



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

---

**Denise Beretta Barboza**

**Treino de Controle de Stress em  
Trabalhadores de Enfermagem**

**São José do Rio Preto**  
**2007**

Denise Beretta Barboza

Treino de Controle de Stress em  
Trabalhadores de Enfermagem

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina de São José do Rio Preto para  
obtenção do Título de Doutor no Curso  
de Pós-graduação em Ciências da  
Saúde, Eixo Temático: Medicina e  
Ciências Correlatas.

**Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli**

**Domingos**

São José do Rio Preto  
2007

Barboza, Denise Beretta

Treino de Controle de Stress em Trabalhadores de Enfermagem. São José do Rio Preto/São Paulo / Denise Beretta Barboza

São José do Rio Preto, 2007.

177 p.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos

1. Stress; 2. Transtornos Mentais; 3. Enfermagem; 4. Centro Cirúrgico; 5. Programa de Treino de Controle do Stress.

Denise Beretta Barboza

Treino de Controle de Stress em  
Trabalhadores de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Neide Ap. Micelli Domingos

2º Examinador: Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira S. Miyazaki

3º Examinador: Profa. Dra. Zaida Aurora S. Gerales Soler

4º Examinador: Profa. Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi

5º Examinador: Profa. Dra. Carla Witter

São José do Rio Preto, 05/12/2007.

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Epígrafe .....	vi
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas e Quadros .....	ix
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	xii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xvi
<b>1. Introdução .....</b>	<b>01</b>
1.1. O trabalho e sua Relação com os Transtornos Mentais.....	04
1.2. Ansiedade de Depressão .....	06
1.3. Stress .....	09
1.4. O Trabalho de Enfermagem em Hospitais .....	17
1.5. Stress e Trabalho de Enfermagem.....	21
1.6. Objetivo .....	23
1.6.1. Geral.....	23
1.6.2. Específicos .....	24
<b>2. Casuística e Método .....</b>	<b>25</b>
2.1. Tipo de Estudo .....	26
2.2. Local.....	27
2.3. Casuística .....	31

2.4. Instrumento de Coleta de Dados.....	32
2.5. Procedimento .....	35
2.6. Aspectos Éticos.....	41
2.7. Apresentação e Tratamento dos Dados.....	41
<b>3. Resultados e Discussão .....</b>	<b>42</b>
3.1. Identificação da Unidade de Afastamento por Transtornos Mentais.....	43
3.1.1. Caracterização da População Envolvida nos Afastamentos por Transtornos Mentais (n=294) .....	44
3.1.2. Caracterização dos Trabalhadores Afastados Quanto ao Setor de Ocorrência .....	49
3.1.3. Caracterização dos Afastamentos Quanto ao Ano de Ocorrência.....	52
3.1.4. Caracterização Quanto o Tempo de Afastamentos.....	53
3.1.5. Caracterização dos Afastamentos Quanto ao Número de Episódios Ocorridos por Trabalhador .....	55
3.1.6. Caracterização dos Afastamentos Quanto ao Diagnóstico.	57
3.2. Unidade de Estudo: do Centro Cirúrgico/UCC.....	65
3.2.1. Caracterização Sócio-Demográfica da População da UCC (n=79) .....	66
3.2.2. Caracterização da Atividade Profissional da População da UCC (n=79) .....	71
3.3. Análise dos Inventários .....	84

3.3.1.	Inventário Beck de Depressão (BDI) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI) .....	84
3.3.2.	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL).....	90
3.3.3.	Questionário de Saúde Geral (QSG).....	99
3.4.	Programa de Treino de Controle de Stress.....	102
3.4.1.	Caracterização dos Participantes do Programa de Treino Controle de Stress.....	102
3.4.2.	Nível de Depressão - Grupo Intervenção e Grupo Controle .....	104
3.4.3.	Nível de Ansiedade - Grupo Intervenção e Grupo Controle .....	111
3.4.4.	Nível de Stress - Grupo Intervenção e Grupo Controle .....	116
3.4.5.	QSG Grupo Intervenção e Grupo Controle.....	124
3.4.6.	Depoimentos dos Participantes do Grupo de Intervenção..	131
<b>4.</b>	<b>Conclusões .....</b>	<b>134</b>
<b>5.</b>	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>138</b>
<b>6.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>169</b>
<b>7.</b>	<b>Apêndices .....</b>	<b>173</b>

Ao Marcelo, pelo amor, compreensão e companheirismo de todas as horas e momentos, sempre me incentivando a crescer.

Aos nossos filhos, Fernanda e Matheus, que abriram mão de muitas coisas em favor deste trabalho.

## ***Agradecimento Especial***

---

- ✓ Á Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos, que me acolheu com carinho e paciência, e que ainda com competência, segurança e respeito me conduziu nesta caminhada, principalmente, pela amizade e incentivo presente em todos os momentos, especialmente naqueles de dificuldades e limites. Fui abençoada por tê-la não como orientadora, mas também como amiga. Muito obrigada.

## **Agradecimentos**

---

À Deus, pelo dom da vida, pela fé e por capacitar-me para mais esta tarefa.

- ✓ Aos meus pais Heitor (*in memoriam*) e Odinéa que com amor, segurança e exemplo me ensinaram sempre a dar o melhor de mim.
- ✓ Às minhas famílias Beretta e Barboza, pelo amor e apoio em todos os momentos e pela presença em minha vida.
- ✓ À Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyasaki pela atenção, incentivo e sugestões que enriqueceram esta pesquisa.
- ✓ Ao Prof. Dr. José Antônio Cordeiro, pela disponibilidade na orientação sobre tratamento estatístico dos dados.
- ✓ A ex-aluna e orientanda, hoje enfermeira, Anne Cristine de Faria, pela participação e contribuição na coleta de dados da primeira etapa desta pesquisa.
- ✓ Aos psicólogos Randolpho dos Santos Junior e Patrícia Franco Assunção pela participação e valiosa contribuição na aplicação do programa de treino de stress, sem os quais, esta pesquisa não seria viável.
- ✓ Às professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional (DESCOP), meu departamento, Cláudia Eli, Gislaine, Margarete, Maria de Lourdes, Marilene, Renilda, Rosemeire,

Rosina, Sônia, Silvia Helena, Vânia Paschoal e Zaida pelo companheirismo e estímulo no decorrer desta jornada.

- ✓ As coordenadoras, Dras. Maria de Fátima e Josimerci, e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, pela compreensão e apoio no decorrer desta nova jornada.
- ✓ À Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler, amiga, orientadora do meu mestrado, por ter me mostrado o caminho para a pesquisa.
- ✓ À Profa. Dra. Cláudia Bernardi Cesarino, pela amizade, incentivo e estímulos constantes na realização deste.
- ✓ À Ângela Silveira Gagliardo, pela paciência, disposição e colaboração nos esclarecimentos sobre a unidade do centro cirúrgico.
- ✓ Aos ex-alunos, hoje enfermeiros e amigos, Edson Reis dos Prazeres, Gisiele Regina Sajonetti Fonseca, Jandira de Fátima Lochette Evangelista, Maria Eli Cristina Silva São João pela confiança e estímulo em um dos momentos mais difíceis desta jornada.
- ✓ Aos amigos João Junior, Ligia, Rosemeire, Gislaine, Vânia Paschoal e Margarete pelo ombro amigo, otimismo e “força”.
- ✓ A equipe de enfermagem do centro cirúrgico pelo acolhimento e participação que proporcionaram o desenvolvimento deste.

- ✓ Às bibliotecárias Cláudia Araújo Martins e Rosângela Maria Moreira Kavanami, pela atenção e disponibilidades na busca de referências bibliográficas assim como na revisão da referência bibliográfica.
- ✓ À Suzimeire Brigatti Alavarse Caron pela paciência, dedicação e esmero na tabulação dos dados.
- ✓ À Nilmara Barbosa de Oliveira pelo carinho e atenção, sempre pronta a ajudar.
- ✓ Ao Alexandre Lins Werneck, pela amizade e atenção dispensadas nas correções e revisões ortográfica e gramatical do texto e na elaboração do abstract.
- ✓ Aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP e da UNIP que me impulsionam a pesquisar.
- ✓ Agradeço, ainda, carinhosamente a todas as pessoas que, apesar de não citadas, direta ou indiretamente, infundiram energia e valor a este trabalho, facilitando assim o meu caminhar.

*“Não sei ...se a vida é curta  
ou longa demais para nós,  
Mas sei que nada do que vivemos  
tem sentido, se não tocarmos  
o coração das pessoas”*

***Cora Coralina***

**Lista de Figuras**

---

Figura 1.	Distribuição das 222 causas apontadas como geradoras de mal estar entre os trabalhadores de enfermagem da UCC.....	78
Figura 2.	Distribuição da população de enfermagem da UCC estudada segundo a presença de <i>stress</i> .....	90
Figura 3.	Nível de depressão na avaliação do BDI intragrupo para o GI no pré e pós-programa.....	107
Figura 4.	Nível de depressão na avaliação do BDI intragrupo para o GC no pré e pós-programa.....	107
Figura 5.	Nível de depressão na avaliação do BDI intergrupo GI x GC no pré-programa.....	110
Figura 6.	Nível de depressão na avaliação do BDI intergrupo GI x GC no pós-programa.....	110
Figura 7.	Nível de ansiedade na avaliação do BAI intragrupo para o GI no pré e pós-programa.....	113
Figura 8.	Nível de ansiedade na avaliação do BAI intragrupo para o GC no pré e pós-programa.....	113
Figura 9.	Nível de ansiedade na avaliação do BAI intergrupo GI x GC no pré-programa.....	114
Figura 10.	Nível de ansiedade na avaliação do BAI intergrupo GI x GC no pós-programa.....	114

Figura 11. Distribuição da Média e do valor “ $p$ ” na análise intergrupo GI x GC, no pré e pós programa, segundo cada fator avaliado do QSG-60.....	129
--	-----

**Lista de Tabelas e Quadros**

Tabela 1.	Caracterização dos trabalhadores de enfermagem afastados no período de 1995 a 2004.....	45
Tabela 2.	Caracterização dos trabalhadores de enfermagem afastados segundo a categoria profissional e o setor de lotação, no período de 1995 a 2004.....	50
Tabela 3.	Distribuição dos afastamentos segundo a categoria profissional e o ano, no período de 1995 a 2004.....	52
Tabela 4.	Distribuição dos afastamentos segundo a categoria profissional e o tempo de afastamento, no período de 1995 a 2004.....	54
Tabela 5.	Distribuição dos afastamentos segundo a categoria profissional e o número de episódios por trabalhador, no período de 1995 a 2004.....	56
Tabela 6.	Distribuição dos afastamentos por diagnóstico e categoria profissional, no período de 1995 a 2004.....	57
Tabela 7.	Distribuição da população de enfermagem da UCC por categoria profissional e turno de trabalho, no ano de 2006.....	66
Tabela 8.	Distribuição sócio-demográfica da população de enfermagem da UCC, no ano de 2006.....	68
Tabela 9.	Distribuição da população de enfermagem da UCC segundo a categoria profissional e as variáveis em relação ao trabalho, no ano de 2006.....	72
Tabela 10.	Distribuição dos escores na avaliação do BDI e BAI, segundo a categoria profissional.....	85

Tabela 11. Distribuição dos escores na avaliação do ISSL segundo a fase de <i>stress</i> e a categoria profissional.....	92
Tabela 12. Distribuição dos escores na avaliação do ISSL para sintomas físicos e psicológicos de acordo com a fase predominante de <i>stress</i> .....	94
Tabela 13. Distribuição dos escores na avaliação do QSG-60 segundo o gênero e cada setor avaliado.....	100
Tabela 14. Caracterização dos sujeitos de enfermagem submetidos ao PTCS segundo os grupos.....	103
Tabela 15. Distribuição do nível de depressão dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e os escores na avaliação do BDI.....	105
Tabela 16. Distribuição do nível de ansiedade dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e os escores na avaliação do BAI.....	112
Tabela 17. Distribuição do nível de stress dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e os escores na avaliação do ISSL.....	117
Tabela 18. Frequência da sintomatologia de <i>stress</i> dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e os escores na avaliação do ISSL.....	120
Tabela 19. Distribuição dos escores na avaliação do QSG-60 dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e o fator avaliado.....	125

Tabela 20. Distribuição das Médias, Desvio Padrão, Medianas e valor “p” inter e intragrupo no GI e GC, no pré e pós programa, segundo os grupos e cada fator avaliado do QSG-60.....	128
Quadro 1. Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa.....	38
Quadro 2. Distribuição dos sintomas físicos e psicológicos respectivos de cada fase.....	96
Quadro 3. Distribuição das respostas apontadas como fatores de mal estar pelos trabalhadores (n=70).....	174

***Lista de Abreviaturas e Símbolos***

---

A	- Alerta
AT	- Atendente de Enfermagem
AX	- Auxiliar de Enfermagem
BAI	- Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory)
BDI	- Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory)
BIC	- Bolsa de Iniciação Científica
Cap	- Capítulo
CC	- Centro Cirúrgico
CEAT	- Centro de Atendimento ao Trabalhador
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CM	- Central de Material
CTI	- Centro de Terapia Intensiva
DP	- Desvio Padrão
DSNTM	- Doenças do Sistema Neurológico e Transtornos Mentais
E	- Enfermeiro
E	- Exaustão
FAMERP	- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME	- Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
GC	- Grupo Controle
GI	- Grupo Intervenção
HB	- Hospital de Base

INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
ISSL	- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos
LM	- Licença Médica
M	- Média
Med	- Mediana
MS	- Ministério da Saúde
NE	- Não entrevistado
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PTCS	- Programa de Treino de Controle de Stress
QD	- Questionários Devolvidos
QSG	- Questionário de Saúde Geral
R/QE	- Resistência e Quase-Exaustão.
RPA	- Recuperação Pós Anestésica
SESMT	- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SGA	- Síndrome Geral de Adaptação
SOBECC	- Sociedade Brasileira de Enfermeiras de Centro Cirúrgico
SUS	- Sistema Único de Saúde
TE	- Técnico de Enfermagem
TMM	- Transtornos Mentais Menores
UA	- Unidades Ambulatoriais
UCC	- Unidade do Centro Cirúrgico
UFRP	- Universidade Federal do Paraná
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

Este estudo teve como **propósito** avaliar um programa de treino de controle de stress em trabalhadores da equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar de um hospital escola. Para atingir este objetivo foram realizados dois estudos, um descritivo e um quase-experimental, cujos objetivos específicos foram: levantar os registros de afastamentos por transtornos mentais no período de 1995 a 2004; caracterizar os trabalhadores afastados; identificar a unidade de maior ocorrência de afastamentos; avaliar depressão, ansiedade, stress e saúde geral; comparar os resultados intra e intergrupo.

