe de enfermagem (limitações técnico-assistenciais)	02	25,00
ÁREA E – Assistência de Enfermagem no Prioperatório	08	100,00
Atendimento da mãe e recepção do RN em cesariana	01	12,50
Número reduzido de funcionários/procedimentos cirúrgicos/atendimentos de urgências	07	87,50
Assistência complexa, pacientes em estado grave	03	37,50
Acúmulo de atividades à noite	02	25,00
ÁREA F – Coordenação das Atividades do CC	08	100,00
Enfermeiro ser responsável por “tudo” no CC	02	25,00
Necessidade e impossibilidade de agir	03	37,50
Alto índice de cobranças (médicos, funcionários, pacientes, familiares)	04	50,00
Preocupação com situações burocráticas vinculadas a normas e rotinas	05	62,50
Necessidade de rápida dinâmica de atendimento	03	37,50
ÁREA G – Condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermagem de centro cirúrgico	08	100,00
Deficiência de roupa e material em geral	05	62,50
Dificuldade de planejamento e organização das SO – urgências	03	37,50
Questão sócio-econômica dos pacientes e do hospital escola	01	12,50
Responsabilidade pelos três setores: CC, SR, CME	04	50,00

ANEXO G

**DISTRIBUIÇÃO DAS SITUAÇÕES QUE EVENTUALMENTE
SÃO PERCEBIDAS COMO GERADORAS DE STRESS NO
TRABALHO NO CC/RA, POR ÁREA DE STRESS. SANTA
MARIA, RS, 2002.**

ÁREAS DE STRESS	TOTAL	%
ÁREA A – Relacionamento profissional	02	100,00
Relacionamento com equipe médica	01	50,00
Diferentes interesses/equipes multidisciplinares/direção	02	100,00
ÁREA B – Relacionamento com serviços diretamente ligados à assistência	01	100,00
Falta de poder decisório do enfermeiro (compras/pessoal)	01	100,00
ÁREA C – Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da SO	03	100,00
Cobranças e solicitações excessivas	01	33,33
Grande rotatividade de pessoal no CC (acadêmicos, professores, hospital Escola)	01	33,33
Número de aspiradores e eletrocautérios igual ao número de sala de operação	01	33,33
ÁREA D – Atividades relacionadas à administração de pessoal	02	100,00
Número reduzido de funcionários	01	50,00
Falta de interesse e motivação do pessoal no CC	02	100,00
ÁREA E – Assistência de Enfermagem no Perioperatório	03	100,00
Assistência complexa, pacientes em estado grave	01	33,33
Acúmulo de atividades à noite	02	66,66
Insegurança dos acadêmicos na assistência	01	33,33
Dependência total dos pacientes/grandes necessidades	01	33,33
ÁREA F – Coordenação das Atividades do CC	02	100,00
Necessidade de rápida dinâmica de atendimento	01	50,00
ÁREA G – Condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermagem de CC	02	100,00
Responsabilidade pelos três setores: CC, SR, CME	02	100,00

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Albrecht K. O gerente e o estresse. Rio de Janeiro: Zahar; 1988. p.124-58.
2. Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
3. Antoniazzi AS, Dell’Aglia DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. Est Psicol 1998; 3(2):1-16.
4. Avelar MCQ, Jouclas VMG. Centro Cirúrgico: Sistema Sócio-Técnico – estruturado. Hosp Adm Saúde 1989; 13(4):152-5.
5. Avelar MCQ. A prática do enfermeiro de Centro Cirúrgico. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1995.
6. Bailar J, Mosteller F. Medical users of statistics. Boston: Nejm Books; 1992.
7. Bauk DA. Stress. Rev Bras Saúde Ocup 1985; 13(50):28-36.
8. Beck CLC. O sofrimento do trabalhador: da banalização à re-significação ética na organização da enfermagem. Florianópolis: UFSC; 2001.
9. Bezerra ALQ. Educação permanente: a manutenção da qualidade. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 set.; Salvador. Salvador: UFBa; 1998. p.250-8.
10. Bianchi ERF. Estresse em Enfermagem: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.
11. Bianchi ERF. Stress entre enfermeiros hospitalares. [livre docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