**Casuística do Estudo Descritivo:** trabalhadores da equipe de enfermagem que tiveram registro de afastamento por transtornos mentais no período de 1995 a 2004. **Casuística do Estudo Quase-Experimental:** 20 trabalhadoras de enfermagem da Unidade Centro Cirúrgico (UCC), divididas em dois grupos (intervenção e controle) de 10. Foram selecionadas a partir do levantamento realizado na UCC. **Casuística e Método:** Formulário; Entrevista semi-estruturada; Inventário Beck de Depressão (BDI); Inventário Beck de Ansiedade (BAI); Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISS-L) e Questionário de Saúde Geral (QSG). **Resultados do Estudo Descritivo:** foram identificados 294 episódios de afastamentos por transtornos mentais: 88,8% do sexo feminino, casada (43,2%), com idade entre 30 a 49 anos (80,0%) anos, auxiliares de enfermagem (83,7%), com jornada de trabalho de 6 horas diárias (30,3%) realizadas no período da manhã (18,4%) e a unidade de maior ocorrência foi o Centro Cirúrgico (17,4%). **Resultados do Estudo**

**Quase-Experimental:** amostra composta por 100% de mulheres; auxiliares de enfermagem (80%), casadas (60%), com idade entre 31 a 40 (50%), do turno da manhã (70,0%), jornada de 6 horas (90%) e tempo de trabalho na enfermagem de 1 a 5 anos (40%). Não houve diferença significativa no BDI entre o pré- e pós-programa para o GI (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal -  $p=0,246$ ) e para o GC ( $p=0,150$ ). Na análise intergrupo pré-programa, não houve diferença significativa ( $p=0,137$ ), embora a média dos pontos obtidos seja menor no GI e no pós-programa houve diferença significativa ( $p=0,013$ ). Não houve diferença significativa no BAI entre o pré- e pós-programa para o GI ( $p=0,052$ ) e para o GC ( $p=0,410$ ). Na análise intergrupo também não houve diferença significativa tanto no pré ( $p=0,187$ ) quanto no pós ( $p=0,065$ ). Em relação ao nível de stress, no GI seis participantes tinham stress no pré- e quatro no pós-programa; no GC, tinham stress seis no pré- e sete no pós-programa. No QSG, dois fatores apresentaram diferença estatística (fator stress e saúde geral) no GI, enquanto nas análises intergrupos, pré- e pós-programa, não houve diferença estatística significativa. No entanto, houve diminuição de sintomas no GI em todos os fatores. O estudo permite concluir que o programa auxiliou na redução do stress, na diminuição de vários sintomas e no desenvolvimento de estratégias mais adequadas de enfrentamento dos problemas.

**Palavras-Chave:** 1. Estresse; 2. Transtornos Mentais; 3. Enfermagem; 4. Centro Cirúrgico Hospitalar; 5. Programa de Controle de Stress.

The purpose of this study was to assess a training program for stress control for nursing staff workers of a hospital unit at a teaching hospital. To achieve the objective a descriptive and a quasi-experimental study were performed. The specific objectives were: 1) to survey the medical records regarding absenteeism due to mental disorders from 1995 to 2004; 2) to characterize the nursing workers temporarily suspended from the service; 3) to identify the hospital unit with most absenteeism events; 4) to evaluate the nursing workers temporarily suspended from the service; 5) to evaluate nursing workers' stress, depression, and anxiety; and 6) to compare intra- and intergroup results. **Descriptive Study Casuistics:** Nursing workers who have an absenteeism recording in consequence of mental disorders from 1995 to 2004. **Quasi-Experimental Study Casuistics:** Twenty female nursing workers from the Hospital Surgery Department (HSD) were divided into two groups of ten (intervention and control). They were selected according to the survey performed at the HSD. **Materials and Methods:** The following instruments were used as tools: Form; Semi-structured Interview, Beck Depression Inventory (BDI); Beck Anxiety Inventory (BAI); Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory (L-SSI); and General Health Questionnaire (GHQ). **Descriptive Study Outcomes:** two hundred and ninety four (294) nursing workers were temporarily suspended from the service due to mental disorders. Of these, 88.8% were female; married (43.2%); mean age 30 to 49 years; practical nurses (83.7%); 6 working hours per shift (30.3%), predominantly in the morning-shift (18.4%); and the surgical center was the hospital unit with greater

occurrence (17.4%). **Quasi-Experimental Study Outcomes:** The study sample was predominantly composed of women; practical nurses (80%); married (60%); aged ranged from 31 to 41 years (50%); on morning-shift (70%); 6 working hours per shift (90%); and 1 to 5 years' experience (40%). There was no significant difference in BDI score between pre- and post-program for both groups (intervention and control) (One-sided Wilcoxon Matched-Pairs Rank test –  $p=0.246$  and  $p=0.052$ , respectively). In preprogram intergroup analysis, there was no significant difference ( $p=0.137$ ), even though the mean of the points obtained is lower in the intervention group and there was no significant difference ( $p=0.013$ ) in post-program. There was significant difference in BAI score between pre- and post-program for both groups (intervention and control;  $p=0.052$  and  $p=0.410$ , respectively). In intergroup analysis there was also no significant difference as for preprogram ( $p=0.187$ ) as for post-program ( $p=0.065$ ). Regarding the stress level, six participants had stress in preprogram and four in post-program; in the control group, six had stress in preprogram and 7 in post-program. In the QSG, two factors showed statistical difference (stress factor and general health) in GI., while in the intergroup analyses, no factors showed a significant statistical difference between pre- and post-program. However, there was a decrease in all factors in the intervention group. The study allows us to conclude that the training program has helped to reduce the stress, to decrease several symptoms, and to develop more suitable strategies to deal with the problems.

**Key-Words:** 1. Stress; 2. Mental Disorders; 3. Nursing; 4. Surgical Center; 5. Training Program for Stress Control.

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

O dinamismo associado ao processo de globalização gerou um novo modelo econômico, caracterizado pelo rápido avanço tecnológico e científico, acarretando profundas mudanças na organização dos processos de trabalho. Essas mudanças não foram, entretanto, acompanhadas por melhoria nas condições de trabalho, fato que acarreta prejuízos à saúde dos trabalhadores.<sup>(1-4)</sup>

Dejours (1998) afirma que não existe neutralidade nas relações de trabalho: este favorece a saúde ou a doença, pode trazer benefícios ou sofrimento ao trabalhador. O desempenho no trabalho tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto desencadear distúrbios que se expressam coletiva ou individualmente em manifestações psicofisiológicas ou psiquiátricas. O trabalho deve ter como finalidade o desenvolvimento das potencialidades humanas, favorecendo os laços cognitivos e intelectuais. O profissional não deve ser vítima do seu trabalho e sim um instrumento essencial para tal tarefa, dotado de sentimentos, valores e qualidades fundamentais para o desempenho pleno do seu papel.<sup>(1,3,5-7)</sup>

Soma-se ainda a essa situação, inevitáveis problemas da vida pessoal do trabalhador. Questões profissionais e pessoais demandam uma adaptação que pode exceder os recursos pessoais, desencadeando sofrimento emocional ou transtornos mentais, caracterizados por insatisfação pessoal por não atender a todas as exigências que a vida impõe.<sup>(3,8)</sup>

Os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% da incapacitação para o trabalho. Embora causem pouco mais de 1% da mortalidade, demonstram ser um sério problema de saúde pública. Pesquisas relatam que doenças como transtornos depressivos e cardiovasculares estão rapidamente substituindo desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas em países em desenvolvimento. Os transtornos depressivos encontram-se no topo (17,3%), seguidos pelas demências e Alzheimer (12,7%), dependência de álcool (12,1%), epilepsia (9,3%), psicoses (6,8%), transtorno de stress pós-traumático (4,7%) e fármaco-dependência (4,8%).<sup>(9-11)</sup>

De cada dez causas de incapacitação, cinco estão relacionadas a transtornos psiquiátricos. A depressão é responsável por 13% das incapacitações, envolvendo principalmente mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.<sup>(10,12)</sup>

Em geral, os transtornos mentais são de longa evolução e resultantes de uma série de fatores associados – genéticos, personalidade, alterações no funcionamento cerebral e estilo de vida, como educação, ação dos estressores, perdas, decepções, frustrações e sofrimento físico e psicológico – que perturbam o equilíbrio emocional podendo aumentar a vulnerabilidade individual para doenças e deixar o indivíduo “desprotegido” para lidar com o stress. A presença de um transtorno mental ou a dificuldade para lidar adequadamente com o stress excessivo, portanto, acarretam incapacidades importantes e comprometem áreas fundamentais do funcionamento pessoal, social e profissional.

Estudo realizado relata que cerca de 100 mil trabalhadores precisam se afastar do trabalho a cada ano em decorrência de problemas relacionados à saúde mental. Dentre os auxílios-doença concedidos em 2004, 9,8% foram por doenças mentais, entre elas a depressão e *stress*\*.<sup>(13)</sup>

### **1.1. O Trabalho e sua Relação com os Transtornos Mentais**

O trabalho é parte essencial da vida do homem em uma sociedade produtiva, proporcionando sobrevivência e satisfação, mas podendo também causar sofrimento e doença. Além de prover sustento, o trabalho é ainda um meio de alcançar prestígio social, reconhecimento e satisfação pessoal.<sup>(8,14-17)</sup>

Em uma sociedade capitalista e competitiva, que prioriza a produtividade e o lucro, mudanças rápidas no mundo do trabalho são inevitáveis. Métodos de trabalho sofisticados exigem um trabalhador produtivo, dedicado integralmente ao lucro.<sup>(1,3,18)</sup>

O conhecimento de que o trabalho adoece é milenar, principalmente quando executado em determinadas condições, associados a altos índices de morbi-mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece doenças ocupacionais, enfermidades estabelecidas diretamente pelo nexo causal entre trabalho e sofrimento explícito, com ampla descrição dos efeitos nocivos sobre a saúde do trabalhador, como também as doenças relacionadas ao trabalho, no qual esse sofrimento muitas vezes é manifestado de forma

---

\* A palavra *stress* será utilizada em sua versão original, em inglês e sem aspas, por ser assim consagrada universalmente.

inespecífica, embora ocasionado ou favorecido pelas condições do ambiente de trabalho. <sup>(3,6,15,19)</sup>

O trabalho tem por finalidade desenvolver as potencialidades humanas, favorecendo os laços cognitivos e intelectuais. O profissional não deve ser vítima do trabalho, mas um instrumento essencial para tal tarefa, dotado de sentimentos, valores e qualidades fundamentais para o desempenho pleno do seu papel. <sup>(6)</sup>

As condições de trabalho, entretanto, podem contribuir significativamente para o (des) prazer no trabalho, produzindo efeitos nocivos sobre o corpo principalmente sobre o funcionamento mental manifestados pela insatisfação, insegurança, angústia, desânimo e sofrimento psíquico, caracterizando quadros ansiosos e depressivos ou outros tipos de transtornos mentais. <sup>(17,20,21)</sup>

O termo *doença mental* vindo sendo substituído por transtorno mental desde 1996, com a adoção da décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para a medicina, doenças são alterações da saúde que têm causa determinada, isto é, alterações físicas detectáveis e mensuráveis. Já o termo *transtorno* é reservado para designar agrupamentos de sinais e sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados às alterações de funcionamento sem origem conhecida. <sup>(22)</sup>

Transtornos mentais são comuns na população geral: cerca de uma em cada quatro pessoas irá apresentar um transtorno mental durante a vida. Esses podem ocorrer em pessoas de qualquer sexo, idade, classe social e ocasionar conseqüências para o indivíduo, família e sociedade. Estima-se que atinjam 20% da população brasileira e que 30% dos adultos apresentam algum

transtorno mental no período de um ano. Destes, 20% necessitam algum cuidado profissional.<sup>(11)</sup>

Pesquisas relacionadas à saúde do trabalhador apontam um crescente número de registros de casos de transtornos mentais e comportamentais, que acometem cerca de 30 a 40% dos trabalhadores ocupados no mundo. No Brasil, os transtornos mentais, segundo as estatísticas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS, 2001), ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefício previdenciário, com afastamento do trabalho em tempo superior a 15 dias e auxílio doença por invalidez. Mereceram destaque os transtornos de humor ou afetivos, sendo a depressão responsável por 65% dos casos de afastamento; os transtornos neuróticos e relacionados ao stress; a esquizofrenia e consumo de álcool e drogas, que podem estar ligados ao local de trabalho e pressões associadas.<sup>(23,24)</sup>

No cotidiano, inúmeros conflitos pessoais, interpessoais ou intrapsíquicos, desencadeiam o aparecimento de problemas como ansiedade, depressão e *stress*. Apesar de sua alta prevalência, os transtornos mentais, pelas próprias características, podem ser mascarados por sintomas físicos e freqüentemente deixar de serem reconhecidos como relacionados ao trabalho.<sup>(25)</sup>

## **1.2. Ansiedade e Depressão**

Ansiedade e Depressão são apontadas como transtornos mentais decorrentes da vida moderna e das repercussões associadas ao trabalho. Sua

prevalência aumenta significativamente, tanto na população em geral como na classe trabalhadora.

A ansiedade é um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos. É conceituada como uma sensação ou um sentimento vago, desagradável e difuso decorrente da excessiva excitação da Parte Central do Sistema Nervoso diante de uma situação de perigo, medo ou apreensão de algo desconhecido ou estranho. Os sintomas mais comuns são: inquietação, cefaléia, perspiração, palpitação, aperto no peito e leve desconforto abdominal. Outros efeitos da ansiedade, além dos fisiológicos, estão relacionados à distorção perceptiva e confusão no pensamento e significados atribuídos aos eventos.<sup>(26-30)</sup>

Suas manifestações são apontadas como as mais prevalentes e incapacitantes dos transtornos psiquiátricos, ocasionando prejuízos no funcionamento e conseqüentemente na qualidade de vida dos indivíduos.<sup>(29,31)</sup>

A incidência da ansiedade gira em torno de 4 a 6%, variando em função dos critérios de avaliação diagnóstica.<sup>(29,32)</sup>

A depressão é caracterizada por um conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, que incapacitam o indivíduo em várias áreas da vida. Inclui presença de humor deprimido (ou irritável) e perda generalizada de interesse ou prazer, além de outros sintomas. Tem alta prevalência na população geral: 3 a 5%. É subdiagnosticada, com apenas 35% das pessoas identificadas tratadas adequadamente. Mesmo quando o diagnóstico é corretamente realizado, na maioria das vezes o tratamento é

inadequado, com baixas doses farmacológicas e manutenção de sintomas residuais.<sup>(33)</sup>

Ansiedade e depressão são transtornos comuns na vida das pessoas. As mulheres são mais vulneráveis à depressão, independente da faixa social e etária, embora esta seja mais prevalente entre os adultos jovens. Estatísticas apontam que 60 a 70% das pessoas com depressão também sofrem de ansiedade. Além disso, metade dos que sofrem de transtorno de ansiedade também têm sintomas significativos de depressão, e a combinação de ambas interfere no conforto emocional, no desempenho diário no trabalho, e conseqüentemente, na qualidade de vida.

Por não terem uma causa específica, mas serem resultantes da combinação de fatores genéticos, ambientais, psicológicos e sócios culturais, o diagnóstico precoce e correto é dificultado pela superposição dos sintomas comuns como fadiga, inapetência, dor, insônia e lentificação. Além disso, depressão e ansiedade parecem aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis.<sup>(33)</sup>

Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é fundamental conhecer a história detalhada sobre início dos sintomas e possíveis fatores desencadeantes. Os fatores psicológicos são de extrema relevância, tanto no surgimento desses transtornos quanto na sua manutenção.

Dentre as medidas preventivas estão as psicoterapias, mais especificamente as terapias comportamentais, que se mostram eficazes no tratamento de indivíduos com depressão e ansiedade.

### 1.3. Stress

O homem primitivo vivenciava momentos de stress frente a situações de perigo, de luta e fuga em prol da própria sobrevivência. Com o passar do tempo, cientistas como Hipocrates (séc.a.C.), Pflüger (1877); Bernard (1879); Frederief (1885) e Canon (séc.XX) descreveram a evolução dos mecanismos de resposta ao *stress*.<sup>(34,35)</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 1992, que o *stress* é considerado o “mal do século”. Atualmente, o *stress* é visto como sinônimo de diversas manifestações orgânicas e psicológicas: fadiga, ansiedade, depressão, nervosismo, irritabilidade, falta de apetite, insônia e desinteresse pelo trabalho.<sup>(36-38)</sup>

O termo *stress* é utilizado de várias formas e com diferentes conotações. O *stress* faz parte do cotidiano das pessoas e desde os primórdios da civilização é integrante da vida do homem. A tensão e o *stress* são, portanto, companheiros constantes da jornada diária.<sup>(34,35,39,40)</sup>

A palavra *stress* deriva do latim e *a priori* foi utilizada na física para explicar o desgaste sofrido por materiais expostos a pressões e forças.<sup>(15,41)</sup> Na área da saúde, foi utilizado pela primeira vez em 1936 por Hans Selye, que analisando os estudos descritos anteriormente por outros pesquisadores e suas experiências, verificou a ocorrência de respostas fisiológicas no organismo frente a situações de tensão, denominando de síndrome produzida por diversos agentes nocivos.<sup>(34)</sup>

Selye, considerado o “pai da teoria do *stress*” ao longo de suas pesquisas apresentou uma diversidade de definições de *stress*, entre elas “estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por alterações não específicas”, “respostas inespecífica do corpo frente a qualquer demanda” e por fim e a mais utilizada “Síndrome Geral de Adaptação (SGA), constituída pelas fases de alarme, resistência e exaustão.”<sup>(34)</sup>

A primeira fase – alerta, refere-se ao momento em que organismo se depara com a fonte de *stress*, que produz um desequilíbrio na sua homeostase. Diante da situação de tensão, o organismo é estimulado a produzir uma reação química-fisiológica comandada pela Parte Central do Sistema Nervoso, com liberação hormonal como resposta e defesa do organismo contra o *stress*. A homeostase é recuperada após eliminação ou adaptação do organismo ao estressor. Os sintomas característicos dessa fase são: sudorese, taquicardia, respiração ofegante, tensão muscular, alteração da pressão arterial (geralmente picos hipertensivos), irritabilidade, fadiga, alterações gastrintestinais e sensação de esgotamento. Se o estressor perdura por um período mais prolongado, inicia-se a fase de resistência.

A segunda fase – resistência - acontece se houver persistência do estressor, e o organismo tenta adaptar-se e resistir ao mesmo. Nessa tentativa, torna-se difícil recuperar a homeostase e os sinais característicos da fase de alarme não são mais evidentes. O organismo se mantém em estado de alerta, com gasto de energia que ocasiona cansaço excessivo, perda de memória e insegurança. Os sintomas característicos dessa fase são ansiedade, isolamento social, nervosismo oscilações de falta e/ou excesso de apetite e

---

medo. Na persistência do estressor, o nível de resistência tende a diminuir dando início à fase de exaustão.

Se não ocorrer alívio do *stress*, seja por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o *stress* atinge a sua fase final, a terceira fase – a exaustão. Ressurgem os sintomas da primeira fase, porém mais exacerbados e irreversíveis. Ocorre ainda um comprometimento físico e psicológico, o indivíduo não consegue produzir, com conseqüentes dificuldades no trabalho e concentração, podendo se estabelecer doenças graves como depressão, ansiedade, problemas sexuais e dermatológicos, urticárias, vitiligo, alergias, hipertensão arterial, infarto e até morte.<sup>(40,42)</sup>

Pesquisas posteriores identificaram uma quarta fase, a quase-exaustão, situada entre as fases de resistência e exaustão. Nessa fase, se os estressores persistirem em freqüência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela não mais consegue adaptar-se ou resistir ao estressor. O organismo fica mais enfraquecido e suscetível ao aparecimento de doenças, além de comprometer bastante a produtividade. Nessa fase, embora apresente sinais de desgaste e outros sintomas, o indivíduo consegue trabalhar, não de forma produtiva, ao contrário da fase de exaustão.<sup>(37,39,43)</sup>

O *stress* pode ser definido também como sendo “uma alteração no ambiente interno ou externo de tal magnitude, qualitativa ou quantitativa que requer do organismo uma maior adaptação, promovendo uma reação de defesa para manter a vida em homeostase”.<sup>(44)</sup>

Lipp<sup>(45)</sup> definiu *stress* como “reação muito complexa, composta de alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento”

Para Lipp & Malagris<sup>(43)</sup> é “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com o uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que fala imensamente feliz”

Lipp & Rocha<sup>(46)</sup> afirmam que o *stress* pode ser negativo ou positivo visto que “é uma reação desencadeada por qualquer evento que confunda, amedronte ou emocione a pessoa profundamente”.

Para Ballone<sup>(47)</sup> *stress* “é uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo, que procura se adaptar às pressões internas e/ou externas.

Portanto, o *stress* se constitui em um processo que contribui para a adaptação do organismo perante situações de risco, estabelecendo uma associação entre os estímulos internos e externos. Dependendo do momento de vida ou experiências, a forma como o indivíduo irá interpretar esse evento pode variar. A interpretação inadequada é o principal determinante do *stress*. Portanto, o *stress* em si não é um problema. No entanto quando excessivo, esse processo de adaptação pode ser transformar em um risco para o indivíduo.<sup>(40,48)</sup>

Toda a sintomatologia manifestada nas respectivas fases é decorrente da resposta orgânica frente ao estressor, na tentativa a atingir ou recuperar a

homeostase. Portanto o organismo consegue adaptar-se a um *stress* agudo, mas quando este passa a ter uma ação repetitiva ou crônica, os efeitos multiplicam-se aparecendo o desgaste.<sup>(30,49)</sup>

Fonte de *stress*, agente estressor ou simplesmente estressor é a denominação dada a algum evento capaz de gerar *stress*. Existem vários tipos de estressores e muitas vezes, o que a uma pessoa pode constituir *stress* para outra pode ser visto como um desafio ou possibilidade de mostrar que é capaz.<sup>(42)</sup>

Um estressor é qualquer evento que amedronte, confunda ou excite a pessoa. É, portanto entendido como ameaças ou estímulos que podem ser de origem interna ou externa de caráter físico, cognitivo ou emocional, e que interferem no equilíbrio homeostático do organismo. Os estímulos internos são aqueles que provêm dos conflitos de interpretações pessoais relacionadas com as experiências de vida de cada indivíduo. São normalmente interiores, abstratos, continuamente presentes e frequentemente invencíveis. Os estímulos externos representam as ameaças do cotidiano de cada um, exteriores à pessoa. E, ao contrário dos internos, não costumam ser constantes.<sup>(35,40,43,46)</sup>

Pode-se ainda classificar o *stress* em eustress (*stress* positivo), que se refere à tensão ou esforço realizado em um nível ideal de satisfação realimentada pelos resultados; e distress (*stress* negativo) que se refere à sobrecarga, à ativação crônica da Parte Central do Sistema Nervoso com elevação hormonal constante, aumentando a vulnerabilidade para as doenças.<sup>(41)</sup>

No mundo laboral, é crescente o número de pesquisas que abordam as conseqüências do impacto negativo das atividades ocupacionais, principalmente do *stress* na saúde e no bem-estar do trabalhador, e conseqüentemente no funcionamento e efetividade das empresas. Muitas das doenças ocupacionais estão intimamente correlacionadas com o *stress*. Os ambientes de trabalho e as relações de trabalho são apontados como fatores determinantes no aparecimento dessas doenças.<sup>(1,19,50,51)</sup>

O *stress* laboral ou ocupacional é definido como um desequilíbrio entre o que é exigido e a capacidade de resposta do trabalhador conduzindo-o a um estado emocional desagradável, manifestado pela tensão, frustração, e ansiedade.

Na exaustão emocional evidencia-se uma carência ou falta de energia, sentimentos de fadiga e incapacidade em lidar com situações, com manifestações físicas, psíquicas ou ambas.<sup>(52)</sup>

A cronificação do desgaste decorrente do *stress* pode levar o indivíduo a um estado de *Burnout*<sup>\*</sup>, cuja definição é “efeito danoso do exercício profissional, sob situações estressantes” ou “síndrome da exaustão”. No Brasil, esta síndrome é reconhecida legalmente (Lei nº 3048/99) como doença do trabalho, denominada de Síndrome de Esgotamento Profissional. A exaustão é referida como um sentimento de sobrecarga emocional e de esgotamento enquanto a despersonalização, a sensação de estar “acabado”. As manifestações são perdas do sentido do trabalho, praticando suas atividades sem atribuir-lhes muita importância. A síndrome atinge diversas categorias

---

\* A palavra *Burnout* será utilizada em sua versão original, em inglês e sem aspas, por ser assim consagrada universalmente.

profissionais, principalmente profissionais da saúde, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e bioquímicos, em especial a equipe de enfermagem, caracterizando-se por uma reação de stress crônico, também denominada de *stress* ocupacional assistencial. <sup>(41,53-55)</sup>

O *stress* é um mecanismo normal, necessário e benéfico ao organismo e por estar presente no cotidiano das pessoas acaba não podendo ser eliminado. Porém, para evitar que se torne excessivo, é necessário administrá-lo adequadamente. <sup>(34,46,47)</sup>

Entre as medidas preventivas, visando à promoção da saúde do trabalhador, apontam-se as contribuições da psicologia nas estratégias de enfrentamento.