12. Bianchi ERF. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de centro cirúrgico e de outras unidades fechadas. *Rev SOBECC* 2000; 5(4):28-30.
13. Bianchi ERF. Stress entre enfermeiros hospitalares: avaliação e intervenção. [Relatório] São Paulo (SP): FAPESP; 2002.
14. Boog G. O desafio da competência. São Paulo: Best-Seller; 1991.
15. Borges LO, Argolo JCT, Pereira ALS, Machado EAP, Silva, WS. A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol Reflex Crit* 2002; 15(1):189-200.
16. Campos H. Estatística experimental não paramétrica. 4ª ed. São Paulo: EDUSP; 1983.
17. Caregnato RCA. Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso. [dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da UFRGS; 2002.
18. Castellanos BEP. O trabalho do enfermeiro, a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico funcionalista à pesquisa emancipatória. Tese [doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1987.
19. Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de Enfermagem perioperatória. um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP* 1990; 24(3):359-70.
20. Castellanos BEP, Mandelbaun MHS. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de Centro Cirúrgico. *Rev Paul Enferm* 1985; 5(1):15-20.
21. Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *J Adv Nurs* 1989; 14:553-7.

22. Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. [tese] São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 1994.
23. Cook JK, Grenn M, Topp RV. Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. *AORN J* 2001; 74(3):317-331.
24. Cooper C, Mitchell S. Nursing and critically ill and dying. *Hum Rel* 1990; 43:297-311.
25. Daniels LA. How to understand and control stress. *Hosp Top* 1985; 63(4):12-5,21,48.
26. Dressler WW. Coping dispositions, social supports and health status. *ETHOS* 1980; 8(2):146-171.
27. Duquette A, Kerouac S, Sandhub K, Ducharme F, Sautnier P. Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *Int J Nurs Stud* 1995; 32(5):443-456.
28. Espin SL, Lingard LA. Coping with the stress of surgery. *AORN J* 2001; 74(5):672-82.
29. Farah OG. Stress e coping no estudante de Graduação em Enfermagem: investigação e atuação. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
30. Ferreira FG. Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
31. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; (21):219-39.
32. França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1997.

33. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30(1):159-165.
34. Freudenberger HJ, Richelson G. Burnout: how to beat the high cost of success. New York: Bantam Book; 1981.
35. Fundação IBGE. Anuário estatístico do Brasil Censo 2000. [online] Disponível em: <www.santamariadados.com.br>. (abr. 2003).
36. Gimenes, MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In: Gimenez MGG e Fávero MH, organizadores. A mulher e o câncer. Campinas: Psy; 1997.
37. Gonzales RMB. Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido? Florianópolis: UFSC; 2001.
38. Gray-Toft P, Anderson JA. The nursing stress scale: development of an instrument. *J Beh Assess* 1981; 3:11-23.
39. Guedes MVC, Felix VC, Silva LF. O trabalho no Centro Cirúrgico: representações sociais dos enfermeiros. *Nursing* 2001; 4(37):20-4. (edição brasileira).
40. Harrisson M, Loiselle CG, Duquette A, Semenik SE. Hardiness, work support and psychological distren among nursing assistants and registred nurses in Quebec. *J Adv Nurs* 2002; 38(6):584-91.
41. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31(3):681-8.
42. Jouclas VMG. Análise da função da circulante na sala de operação de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1987.