As estratégias de enfrentamento são importantes e auxiliam na redução do *stress*, pois ensinam os indivíduos a identificar e enfrentar o stress, a conhecer seus limites, a adotar medidas práticas como relaxamento, alimentação adequada, ginástica e exercícios físicos. <sup>(45)</sup>

Em seus estudos Lipp<sup>(45)</sup> relata que “os exercícios induzem à secreção e a liberação de substâncias (beta-endorfina) no corpo humano, que têm a capacidade de controlar a sensação normal de dor, além de participar igualmente da regulação da temperatura e do apetite, e de ser capaz de melhorar também o sono e o humor”. Uma vez diminuída a tensão muscular o indivíduo se sentirá melhor, facilitando sua adaptação às situações e a recuperação da homeostase interna.

Lipp e Malagris<sup>(48)</sup> propõem um programa de controle de redução de *stress* baseado no modelo cognitivo-comportamental, desenvolvido em 15

sessões, que permitem ensinar ao indivíduo compreender e analisar os estressores a fim de controlar o *stress*. Os quatro pilares do controle do *stress* são: relaxamento, alimentação, exercício físico e modificações na área cognitiva (identificação e modificação de pensamentos).

Alguns estudos apontam que os programas visam intervir de forma sistemática no manejo do *stress* direcionado para a organização do trabalho, o trabalhador, ou a ambos. A intervenção é dirigida a um grupo de indivíduos com o objetivo de promover mudanças sociais, educacionais ou em saúde.<sup>(56-58)</sup>

As intervenções direcionadas para a organização do trabalho visam intervir nos estressores situacionais existentes na estrutura organizacional, condições de trabalho e relações interpessoais. As intervenções focadas no trabalhador visam modificar comportamentos individuais (cognitivo) na maneira de interpretar e enfrentar o *stress*.<sup>(58)</sup>

Essas mesmas autoras relatam que estudos apontam controvérsias na escolha do tipo de intervenção, não existindo uma escolha metodológica melhor do que outra do ponto de vista da efetividade. É crucial a avaliação de necessidades antes de implantar o programa. Se por um lado as intervenções individuais são apontadas como mais viáveis e vantajosas, trazendo melhores resultados para a saúde do trabalhador, por outro são questionadas, do ponto de vista ético, visto que ensinam o indivíduo a lidar com as características organizacionais nocivas à sua saúde. Por sua vez as intervenções organizacionais e combinadas parecem ser mais efetivas por serem mais

preventivas e com efeitos mais duradouros que as individuais, visto que atuam no ambiente de trabalho.<sup>(58)</sup>

Estudos evidenciam que o trabalho em ambiente hospitalar é considerado rico, estimulante e heterogêneo, porém abarca atividades insalubres e penosas gerando *stress* de natureza variada nos profissionais de saúde, em especial aos trabalhadores de enfermagem.<sup>(5,14,15,19,51,59-71)</sup>

A enfermagem é considerada, dentre as profissões da saúde, a mais exposta aos riscos ocupacionais existentes no ambiente hospitalar. É ainda a profissão mundialmente reconhecida como a mais estressante, ocupando o 4º lugar. A própria natureza do trabalho de enfermagem coloca esses profissionais frente a limitações constantes, na tentativa de impedir o avanço da doença e promover a cura, que geram sentimentos freqüentes de impotência e frustração, considerados estressores em potencial, favorecendo o adoecimento. Estes fatos suscitam pesquisas em diversas áreas da saúde.<sup>(44,51,72-74)</sup>

#### **1.4. O Trabalho de Enfermagem em Hospitais**

Os hospitais são organizações bastante peculiares, dotadas de sistemas complexos, criadas para atender as necessidades dos usuários na recuperação e manutenção da saúde, porém não atendem as necessidades de saúde de seus próprios trabalhadores. Se de um lado é direito da população dispor de uma assistência qualificada à saúde, de outro é dever das instituições de saúde prover os meios e recursos para atendê-la, quantitativa e qualitativamente.<sup>(4,68)</sup>

A satisfação com uma atividade de trabalho não depende unicamente da remuneração. O desajuste no trabalho pode levar a uma insatisfação pessoal, ocasionando insegurança, rebaixamento de auto-estima e uma gama de sentimentos desprazerosos que podem interferir em vários aspectos da organização, refletindo nas condições de trabalho, no nível de absenteísmo, na rotatividade de pessoal, nos erros de execução das atividades, nos atrasos ao serviço, fatos que repercutirão na produtividade e na qualidade da assistência prestada. E, conseqüentemente, desencadeiam um desgaste físico e emocional do pessoal de enfermagem.<sup>(19,44,68,75, 76)</sup>

Tratando-se especificamente do ambiente hospitalar, muito se fala e publica a respeito das condições de trabalho vigentes em grande parte dessas instituições, caracterizadas freqüentemente por uma estrutura formal e burocrática, que dificulta a comunicação entre as pessoas, além de expor seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social.<sup>(14,19,67,68)</sup>

Nos últimos anos, o absenteísmo\* na enfermagem em instituições hospitalares é fonte de estudo e preocupação de muitos administradores, visto que desencadeia problemas de ordem organizacional, principalmente econômica. Calcula-se que pelo menos 35% dos dias de trabalho perdidos anualmente são por motivos de ordem psicológica.<sup>(68,77,78)</sup>

Na enfermagem tanto o absenteísmo como os afastamentos geram transtornos para a gerência de enfermagem, desorganizando o setor de trabalho, alterando a qualidade e quantidade de atendimento prestado ao

---

\* Absenteísmo: hábito de não comparecer ou de estar ausente ao trabalho, falta de assiduidade, ausências de menor duração.<sup>(68)</sup>

paciente e conseqüentemente iniciam um desgaste físico e emocional do pessoal de enfermagem.<sup>(77,79)</sup>

As instituições hospitalares têm como um dos seus principais objetivos a atenção ao paciente. Entretanto, muitas instituições são extremamente burocráticas e a gerência de enfermagem não tem participação efetiva na formulação dos planos institucionais, que sobrecarregam o trabalhador de enfermagem, aumentando o risco para o stress.<sup>(40,80-82)</sup>

Pesquisas sobre a relação saúde e trabalho na enfermagem hospitalar constataam que existem vários fatores prejudiciais à saúde física e mental desse trabalhador: número reduzido de profissionais, divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, prolongada jornada de trabalho, diversidade e complexidade de ações, turnos alternados e diversos, baixa remuneração, falta de material, entre outros.<sup>(19,62,63,67,68,83,84)</sup>

Aliados a esses fatores estão ainda situações conflitantes que fazem parte do cotidiano desses profissionais, que lidam diretamente com a dor e a morte, sem suporte psicológico adequado. Como conseqüência dessa situação e da sobrecarga de trabalho, aparece o *stress* ocupacional.<sup>(6,84)</sup>

As relações entre saúde e trabalho são complexas. No Brasil acabam sendo ainda mais problemáticas, visto que as próprias condições de vida e trabalho são por si só insatisfatórias, principalmente quando direcionado aos profissionais de saúde, em especial ao pessoal de enfermagem.<sup>(66)</sup>

No contexto hospitalar, a enfermagem constitui a maior força de trabalho. É uma profissão que possui características próprias com atividades

freqüentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, excesso de tarefas, automação por ações repetitivas, insuficiência de pessoal e de material, parcelamento das atividades, turnos diversos e complexidade das ações executadas, entre outros. Por se tratar de uma profissão eminentemente feminina, somam-se ainda os afazeres domésticos, tarefa essa que contribui ainda mais para um maior desgaste.<sup>(68,85)</sup>

Os setores hospitalares apontados como sendo os mais desgastantes para o trabalho de enfermagem são as unidades fechadas e complexas, entre elas o Centro Cirúrgico.<sup>(79)</sup>

Na instituição campo de estudo o Centro Cirúrgico foi apontado como sendo o setor hospitalar que teve maior envolvimento da enfermagem em absenteísmo por transtornos mentais, seguidos da emergência e UTI.<sup>(86)</sup>

O Centro Cirúrgico é uma unidade fechada, de risco, dotada de equipamentos e tecnologias avançadas, repleta de normas, rotinas e procedimentos anestésico-cirúrgicos complexos, que lhe conferem características próprias de trabalho. É um setor repleto de situações e expectativas e que conta com o trabalho de uma equipe profissional diversificada e, portanto pode resultar em fracassos ou vitórias.<sup>(79,87,88)</sup>

Todas essas características aliadas às peculiaridades do trabalho de enfermagem contribuem para aumentar a carga de trabalho, principalmente nas cargas físicas e psíquicas, podendo levar ao *stress*.<sup>(7,79)</sup>

### 1.5. Stress e Trabalho de Enfermagem

Pesquisas sobre a relação saúde-trabalho em trabalhadores de enfermagem na área hospitalar destacam que esse ambiente gera *stress* de várias naturezas e em vários níveis. Os transtornos mentais são apontados como um dos principais problemas de saúde e acometem trabalhadores de áreas consideradas complexas, especializadas e fechadas, nas quais se tem contato direto com pacientes graves.<sup>(18,19,44,68,72,90-92)</sup>

Esses mesmos autores sugerem ainda como medidas preventivas para minimizar os problemas decorrentes dessa relação, a implantação e o desenvolvimento de programas de apoio para auxiliar o trabalhador na identificação de seus problemas e na conscientização da dinâmica do trabalho com vistas a dar subsídio para uma qualidade de vida no trabalho.

A carga mental e psíquica, apontadas como fator de penosidade para os trabalhadores hospitalares podem ser decorrentes da memorização complexa frente à fragmentação de procedimentos técnicos, e da pressão de concentração no trabalho diante da instabilidade das condições de saúde e do sofrimento dos pacientes.<sup>(14,19,70)</sup>

A contenção de emoções constitui uma das principais causas de problemas psicológicos, visto que o profissional de enfermagem não pode expressar seus dissabores e fraqueza na presença do paciente, adquirindo desse modo um comportamento estereotipado. O sofrimento do paciente nem sempre pode ser aliviado, principalmente quando se trata de doentes terminais onde há pouco há fazer. Essa agonia de sentir-se impotente frente à situação

se traduz para o profissional como uma insatisfação pessoal que o distancia de seus objetivos como cuidador, desencadeando sentimentos de insegurança, ansiedade e medo.

O trabalho de enfermagem em unidades complexas, de alto risco e fechadas, como o centro cirúrgico, é apontado como extremamente difícil, sendo o estressor mais freqüente o relacionamento interpessoal.<sup>(3,44)</sup>

Pesquisas realizadas em instituição hospitalar com alto nível de complexidade, em função da sofisticação de equipamentos, insumos, técnicas e materiais utilizados, indicam que além de propiciar um acelerado aumento da demanda de atendimentos, principalmente de pacientes graves e complexos, não tem proporcionado dimensionamento correspondente de recursos humanos, especialmente do pessoal de enfermagem, cujas conseqüências são aumento do absenteísmo ou afastamento do trabalho, seja por acidentes e licenças para tratamento de saúde.<sup>(16,68,86,93-95)</sup>

Barboza<sup>(68)</sup> em pesquisa cujo objetivo era conhecer o processo saúde - doença dos trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar, descobriu que as Doenças do Sistema Neurológico e Transtornos Mentais (DSNTM), segundo a Classificação Internacional de Doenças/CID-10, apareceram como a quarta maior causa (8,5%) de afastamento do trabalho por motivo de licença de saúde desses profissionais. Assinalou ainda que essas doenças necessitaram de períodos de afastamento de maior duração, envolvendo um mesmo trabalhador em mais de um episódio de afastamento e que estavam lotados em setores especializados e de maior complexidade.

Esses resultados apontaram que a saúde mental do trabalhador de enfermagem sugeriu sinais de sofrimento com o trabalho.

Salienta-se que os transtornos mentais são de difícil mensuração por não terem uma causa precisa, específica e na maioria das vezes serem considerados problemas pessoais dos trabalhadores, não relacionados com o processo de trabalho. Entre as principais dificuldades para prevenir as doenças mentais do trabalho estão os diagnósticos imprecisos, tratamento deficitário e a dificuldade do próprio trabalhador em aceitar o problema.

Se a pessoa não consegue por si mesma sair da depressão ou controlar o seu *stress* ocupacional, é importante que procure a ajuda de um profissional capacitado, pois o tratamento farmacológico, embora muitas vezes seja o meio mais rápido para a solução da “doença”, nem sempre é suficiente.<sup>(89)</sup>

Assim, diante do exposto e por compreender que a saúde mental é componente chave de uma vida saudável, foram propostos como objetivos do estudo:

## **1.6. Objetivo**

### **1.6.1. Geral**

Avaliar um programa de treino de controle de *stress* em trabalhadores da equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar.

### 1.6.2. Específicos

- Identificar no Centro de Atendimento ao Trabalhador (CEAT) os registros de afastamentos do trabalho, ocorridos por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004;
- Caracterizar os trabalhadores de enfermagem quanto à categoria profissional, a unidade, a jornada e o turno de trabalho;
- Caracterizar os transtornos mentais em trabalhadores de enfermagem registrados, segundo a Classificação Internacional de Doenças/CID-10;
- Identificar a unidade hospitalar de maior ocorrência dos afastamentos por transtornos mentais em trabalhadores de enfermagem no período de 1995 a 2004;
- Caracterizar a população da unidade hospitalar identificada;
- Levantar os principais estressores no trabalho apontados pela equipe de enfermagem da unidade hospitalar;
- Avaliar o nível de depressão, ansiedade, *stress* e saúde geral no pré e pós-programa de treino de controle de *stress*;
- Comparar os resultados inter e intragrupos segundo o nível de depressão, ansiedade, *stress* e saúde geral no pré e pós-programa de treino de controle de *stress*;

## 2. CASUÍSTICA E MÉTODO

---

## 2. CASUÍSTICA E MÉTODO

### 2.1. Tipo de Estudo

Para atender aos objetivos propostos, esta pesquisa foi realizada utilizando-se dois tipos de estudo, um primeiro do tipo descritivo e um segundo quase-experimental.<sup>†</sup>

O estudo descritivo foi realizado para a identificação da unidade hospitalar de maior ocorrência de afastamento do trabalho por transtornos mentais na enfermagem e para a caracterização da população estudada.