43. Kast FF, Rosenzweig JE. Organização e administração: um enfoque sistêmico. Análise organizacional comparativa – o hospital. 2ª ed. São Paulo: Pioneira; 1980, cap.18, p.587-617.
44. Keanne A, Ducette J, Adler DC. Stress in ICU and non-ICU nurses. Nurs Res 1985; 34(4):231-6.
45. Kenney JW. Women's "inner-balance": a comparison of stressors, personality traits and health problems by age groups. J Adv Nurs 2000; 31(3): 639-50.
46. Krah M. Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro no Centro Cirúrgico. Passo Fundo: UPF; 2001.
47. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro. [tese] Salamanca (Espanha): Universidade Pontificia de Salamanca; 1995.
48. Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Rev Gaúcha Enferm 1997; 18(2):133-44.
49. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Públ 1999; 6(6).
50. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
51. Lazarus RS, Launier S. Stress related transaction between person and environment. In: Dervin LA, Lewis M. Perspectives in international psychology. New York: Plenum; 1978. p.287-327.
52. Lees S, Ellis N. The design of a stress-management programme for nursing personel. J Adv Nurs 1990; 15:946-961.
53. Levi, L. Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. New York: Oxford University; 1971.

54. Lima EDRPL. Estresse ocupacional e a enfermagem de centro cirúrgico. [dissertação] Minas Gerais (MG): Escola de Enfermagem da UFMG; 1997.
55. Lima Junior JHV; Èster AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Rev Adm Emp* 2001; 41(3).
56. Lipp MN. Stress e suas implicações. *Est psicol* 1984; 1(3/4):5-19, 1984.
57. Lipp MN, organiador. Pesquisas sobre stress no Brasil. Campinas: Papirus; 1996.
58. Lipp MN, organizador. Como enfrentar o stress. São Paulo: Ícone; 1998.
59. Lipp MN. O stress está dentro de você. São Paulo: Contexto; 1999.
60. Lipp MN, Novaes LE. O stress. São Paulo: Contexto; 2000.
61. Loiselle CG. Lês femmes et l'information sur le cancer du sein: le périlleuse équilibre entre le droit, le besoin et al peur de savoir (women and breast cancer information: balancing the right, the need and fear of Knowing). *La revwe du Réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein* 2001; 7:4-8.
62. Loiselle CG. Le futur de notre profession: priorités, tendances et développeents. (The future of the nursing profession: priorities, trends, and developments). *Infirm Que* 2002; 3:21-7.
63. Maddi R, Kobasa C. The hardy executive: health under stress. Homewood (IL): Dow Jones-Irvin; 1984.
64. Marshall J. Stress amongst nurses. In: Cooper CL e Marshall J, editors. *White Collar and Professional Stress*. Wiley Chichester; 1980. p.19-57.
65. Masci CB. Stress no trabalho: um desafio à medicina moderna. *Rev Bras Clín Terap* 1988; 3:89-94.

66. Maslach C. Job burnout: how people cope. In: Mc Connell EA, editor. Burnout in the nursing profession: coping, strategies, causes and costs. Saint Louis: Mosby; 1982. p. 75-7.
67. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Ocup Beh 1981; 2:99-113.
68. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Trad. de M S Martins. Campinas: Papirus; 1999.
69. Massaroni L. Aumenta diagnóstico de estresse em complexos hospitalares. Nursing 1999; 2(12):5. (edição brasileira).
70. Massaroni L. O estresse dos profissionais da equipe de enfermagem no Centro Cirúrgico: estudo de suas representações sociais. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN; 2001.
71. Mc Connell EA, editor. Burnout in the nursing profession: coping, strategies, causes and costs. Saint Louis: Mosby; 1982. Coping strategies for preventing Burnout; p.1-8.
72. Mc Crae RR. Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. J Pers Soc Psychol 1984; 46(4): 919-28.
73. Mc Haffie HE. Coping an essential element of nursing. J Adv Nurs 1992; 17:933-940.
74. Mengel A. The concept of coping. Top Clin Nurs 1982; 4:1-3.
75. Michaelis. Dicionário Inglês Port-Port Ingles. 28^a ed. São Paulo: Melhoramentos; 1993.
76. Miller JF. Coping with chronic illness. overcoming, powerlessness. 2nd. ed. Philadelphia: FA Davis; 1992. Analysis of coping with illness; p.19-49.

77. Miranda AF. Estresse Ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro? [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.
78. Molina OF. Estresse no cotidiano. São Paulo: Pancast; 1996.
79. Monat A; Lazarus R. Stress and coping: an anthology. 3rd. ed. New York: Columbia University; 1991.
80. Moos R. Work Environment Scale Manual. 2nd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists; 1986.
81. Moos RH, Billings S. Conceptualizing and measuring coping resources and process. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: Free Press; 1982. p. 212-30.
82. Norbeck JS. Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. Nurs Res 1985; 34:225-30.
83. Numerof RE, Abrams MN. Among nurses: an empirical investigation. J Human Stress 1984; 10(1):88-100.
84. Nyamathi AM. Comprehensive health seeking and coping paradigm. J Adv Nurs 1989; 14: 281-90.
85. Olsen M. OR nurses' perception of stress. AORN J 1977; 25(1):43-7.
86. Pagano C. Estresse do enfermeiro de unidade de terapia intensiva. [monografia] São Paulo (SP): Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein; 1995.
87. Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. J Adv Nurs 2001; 33(3):396-405.
88. Peniche ACG. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

89. Peniche ACG, Nunes LM. Estresse-ansiedade do enfermeiro em sala de recuperação anestésica. *Rev SOBECC* 2001; 6(3):19-23.
90. Preston CA, Ivancevich JM, Mattenson MT. Stress and the OR nurses. *AORN J* 1981; 33(4):662-71.
91. Ray C, Lindop J, Gibson S. The concept of coping. *Psychol Med* 1982; 12: 385-95.
92. Reis JN, Correa AK. Universidade de emergência: stress x comunicação. In: *Anais do 2º SIBRACEN*; 1990 maio 2-4; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: EERP/USP; 1990.
93. Robayo-Tamayo M. Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. [mestrado] Brasília (DF): Instituto de Psicologia da UnB; 1997.
94. Rocha AM, Bronzatti JA. Os padrões funcionais de saúde de enfermeiros de CC de um hospital paulista. *Rev SOBECC*. São Paulo 2000; 5:27-30.
95. Rosch PJ. Stress and cancer: disorders of communication, control, and civilization. In: Cooper CL, organizador. *Handbook of stress, medicine and health*. London: CRC Press; 1996. p.27-60.
96. Rossi AM. Autocontrole: nova maneira de controlar o estresse. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994.
97. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. São Paulo: *Psicol USP* 1996; 7(b1/2):183-201.
98. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1956.
99. Selye H. *Stress, a tensão da vida*. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.
100. Selye H. *Stress without distress*. New York: Harper and Row; 1975. p. 11-51.

101. Selye H. History and present status of the stress concept. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: Free Press; 1982. p. 7-18.
102. Siegel S. Estatística não paramétrica, para as ciências do comportamento. Trad. de Alfredo Alves de Farias. São Paulo: McGrawHill do Brasil; 1975.
103. Silva A, Bianchi ERF. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. Rev Esc Enferm USP 1992; 26(1):65-74.
104. Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo: ABEn; 1996, p.231.
105. Spíndola T, Castañon FF, Lopes GT. O stress na UTI. Âmb Hosp 1994; 62:25-41.
106. Stacciarini JMR. Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping – na satisfação, mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. [tese] Brasília (DF): Instituto de Psicologia da UnB; 1999.
107. Stone JA, Neale JM. New measure of daily coping: development and preliminary results. J Person Soc Psychol 1984; 46:891-906.
108. Sullivan T, Kerr M, Ibrahim S. Job stress in health care workers: highlights from the National Population Health Survey. Hosp Q 1999; 2:34-40.
109. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
110. Tyler PA, Cushway D. Stress in nurses: the effects of coping and social support. Stress Med 1995; 11:243-51.
111. Urbanetto JS. Relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras: convergências encontradas em dois hospitais universitários. [dissertação] Florianópolis (SC): UFSC; 2002.

112. Vasconcellos EG. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: Seger L. Psicologia e odontologia – uma abordagem integradora. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1992. p. 25-35.
113. Weber M. Ensaio sobre a teoria das ciências sociais. São Paulo: Moraes; 1991.