Na identificação da unidade, fez-se um estudo epidemiológico, descritivo e analítico a partir de dados já existentes e registrados no Centro de Atendimento ao Trabalhador (CEAT) da instituição, com o intuito de reunir e classificar os fatos relacionados a essa situação e determinar a magnitude desse problema segundo o setor de maior ocorrência. Além de subsidiar dados para a aplicação do Programa de Treino de Controle de *Stress* (PTCS).<sup>‡</sup>

O estudo epidemiológico tem finalidade exploratória descritiva e explicativa, mostrando o fenômeno em função do tempo, do espaço e das características que o distinguem do contexto, de forma a obter dados sobre um determinado fenômeno, a fim de subsidiar meios de intervenção para o planejamento e avaliação eficazes.<sup>(96)</sup>

---

<sup>†</sup> Campbell DT, Stanley, JC. Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa. Trad. Renato AT Di Dio. São Paulo. EPU/EDUSP. 1979. p.61.

<sup>‡</sup> A partir daqui toda vez que fizermos referência ao Programa de Treino de Controle de Stress usaremos a sigla PTCS.

Para aplicação do PCTS foi realizado um estudo do tipo quase-experimental, utilizando-se uma metodologia quantitativa e qualitativa.<sup>(97)</sup> Nesse tipo de delineamento é possível verificar quando e a quem medir, mesmo que “falte pleno controle da aplicação dos estímulos experimentais”, além do que, o pesquisador não interfere na realidade, organizando os dados em grupos específicos após a coleta.

Os programas de prevenção para transtornos mentais devem incluir métodos qualitativos, que permitam compreender a profundidade do contexto pesquisado, levando em conta sua complexidade e particularidade, assim como a diversidade dos resultados.<sup>(98)</sup>

A metodologia quanti/qualitativa ainda permite traçar o perfil da população estudada com descrição detalhada da experiência humana vivida e definida pelo próprio sujeito estudado, permitindo a avaliação de a situação ser investigada, além de possibilitar uma perspectiva de indícios para intervenções efetivas.<sup>(97-99)</sup>

## **2.2. Local**

A instituição campo de estudo foi o Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME. Um complexo hospitalar de grande porte que presta atendimento à maior parte da população local e regional nas diferentes especialidades na área da saúde e tem por finalidade a prestação de assistência, principalmente aos usuários do

Sistema Único de Saúde (SUS), mas também atende a pacientes particulares e de diferentes convênios de saúde, além do ensino e da pesquisa.

Em 2007, contava com 709 leitos e com uma área física composta pelo subsolo, térreo, mezanino e sete andares.<sup>(100)</sup>

O quadro funcional dessa instituição contava, em 2007, com cerca de 5100 trabalhadores, distribuídos nos diversos setores hospitalares. Destes, 1348 compõem a equipe de enfermagem, dos quais 182 são enfermeiros, 52 técnicos de enfermagem e 1114 auxiliares de enfermagem.

A unidade hospitalar identificada como sendo a de maior ocorrência de afastamento por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004 foi a Unidade do Centro Cirúrgico (UCC)\*.

Essa unidade é considerada uma das maiores do Estado, está localizada no primeiro andar do hospital campo de estudo e foi projetada de forma dinâmica, a fim de interligar salas de cirurgia, pré e pós-operatório, áreas de entrada e saída de pacientes, com funcionamento 24 horas por dia. Possui um espaço físico de 2.411,80 m<sup>2</sup>, com 25 salas interligadas distribuídas da seguinte forma:<sup>(100)</sup>

- 25 salas para a realização de intervenções cirúrgicas eletivas e de emergência, sendo 21 para atender os usuários do SUS, cada qual para uma determinada especialidade médica, e quatro destinadas exclusivamente para atender convênios e particulares;
- Dois corredores, longos, que interligam todas as salas existentes neste espaço físico;

- Dois lavabos para escovação, um para a ala cirúrgica do SUS e um para os convênios;
- Três salas para recuperação pós-anestésica, destas uma é interna e geral para receber todos os pacientes em pós-operatório imediato, sem acesso a acompanhantes. As outras duas consideradas externas para recuperação de pequenas cirurgias e/ou cirurgias consideradas externas, sendo possível o acesso de acompanhantes e visitas;
- Duas salas para a farmácia (uma para medicação e outra para armazenamento de material consignado e cirúrgico – próteses e órteses);
- Uma sala para armazenamento de equipamentos sobressalentes (cama, RX, suportes, entre outros);
- Uma sala para armazenamento de equipamentos da equipe de anestesia;
- Três salas de chefias administrativas (gerência de enfermagem, chefia da equipe de anestesistas e secretária administrativa do CC como um todo);
- Duas salas para conforto médico (uma para cirurgiões e outra para os anestesistas);
- Uma sala para os médicos receberem representantes de laboratório e/ou familiares dos pacientes;

---

\* Será utilizada a sigla UCC toda vez que for citada a Unidade do Centro Cirúrgico e por ser assim conhecida no meio hospitalar.

- Quatro salas para vestiários (duas para os funcionários, equipe médicas e residentes) e duas para os pacientes externos de convênio e particular, ambas com banheiros masculino e feminino;
- Dois “*halls*” para recepção do paciente, uma para pacientes usuários do SUS e outra para particulares e/ou convênios;
- Uma copa para os funcionários realizarem seus “lanches”;
- Dois monta-cargas (elevadores de material), uma para transporte de material estéril e outro para material usado nas cirurgias, e
- Duas salas de espera para acompanhantes, uma para usuários do SUS outra para particulares e/ou convênios.

A UCC do HB é um complexo que realiza, em média, 85 cirurgias/dia e mais de 2 mil cirurgias/mês. Tem uma equipe composta por 230 médicos cirurgiões, 46 médicos anestesistas e 153 profissionais de enfermagem, assim distribuídos: 10 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 133 auxiliares de enfermagem.<sup>(100)</sup>

O pessoal de enfermagem desse setor tem regime de trabalho dividido em três turnos, matutino (60 trabalhadores de enfermagem, sendo 5 enfermeiras), vespertino (62 trabalhadores de enfermagem, sendo 3 enfermeiras), e noturno (31 trabalhadores de enfermagem, sendo 2 enfermeiras). A jornada de trabalho é distribuída em 6, 8 e 12 horas, sendo os horários os mais variados.

### **2.3. Casuística**

Para o estudo epidemiológico, a população foi constituída por trabalhadores da equipe de enfermagem da instituição, que no período de 1995 a 2004 tiveram registro de afastamento do trabalho no CEAT, tendo como diagnóstico específico os transtornos mentais ou comportamentais, obedecendo ao critério da Classificação Internacional de Doença, CID-10, grupo V F00 a F99.<sup>(101)</sup>

Para o estudo quase-experimental a casuística foi constituída por integrantes da equipe de enfermagem lotados na UCC (n=153) da instituição e que atenderam aos seguintes critérios estabelecidos:

- Critérios de Inclusão: todos os trabalhadores de enfermagem com exercício efetivo de suas atividades UCC, independentemente de apresentarem ou não transtorno mental e trabalhando no setor, no mínimo, há seis meses.
- Critérios de exclusão: os trabalhadores de enfermagem afastados para tratamento de saúde ou aposentados por invalidez; trabalhadores de outro setor que eventualmente cobrem faltas no setor selecionado e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Foram entrevistados todos os integrantes da equipe de enfermagem, cada qual no seu turno de trabalho, que atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 129 trabalhadores. Os entrevistados foram identificados por números, para manter o sigilo e anonimato, conforme Resolução 196/96.<sup>(102)</sup>

Destes 129, apenas 79 (61,2%) devolveram os questionários respondidos no prazo estabelecido de três meses.

#### **2.4. Instrumento de Coleta de Dados**

Nesta pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Formulário: elaborado com base nos dados contidos nas fichas de identificação do funcionário, no sistema de arquivo de atendimento do CEAT da instituição, visando a caracterização da população quanto à categoria profissional e à unidade de trabalho (Anexo A);
2. Entrevista semi-estruturada com a finalidade de caracterizar a população e o setor de trabalho, conhecer a estrutura organizacional do setor em questão, as situações apontadas como estressantes no trabalho, o fluxograma do processo de trabalho, os relacionamentos (colegas, chefias, clientes/pacientes e outros setores), os aspectos positivos e negativos do trabalho e sugestões para melhorar o mesmo (Anexo B);
3. Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory*) – BDI.<sup>(103)</sup> É uma escala sintomática, composta por 21 itens que avalia atitude e sintomas depressivos, cuja intensidade é indicada por uma pontuação que varia de 0 a 3;
4. Inventário Beck de Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory*) – BAI.<sup>(103)</sup>. É uma escala sintomática, composta por 21 itens com quatro alternativas cada um, desenvolvido para medir a gravidade dos

sintomas em ordem crescente do nível de ansiedade;

5. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL.<sup>(37)</sup> É um questionário que permite verificar o nível de *stress* do indivíduo, identificando os sintomas físicos ou psicológicos apresentados em cada uma das fases (Alerta, Resistência, Quase-Exaustão e Exaustão). Na correção do ISSL é indicativo de *stress* em cada fase se o escore bruto da fase I (Alerta) for > 6, da fase II (Resistência e Quase Exaustão) for > 3 e da fase III (Exaustão) for > 8. O Quadro 1 corresponde à Fase de Alerta, que avalia os sintomas apresentados pelo indivíduo nas últimas 24 horas. É composto por 12 sintomas físicos (F-1) e três sintomas psicológicos (P-1). O Quadro 2 corresponde à Fase de Resistência, e a terceira fase – a Quase-Exaustão, que avalia os sintomas físicos e/ou psicológicos apresentados pelo indivíduo na última semana. O Quadro dois é composto por 10 sintomas físicos (F-2) e cinco sintomas psicológicos (P-2). O Quadro 3 corresponde à quarta fase – Exaustão, que avalia os sintomas apresentados pelo indivíduo no último mês. É composto por 12 sintomas físicos (F-3) e 11 sintomas psicológicos (P-3);
6. Questionário de Saúde Geral – QSG-60;<sup>(104)</sup> Mais conhecido como Questionário de Saúde Geral de Goldberg, é um instrumento auto-aplicável, composto por 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos. Cada item permite ao sujeito responder por meio de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos (na qual 1 representa a ausência e

4 a presença forte do sintoma enunciado), o seu sentimento no momento presente e não o sentimento usualmente experimentado. Os resultados são apurados com o auxílio de um crivo ou de um computador. Os fatores avaliados são: (1) *stress* psíquico ou tensão, (2) desejo de morte, (3) desconfiança no desempenho ou falta de confiança na capacidade de desempenho (auto-eficácia), (4) distúrbios do sono, (5) distúrbios psicossomáticos e fator saúde geral que avalia o grau a gravidade da ausência da saúde mental. Para a obtenção dos escores sintomáticos, divide-se a soma das respostas que compõem o fator pelo número de itens do fator. Os resultados são transformados em percentis e comparados com a norma.

Os questionários escolhidos são validados no Brasil, auto-aplicáveis e amplamente utilizados. Suas medidas são escalares, nos quais a soma dos escores individuais fornece um escore total que classifica em níveis de intensidade.<sup>(37,103,104)</sup>

Para cada sujeito foi montado um “*kit*” contendo o termo de consentimento (2 vias), o questionário para entrevistas e os inventários BDI, BAI, ISSL e QSG.

Os instrumentos: Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos e Questionário de Saúde Geral não constam do anexo no trabalho por se tratarem de instrumentos cujos direitos para utilização são reservados.

## **2.5. Procedimento**

A coleta de dados ocorreu em três momentos distintos e após aprovação deste projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FUNFARME/FAMERP, sendo preservados os aspectos éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos.<sup>(102)</sup>

Em um primeiro momento, realizou-se um levantamento para a identificação do setor de maior ocorrência de afastamentos do trabalho por transtornos mentais. Para esse levantamento, utilizaram-se as fichas de atendimento dos trabalhadores de enfermagem no Centro de Atendimento ao Trabalhador, que é uma unidade médico-ambulatorial do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição. Essa unidade é responsável tanto pelos atendimentos médicos prestados aos trabalhadores como pelo registro dos afastamentos por motivo de licença-saúde.

Para essa coleta de dados foram necessários 04 meses, com início em outubro de 2004 e término em janeiro de 2005. Os dados foram coletados manualmente, ficha por ficha de cada trabalhador da instituição, sendo realizado por uma graduanda de enfermagem do 3º ano, Bolsista do Programa de Iniciação Científica/ BIC da FAMERP.<sup>(86)</sup>

Após a identificação da UCC como setor de maior ocorrência, passou-se para o segundo momento da coleta de dados.

Procurou-se inicialmente a Supervisora do Serviço de Enfermagem da UCC e as respectivas enfermeiras responsáveis por cada turno para explicar

sobre a pesquisa a ser realizada nessa unidade, seus objetivos e a importância para os trabalhadores, além de disponibilizar o projeto aprovado pelo CEP. Após ciência destas, cada participante foi procurado pela pesquisadora e informado sobre a pesquisa, seus objetivos e como seria sua participação na mesma. Mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Pré-Esclarecido do sujeito (Anexo C), foi realizada uma entrevista semi-estruturada, pelo próprio pesquisador, durante o horário de trabalho, nos turnos da manhã, tarde e noite, em sala pré-estabelecida, segundo a disponibilidade da unidade e dentro da própria UCC.

Os participantes foram entrevistados mediante a aplicação de um questionário estruturado composto por 20 perguntas abertas e fechadas que visavam traçar o perfil sócio-demográfico da população, conhecer o setor de trabalho e sua estrutura organizacional, as situações apontadas como desconfortáveis no trabalho, o fluxograma do processo de trabalho, os relacionamentos (colegas, chefias, clientes/pacientes e outros setores), os aspectos positivos e negativos do trabalho e sugestões para melhorar o mesmo. Cada entrevista durou em média 10 minutos.

Após a entrevista, o participante recebeu os inventários que deveriam ser devolvidos num prazo de 30 dias. Foi disponibilizada uma caixa lacrada na sala da gerente administrativa da enfermagem para que depositassem os inventários.

Foram contatados 130 trabalhadores dos três turnos, 129 foram submetidos à entrevista e um não aceitou participar. Essa coleta durou três meses (de maio a julho de 2006). Destes entrevistados, 79 devolveram os

questionários. Os participantes foram identificados por números para preservar o anonimato.

Após análise do Inventário de *Stress*, os 79 participantes foram divididos, aleatoriamente, em participantes que apresentavam *stress* (40) e participantes que não apresentavam *stress* (39). Para a realização do PTCS os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo Intervenção (GI), submetido ao PTCS e Grupo Controle (GC), não submetido ao PTCS.

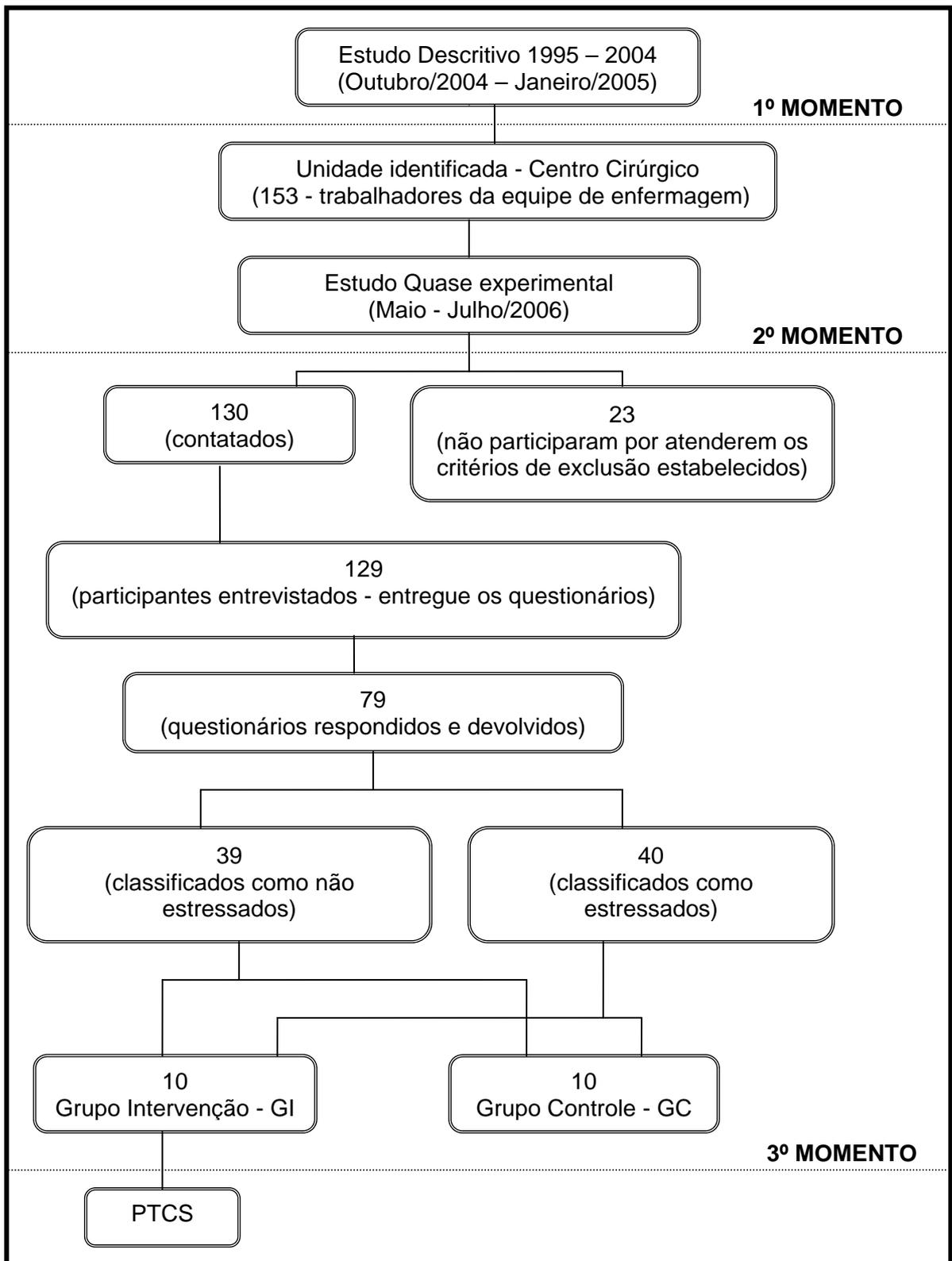
Ambos os grupos (GI e GC) foram formados por participantes que apresentavam e não apresentavam *stress* e com participantes de todos os turnos. Por características próprias do local de trabalho, a gerência disponibilizou apenas um horário para a realização do PTCS, sextas-feiras das 7:00 as 8:30 h. Assim, os grupos foram formados por 10 participantes cada. No entanto, em ambos os grupos tinham profissionais de todos os turnos (Quadro 1).

O terceiro momento correspondeu à aplicação do PTCS, baseado nos princípios metodológicos para tratamento e controle do *stress* de Lipp.<sup>(48)</sup> Este programa visa desenvolver estratégias de enfrentamento para manejo do *stress* segundo os princípios cognitivos-comportamentais.

O programa foi desenvolvido em oito semanas (três meses), com duração de uma hora e meia, 1 vez por semana.

As sessões foram conduzidas por dois psicólogos, e acompanhadas pela pesquisadora. Após o término do programa, os Inventários foram aplicados em ambos os grupos GI e GC.

Quadro 1. Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa.



A seguir apresenta-se o plano do PTCS.

- **Sessão 1:** Contato inicial para apresentação dos participantes, psicólogos; objetivo do PTCS e duração. Discussões sobre conceito do stress e do conceito pessoal do limite pessoal para tensão. Os principais sintomas, causas, o impacto na vida pessoal, familiar e no trabalho. A importância e o controle do *stress*.
- **Sessão 2:** Identificação e discussão das fontes de *stress* em geral e no trabalho. Explicação sobre os elementos do treino do *stress* e a importância dos quatro pilares: relaxamento, exercício físico, alimentação e reestruturação cognitiva. Explicação sobre o relaxamento, como e porque funciona (a cada sessão irá aumentando o tempo gradativamente até atingir 25-30 minutos no total) e, realização da técnica de relaxamento (duração de 15 minutos). Após o relaxamento, foi solicitado ao grupo que falassem sobre a sensação/percepção dessa técnica. Foram orientados a praticar a técnica de relaxamento em todos os momentos de tensão, seja em casa, trabalho ou em situação do dia a dia.
- **Sessão 3:** Discussão sobre agenda e em seguida sobre o conceito de habilidade social. Exercícios de relaxamento e respiração profunda com o aumento do tempo em relação à etapa da técnica anterior (duração de 20 minutos).
- **Sessão 4:** Discussão sobre o uso da técnica de relaxamento e a percepção sobre o PTCS. Discussão sobre estratégias de enfrentamento para lidar com a pressão, afobação, controle da hostilidade e com as mudanças. Exercícios de relaxamento e respiração profunda com o

aumento do tempo em relação à etapa da técnica anterior (duração de 25 minutos).

- **Sessão 5:** Discussão sobre o uso da técnica de relaxamento e a percepção sobre o PTCS. Discussão sobre o conceito de habilidade social. Exercícios de relaxamento e respiração profunda (duração de 25 minutos).
- **Sessão 6:** Discussão sobre o uso da técnica e a percepção sobre o PTCS. Discussão o conceito o conceito de qualidade de vida e a importância do exercício físico. Exercícios de relaxamento e respiração profunda (duração de 28 minutos).
- **Sessão 7:** Discussão sobre o uso da técnica e a percepção sobre o PTCS. Participação de uma nutricionista para orientações sobre a alimentação e de uma fisioterapeuta para orientações sobre os exercícios físicos e alongamento. Exercícios de relaxamento e respiração profunda (duração de 28 minutos).
- **Sessão 8:** Reflexão sobre o tratamento e mudanças ocorridas durante o PTCS na vida pessoal e do trabalho de participante. Orientação e recomendação sobre a importância de como enfrentar o *stress*. Exercícios de relaxamento e respiração profunda (duração de 28 minutos). Aplicação dos Inventários. Fechamento e encerramento do PTCS.

## **2.6. Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP sob o número 2294/2004, com vistas à preservação dos aspectos éticos relacionados a pesquisas envolvendo seres humanos. (Anexo D)

Assim, obedeceu-se à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente às normas técnicas de pesquisas envolvendo seres humanos.<sup>(102)</sup>

Todos os integrantes da equipe de enfermagem do UCC foram contatados e convidados a participar da pesquisa, assegurando-lhes o anonimato e o sigilo das informações obtidas.

## **2.7. Apresentação e Tratamento dos Dados**

Para análise dos dados foi consultado um conceituado estatístico da FAMERP.

Os resultados descritivos, que dizem respeito à caracterização da população, foram armazenados e tratados com auxílio do programa Microsoft EXCEL e EPI-INFO 2000 Versão 3.2 e são apresentados em índices absolutos e percentuais na forma de Tabelas e Figuras, buscando-se agrupar as respostas semelhantes.

Para análise dos dados do estudo quase-experimental utilizou-se o teste Wilcoxon (GraphPad Insat – DataSet-ISD) com o intuito de detectar as possíveis diferenças entre o antes e o depois da aplicação do programa além da análise intra e intergrupos. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados primeiramente os resultados do estudo descritivo, referente à caracterização da unidade hospitalar de maior ocorrência de afastamentos por transtornos mentais, e *a posteriori* os resultados do estudo quase-experimental sobre o programa de intervenção para controle do *stress*.

#### 3.1. Identificação da Unidade de Afastamento por Transtornos Mentais

No período de 1995 a 2004 no hospital campo de estudo, registraram-se 297 ocorrências por transtornos mentais, de acordo com a classificação da CID-10, envolvendo os trabalhadores da equipe de enfermagem, e destes 294 (99%) necessitaram de afastamento do trabalho.

Os resultados obtidos foram agrupados segundo suas especificidades e para melhor entender a magnitude dos problemas de saúde envolvendo a equipe de enfermagem. Os dados levantados serão apresentados quanto à caracterização dos episódios de afastamento, setor e ano de ocorrência, número de episódios por trabalhador e a distribuição dos Transtornos mentais e comportamentais segundo a CID-10 (F00-F99).

### **3.1.1. Caracterização da População Envolvida nos Afastamento por Transtornos Mentais (n=294)**

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos trabalhadores de enfermagem envolvidos em afastamento por transtornos mentais, segundo a categoria profissional em relação ao sexo, faixa etária, estado civil, jornada e turno de trabalho.

Observa-se que dos trabalhadores envolvidos a maioria era do sexo feminino (88,8%), auxiliar de enfermagem (83,7%), com idade entre 30 a 49 anos (79,9%), casados (43,2%), jornada de 6 horas (30,6%) distribuídas, com freqüências muito próximas, nos turnos da manhã (18,4%) e tarde (14,6%). Muitos registros tinham lacunas nas informações sobre o turno (52,7%) e jornada de trabalho (51,7%).

**Tabela 1.** Caracterização dos trabalhadores de enfermagem afastados no período de 1995 a 2004.

Dados de Identificação	Categoria Profissional								Total	
	AT		AX		TE		E			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>										
Masculino	6	19,4	27	11,0	-	-	-	-	33	11,2
Feminino	25	80,6	219	89,0	1	100,0	16	100,0	261	88,8
<b>Faixa etária (anos)</b>										
20 a 29	1	3,2	32	13,0	-	-	2	12,5	35	11,9
30 a 39	10	32,3	113	45,9	-	-	6	37,5	129	43,9
40 a 49	14	45,2	84	34,1	1	100,0	7	43,8	106	36,0
50 e mais	6	19,4	17	6,9	-	-	1	6,3	24	8,2
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro	4	12,9	81	32,9	1	100,0	3	18,8	89	30,3
Casado	9	29,0	108	43,9	-	-	10	3,4	127	43,2
Outros*	18	58,1	57	23,2	-	-	3	18,8	78	26,5
<b>Jornada de trabalho</b>										
6 horas	1	3,2	87	35,4	-	-	2	12,5	90	30,6
8 horas	-	-	4	1,6	-	-	2	12,5	6	2,1
12/36 horas	13	41,9	30	12,2	-	-	-	-	43	14,6
Em branco	17	54,8	125	50,8	1	100,0	12	75,0	155	52,7
<b>Turno de trabalho</b>										
Manhã	1	3,2	50	20,3	-	-	3	18,8	54	18,4
Tarde	-	-	42	17,1	-	-	1	6,3	43	14,6
Noite	14	45,2	31	12,6	-	-	-	-	45	15,3
Em branco	16	51,6	123	50,0	1	100,0	12	75,0	152	51,7
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>10,5</b>	<b>246</b>	<b>83,7</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>16</b>	<b>5,5</b>	<b>294</b>	<b>100,0</b>

\*Outros = união consensual, viuvez, separação conjugal. **AT** = Atendente de Enfermagem; **AX** = Auxiliar de Enfermagem; **TE** = Técnico de Enfermagem; **E** = Enfermeiro.

Os resultados obtidos nesta pesquisa confirmam que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, que além dos encargos profissionais que contribuem para a sobrecarga de responsabilidades, acumulam tarefas domésticas, das quais, muitas vezes, a mulher passa a ser figura nuclear assumindo a função de provedora e coordenadora das questões familiares. Estes fatores, associados com a desvalorização do trabalho feminino, apesar de todo avanço dos movimentos feministas, são considerados importantes fatores desencadeantes do desgaste físico e mental.<sup>(16,68,105)</sup>

O excesso de atividades para as mulheres limita o tempo de estar com a família, principalmente quando há plantões nos finais de semana. A dificuldade de conciliar as férias do trabalho com as escolares dos filhos provoca sofrimentos por antecipação e medo de não desempenhar o papel de mãe corretamente.<sup>(84)</sup>

O auxiliar de enfermagem foi a categoria profissional mais acometida neste estudo (83,7%), seguido pelo atendente de enfermagem (10,5%). Essas duas categorias representam o maior número de contratações de trabalhadores da enfermagem, visto que ambas executam atividades de natureza repetitiva e são social e financeiramente menos valorizadas. Estudos semelhantes confirmam os resultados obtidos de que, a categoria auxiliar de enfermagem é a que sofre mais afastamento por transtornos mentais quando comparada às outras.<sup>(6,18,20)</sup>

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86) em seu art 23 autorizou o atendente de enfermagem a exercer atividades elementares de enfermagem sob a orientação e supervisão do enfermeiro. A Resolução

COFEN nº186/1995 dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei, estabelecendo os critérios de atuação e o prazo de dez anos (até 1996) para que providenciassem sua formação profissional adequando-se à lei para o exercício profissional da enfermagem.<sup>(106)</sup>

Entretanto a presença do atendente de enfermagem é comum na maioria dos hospitais do interior do estado de São Paulo e de outros estados.<sup>(18)</sup>

O sofrimento psíquico pode estar relacionado com a hierarquia e falta de autonomia profissional. Uma vez subordinados à chefia de enfermagem, os auxiliares sentem-se submetidos ao saber técnico da enfermeira, assim como ao seu autoritarismo, gerando conflitos nas relações interpessoais dentro do trabalho.<sup>(84)</sup> Quanto menor a autonomia do trabalhador na organização da sua atividade, maiores as chances de que essa atividade gere transtornos mentais.<sup>(25)</sup>

A profissão de auxiliar de enfermagem é caracterizada pelo desempenho de atividades puramente ergonômicas, nas quais as ações mecânicas são realizadas pelo corpo e não pelo aparelho mental. Essa sobrecarga física gera uma insatisfação, pois negligencia seu potencial e transforma em sofrimento com conseqüências no desempenho das atividades.<sup>(107)</sup> Outro fator relevante e prejudicial no desempenho do trabalhador é cometer erros, muitas vezes relacionados às exigências no exercício da profissão, gerando medo de demissão e sentimento de inutilidade no desempenho de sua atividade. Com um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, fica difícil colocar as necessidades dos profissionais acima dos interesses da instituição.<sup>(16)</sup>

A faixa etária encontrada neste estudo, de 30 a 49 anos de idade, é um fator importante no desenvolvimento de transtornos mentais. Em geral, os transtornos mentais são crônicos e muitos aparecem no adulto jovem, e quanto mais velho o indivíduo, menor sua adaptação às condições estressantes no trabalho. Somam-se à tensão do trabalho, as habituais responsabilidades da vida moderna, como a necessidade de aprendizado constante e alta competitividade do mercado de trabalho. Todos esses novos desafios, somados, contribuem ainda mais para o estresse no ambiente de trabalho.<sup>(16)</sup>

Poucos foram os estudos que analisaram a jornada e o turno de trabalho dos trabalhadores envolvidos em afastamento por transtornos mentais, e destes, apenas um mencionou o período diurno como o mais envolvido.<sup>(6)</sup> A predominância de afastamentos pelos trabalhadores do turno da manhã pode ser explicada pela escala diária de atividades executadas no hospital da pesquisa. Os banhos, curativos e procedimentos são, em sua maioria realizada no período matutino exigindo, por parte do profissional, um maior desempenho e atenção. Cabe ressaltar que muitos trabalhadores se vêem obrigados a exercer dupla jornada de trabalho em razão da baixa remuneração da classe profissional.<sup>(6,16)</sup>

Um estudo que avaliou os tipos de atendimentos por problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital mineiro constatou que 43% desses atendimentos foram feitos para trabalhadores de enfermagem (correspondendo a 30,8% do total de trabalhadores) e destes 11,4% tiveram como diagnóstico transtornos mentais e comportamentais (ocupando a terceira posição). Destes diagnósticos, 282 (40,8%) estavam

relacionados ao trabalho. Apontou ainda que a maioria era do sexo feminino (92,9%), auxiliares de enfermagem (83,0%), seguidos de atendentes de enfermagem (9,6%) e enfermeiros (7,4%), com faixa etária entre 40 e 49 anos (43,3%), 50-59 (31,2%) e 30 e 39 anos, (16,0%), respectivamente. Dessa forma, esses resultados para as variáveis sexo e categoria profissional corroboram com os encontrados nesta pesquisa, porém diferem para a variável idade.<sup>(18)</sup>

### **3.1.2. Caracterização dos Trabalhadores Afastados Quanto ao Setor de Ocorrência**

A unidade hospitalar de maior ocorrência de afastamento foi o Centro Cirúrgico (17,4%), seguido da Emergência (16,0%) e UTI(s) (15,3%). Ressalta-se que os registros esporádicos, de apenas um episódio de afastamento em setor específico, ou sem identificação do setor de lotação do trabalhador foram agrupados em outros. Nestes últimos, a frequência de registros entre os enfermeiros 10 (3,4%) foi maior, sendo oito (2,7%) identificados como administrativo sem citar setor e dois (0,7%) que os dados em relação ao setor de lotação estavam em branco (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização dos trabalhadores de enfermagem afastados segundo a categoria profissional e o setor de lotação, no período de 1995 a 2004.

Setor	Categoria Profissional								Total	
	AT		AX		TE		E		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
2º Andar	4	12,9	14	5,7	-	-	-	-	18	6,1
3º Andar	1	3,2	13	5,3	-	-	-	-	14	4,8
4º Andar	16	51,6	14	5,7	-	-	1	6,3	31	10,5
5º Andar	-	-	12	4,9	-	-	-	-	12	4,1
6º Andar	-	-	16	6,5	-	-	-	-	16	5,4
U.A.	-	-	10	4,1	-	-	2	12,5	12	4,1
C.C.	4	12,9	47	19,1	-	-	-	-	51	17,4
Emergência	-	-	46	18,7	-	-	1	6,3	47	16,0
Pediatria	2	6,5	20	8,1	-	-	1	6,3	23	7,8
UTI (s)	2	6,5	41	16,7	1	0	1	6,3	45	15,3
Outros	2	6,5	13	5,3	-	-	10	62,5	25	8,5
<b>TOTAL</b>	31	10,5	246	83,7	1	0,3	16	5,5	294	100,0

**AT** = Atendente de Enfermagem; **AX** = Auxiliar de Enfermagem; **TE** = Técnico de Enfermagem; **E** = Enfermeiro. **U.A.** = Unidades Ambulatoriais (Ambulatório, Centro de Saúde Escola Estoril, Centro de Atendimento Médica do SESMT); **C.C.** = Centro Cirúrgico (Central de Material, Recuperação Pos-Anestésica e Centro Obstétrico); **Emergência** = emergência e Pronto Socorro; **UTI(s)** = todas as Unidades de Terapia Intensiva clínica e cirúrgica (geral, cardiológica, pediátrica); **Outros** = Hemodiálise, Hemodinâmica, Diálise, Enfermeira administrativa, endoscopia, quimioterapia e não especificado.

Embora o Centro Cirúrgico fosse o setor com mais afastamento, as UTIs e a Emergência merecem destaque. Segundo outros estudos que comprovam esses resultados, tais unidades exigem melhor qualificação profissional, da mesma forma que o cuidado tem maior grau de complexidade.<sup>(6,20)</sup>

As unidades críticas possuem jornada de trabalho exaustiva com presença constante de diversas intercorrências. Nesses setores, o trabalhador

lida diretamente com a morte, vivenciando sentimentos como angústia, ansiedade e depressão, o que pode desencadear alterações no seu estado emocional. O bom desempenho e a alta produtividade dos trabalhadores estão diretamente relacionados ao ambiente organizacional em que o trabalhador está inserido.<sup>(84,108,109)</sup>

Entre as unidades críticas está o centro cirúrgico, considerado um dos setores hospitalares mais desgastantes, expondo física e emocional seus trabalhadores e pacientes. O cuidado direto ao paciente por si só exige muito esforço físico do pessoal de enfermagem, agravando-se mais ainda com a maior carga de trabalho existente e característica marcante do setor. O desgaste físico aliado ao fato de o ambiente ser fechado, o que restringe a interação social, de risco, repleto de intercorrências, normas e rotinas, proporciona também o desgaste mental do trabalhador de enfermagem.<sup>(44,72,79,110,111)</sup>

Outro fator a ser considerado na ansiedade e *stress* da equipe de enfermagem deve-se à inadequação dos recursos humanos, exigência de cuidados complexos e manutenção de rigorosas técnicas de controle de infecção hospitalar. O absenteísmo gera sobrecarga de trabalho para os outros profissionais, tornando um ciclo vicioso de desgaste e desajuste mental.<sup>(79)</sup>

### 3.1.3. Caracterização dos Afastamentos Quanto ao Ano de Ocorrência

Na Tabela 3, verifica-se um aumento nos registros de afastamento por transtornos mentais a cada ano, exceto nos anos de 1997 e 1999, nos quais ocorreu uma queda nos registros em relação ao ano anterior. Em 2002 o número de registro manteve-se igual ao de 2001. A partir de 2000 o número de registros foi aumentando, e quando somado até 2004 correspondeu a 86,0% dos registros. Só no ano de 1996 é que a categoria profissional mais envolvida foi a do enfermeiro (0,7%), enquanto que nos outros anos foi a do auxiliar de enfermagem, seguida do atendente de enfermagem.

**Tabela 3.** Distribuição dos afastamentos segundo a categoria profissional e o ano, no período de 1995 a 2004.

Ano	Categoria Profissional								Total	
	AT		AX		TE		E			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1995	1	3,2	1	0,4	-	-	-	-	2	0,7
1996	1	3,2	1	0,4	-	-	2	12,5	4	1,4
1997	-	-	2	0,8	-	-	1	6,3	3	1,0
1998	5	16,1	12	4,9	-	-	-	-	17	5,8
1999	3	9,7	11	4,5	-	-	1	6,3	15	5,1
2000	3	9,7	27	11,0	-	-	1	6,3	31	10,5
2001	5	16,1	32	13,0	-	-	3	18,8	40	13,6
2002	3	9,7	35	14,2	-	-	2	12,5	40	13,6
2003	2	6,5	53	21,5	1	100,0	1	6,3	57	19,4
2004	8	25,8	72	29,3	-	-	5	31,3	85	28,9
<b>TOTAL</b>	31	10,5	246	83,7	1	0,3	16	5,5	294	100,0

AT = Atendente de Enfermagem; AX = Auxiliar de Enfermagem; TE = Técnico de Enfermagem; E = Enfermeiro.

O número crescente dos registros pode estar associado ao fato de que o conceito de transtornos mentais sofreu modificações ao longo dos últimos anos, principalmente com a reorganização e classificação diagnósticas do CID-10 a partir de 1993.

Estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais proporcionaram uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, permitindo que se conheçam as conseqüências diretas e indiretas das doenças, evidenciaram o crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nas últimas décadas, ocupando o quarto lugar entre as dez principais causas de incapacitação no mundo. No Brasil, embora o interesse na área da saúde mental venha crescendo, o número dos estudos com enfoque epidemiológico ainda é pequeno.<sup>(11,112,113)</sup>

#### **3.1.4. Caracterização Quanto o Tempo de Afastamento**

Evidenciou-se que a grande maioria dos trabalhadores nas categorias atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem e enfermeiros, necessitou ficar afastado de 15 a 29 dias (39,8%), seguido de até quatro dias (23,1%). Observou-se ainda que 13 (4,4%) dos auxiliares de enfermagem se afastaram por tempo indeterminado (Tabela 4).

Ao relacionar tempo de afastamento com setor de lotação dos 13 auxiliares afastados por tempo indeterminado, verificou-se que seis (46,2%) estavam lotados no CC, três (23,1%) em unidades especializadas, dois (15,4%) em unidades de internação e dois (15,4%) em UTI. Ressaltou-se também que,

destes 13 afastamentos, cinco (38,5%) já se afastaram do trabalho por tempo indeterminado logo no primeiro afastamento.

**Tabela 4.** Distribuição dos afastamentos segundo a categoria profissional e o tempo de afastamento, no período de 1995 a 2004.

Tempo Afastamento	Categoria Profissional								Total	
	AT		AX		TE		E			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>até 4 dias</b>	6	19,4	58	23,6	-	-	4	25,0	68	23,1
<b>5 a 9 dias</b>	5	16,1	35	14,2	-	-	4	25,0	44	15,0
<b>10 a 14 dias</b>	5	16,1	30	12,2	1	100,0	2	12,5	38	12,9
<b>15 a 29 dias</b>	13	41,9	98	39,8	-	-	6	37,5	117	39,8
<b>1 a 11 meses</b>	2	6,5	12	4,9	-	-	-	-	14	4,8
<b>Indeterminado</b>	-	-	13	5,3	-	-	-	-	13	4,4
<b>TOTAL</b>	31	10,5	246	83,7	1	0,3	16	5,5	294	100,0

**AT** = Atendente de Enfermagem; **AX** = Auxiliar de Enfermagem; **TE** = Técnico de Enfermagem; **E** = Enfermeiro.

Quanto ao período de afastamento, os resultados deste estudo diferem do encontrado na literatura, cujo tempo de afastamento foi de 11 a 15 dias (42,3%).<sup>(16)</sup>

Estudo sobre afastamento do trabalho da equipe de enfermagem de um hospital geral encontrou que 62,6% estiveram afastados de 1 a 4 dias, sendo 7,6% de enfermeiros; 1,3% de técnicos; 72,5% de auxiliares e 18,6% de atendentes.<sup>(68)</sup>

Murofuse<sup>(18)</sup> descobriu em sua pesquisa que dos 692 dos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem por motivos de transtornos mentais e comportamentais, 282 (40,8%) estavam diretamente relacionados ao

trabalho, e destes 39,4% precisaram se afastar entre 2 e 15 dias (54,1%), 16 e 30 dias (28,8%) e 1 dia (12,6%).

### **3.1.5. Caracterização dos Afastamentos Quanto ao Número de Episódios Ocorridos por Trabalhador**

A Tabela 5 traz a distribuição do número de episódios de afastamento de cada trabalhador segundo a categoria. Evidenciou-se que a maioria dos trabalhadores de enfermagem 93 (31,6%) teve apenas um episódio de afastamento, enquanto que 201 (68,4%) envolveram-se em mais episódios de afastamento.

De acordo com as categorias profissionais observamos que entre os atendentes de enfermagem um único atendente se afastou 10 vezes; entre os auxiliares de enfermagem um único auxiliar se afastou 8 vezes; entre os enfermeiros a maior frequência foi de 9 episódios, acometendo o mesmo enfermeiro. Ressalta-se, ainda, que a maioria dos trabalhadores que se afastou por mais de uma vez teve como diagnóstico médico a mesma CID (F32).

**Tabela 5.** Distribuição dos afastamentos segundo a categoria profissional e o número de episódios por trabalhador, no período de 1995 a 2004.

Número Episódios	Categoria Profissional								Total	
	AT		AX		TE		E			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	13	41,9	74	30,1	1	100,0	5	31,3	93	31,6
2	4	12,9	28	11,4	-	-	1	6,3	33	11,2
3	-	-	12	4,9	-	-	-	-	12	4,1
4	-	-	6	2,4	-	-	-	-	6	2,0
5	-	-	3	1,2	-	-	-	-	3	1,0
6	-	-	2	0,8	-	-	-	-	2	0,7
7	-	-	3	1,2	-	-	-	-	3	1,0
8	-	-	1	0,4	-	-	-	-	1	0,3
9	-	-	-	-	-	-	1	6,3	1	0,3
10	1	3,2	-	-	-	-	-	-	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>10,5</b>	<b>246</b>	<b>83,7</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>16</b>	<b>5,5</b>	<b>294</b>	<b>100,0</b>

**AT** = Atendente de Enfermagem; **AX** = Auxiliar de Enfermagem; **TE** = Técnico de Enfermagem; **E** = Enfermeiro.

Os dados desta pesquisa reforçam os dados encontrados em outro estudo realizado na mesma instituição de saúde, evidenciando que a maioria dos trabalhadores de enfermagem (57,9%) se envolveu em um episódio de afastamento do trabalho. Revelou ainda que um mesmo trabalhador de enfermagem desta instituição, nas três categorias, estava se envolvendo em mais de um episódio de afastamento do trabalho por motivo de tratamento de saúde.<sup>(68,93)</sup>

### 3.1.6. Caracterização dos Afastamentos Quanto ao Diagnóstico

Os diagnósticos médicos foram agrupados de acordo com a CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Os transtornos Mentais estão listados no capítulo V (F00-F9) em sub-grupos.

No período analisado, foram registrados diagnósticos em 7 dos 11 sub-grupos. A Tabela 6 mostra a distribuição por diagnóstico e categoria profissional. Ressalta-se que para alguns registros em um mesmo período de afastamento, foi encontrado mais de uma CID, totalizando 306 registros no total e não 294 que foi o número de registros levantados no período de 1994 a 2004.

**Tabela 6.** Distribuição dos afastamentos por diagnóstico e categoria profissional, no período de 1995 a 2004.

Subgrupos do Capítulo V	Categoria Profissional								Total	
	AT		AX		TE		E			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F.00 - F.09	3	9,7	6	2,3	-	-	-	-	9	2,9
F.10 - F.19	-	-	2	0,8	-	-	-	-	2	0,7
F.20 - F.29	1	3,2	4	1,6	-	-	2	11,1	7	2,3
F.30 - F.39	21	67,7	169	66,0	1	100,0	9	50,0	200	65,4
F.40 - F.48	6	19,4	73	28,5	-	-	7	38,9	86	28,1
F.50 - F.59	-	-	1	0,4	-	-	-	-	1	0,3
F.80 - F.89	-	-	1	0,4	-	-	-	-	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>10,1</b>	<b>256</b>	<b>83,7</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>18</b>	<b>5,9</b>	<b>306</b>	<b>100,0</b>

**AT** = Atendente de Enfermagem; **AX** = Auxiliar de Enfermagem; **TE** = Técnico de Enfermagem; **E** = Enfermeiro; **F00-F09**=Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; **F10-F19**=Transtornos mentais comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; **F20-F29**=Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; **F30-F39**=Transtornos do humor [afetivos]; **F40-F48**=Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes; **F50-F59**=Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; **F80-F89**=Transtornos do desenvolvimento psicológico.

O subgrupo de maior registro foi o de transtornos do humor afetivo – F.30–F.39 200 (65,4%), seguidos dos transtornos neuróticos relacionados com *stress* e transtornos somatoformes – F.40–F.48- 86 (28,1%). Em menor frequência apareceram os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos - F.00-F.09 - 9 (2,9%), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes - F.20-F.29 – 7 (2,3%); transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa - F.10 -F.19 – 2 (0,7%); e com frequências iguais as síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos F.50-F.59 (0,3%) e os transtornos do desenvolvimento psicológico F.80 - F.89 (0,3%). Os subgrupos F.60 - F.69, F.70 - F.79, F.80 - F.89, F.90 - F.98 e F.99 não tiveram registro.

Dos 200 registros por transtornos de humor, 24 (12%) foram classificados como transtorno afetivo bipolar (F.31), 120 (60%) por episódios depressivos (F.32) e 34 (17%) por transtorno depressivo recorrente (F.33).

Dos 120 registros por episódios depressivos, a maioria 59 (49,2%), correspondeu a episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F.32.2), seguido de 26 (22,0%) episódios depressivos moderados (F.32.1). Dentre os transtornos depressivos recorrentes (F33), a maior frequência foi para o episódio grave sem sintomas (F.33.2).

Embora os dados desta pesquisa apontem apenas a frequência em trabalhadores de enfermagem de um hospital geral, reforçam que a prevalência é alta, constituindo um problema de saúde pública visto que seus sintomas apresentam variações individuais mesclando-se às vezes à irritabilidade e ao consumo de álcool.<sup>(20,114)</sup>

Um dos transtornos característico é a presença de ansiedade, desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentem nenhum perigo real. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e freqüentemente se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica freqüentemente se associa a uma depressão. Agrupam-se nas seguintes categorias: F.40-Transtornos fóbico-ansiosos, F.41-Outros transtornos ansiosos, F.42-Transtorno obsessivo-compulsivo, F.43-Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação, F.44-Transtornos dissociativos [de conversão], F.45-Transtornos somatoformes e F.48-Outros transtornos neuróticos.<sup>(101)</sup>

Dos 86 registros correspondentes aos transtornos de neuróticos destacaram outros transtornos ansiosos – F.41 com 22 (39,3%) dos diagnósticos e reações ao "stress" grave e transtorno de adaptação- F.43.

Nas reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação, a caracterização não está exclusivamente na sintomatologia e evolução da doença, mas sim na existência de fatores causais como: um acontecimento estressante ou uma alteração marcante na vida do sujeito que comporta conseqüências desagradáveis e duradouras desencadeia uma reação de "stress" aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta conseqüências desagradáveis e duradouras levando-o a um transtorno de adaptação. Os transtornos aqui reunidos podem ser

considerados como respostas inadequadas a consequência direta de um acontecimento estressante agudo ou de circunstâncias penosas persistentes.<sup>(101)</sup>

O trabalho pode interferir negativamente na saúde mental dos trabalhadores. Nessa relação uma série de aspectos podem ser considerados para desencadear as alterações, que vão desde fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos a organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional.<sup>(18)</sup>

Os dados encontrados nesta pesquisa assemelham-se a outros dois estudos. Um avaliou quais os distúrbios mentais encontrados com maior frequência nos servidores da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e o outro a causa do adoecimento dos trabalhadores de enfermagem de um hospital mineiro. Em ambas as pesquisas os transtornos de humor afetivo - F30-F39 (64,3% e 54,3%) seguidos dos transtornos neuróticos, transtornos de relacionados com o *stress* e somatoformes - F40-F49 (8,6% e 28,8%) foram os mais freqüentes.<sup>(18,20)</sup>

Santos<sup>(20)</sup> descobriu que os tipos mais freqüentes entre os transtornos de humor afetivos foram: maníacos, depressivo, bipolar e entre os transtornos neuróticos: fóbico, ansiedade, compulsivo, neurastênico. Quando analisados segundo o gênero, nas mulheres as ocorrências foram de transtornos de humor afetivo (67,5%), seguidos dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o *stress* e somatoformes (22,5%) e esquizofrenia, transtornos

---

esquizotípicos e delirantes (7,5%). Entre os homens foram os transtornos de humor afetivo (57,1%), seguidos dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o *stress* e somatoformes (28,6%) e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, (11,4%). Os transtornos F00-F009, F20-F20 e F90-F99 tiveram ocorrências menores.

Murofuse<sup>(18)</sup> encontrou que entre os atendimentos médicos enquadrados no grupo dos Transtornos Mentais e Comportamentais 40,8% dos diagnósticos poderiam ter relação com a ocupação. Os transtornos de humor afetivos e episódios depressivos foram os mais freqüentes e envolvendo os auxiliares de enfermagem, sendo 66,3% mulheres e 6,03% homens, seguidos das reações ao *stress* grave e transtornos de adaptação em 14,9% das mulheres.

Selligmann-Silva<sup>(15)</sup> ressalta que os riscos físicos, químicos e biológicos vinculados à execução do trabalho interferem nos processos mentais e na dinâmica relacionada à saúde mental, alertando ser necessário saber reconhecer os sinais de riscos à saúde mental existente no ambiente laboral, visto que as doenças mentais expressam-se de forma peculiar, com sintomas e síndromes classicamente conhecidos pela psiquiatria, porém muitas vezes as doenças apresentam-se diversificadas, silenciosas e invisíveis. Afirma ainda que, as características assumidas pelas organizações do trabalho repercutem na vida afetiva dos trabalhadores.

Estudos apontam que os trabalhadores de enfermagem em ambiente hospitalar apresentam repercussões negativas em sua saúde que podem ser decorrentes do trabalho. O trabalho nesse ambiente é caracterizado como penoso, além de ser marcado por intenso sofrimento decorrente do contato

---

direto e constante com situações geradoras de ansiedade, que podem desencadear desgaste físico e mental.<sup>(14,18,68,116-118)</sup>

Salienta-se ainda que os dois diagnósticos de maior frequência nesse estudo, episódios depressivos e as reações ao “*stress*” grave e transtorno de adaptação, são de doenças que podem ser relacionadas ao trabalho conforme se verifica na listagem de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho de acordo com o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, publicado em 2001 pelo Ministério da Saúde / Organização Pan-Americana de Saúde.<sup>(119)</sup>

Estatísticas apontam que de 30 a 40% dos trabalhadores empregados no mundo apresentam algum tipo de transtorno mental. Os transtornos mentais menores acometem 30% dos trabalhadores e os transtornos mentais graves de 5 a 10%. No Brasil, os distúrbios psíquicos ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefício previdenciário, com afastamento do trabalho em tempo superior a 15 dias e de auxílio doença por invalidez.<sup>(23,113,120)</sup>

Avelato<sup>(121)</sup> afirma que vem ocorrendo um significativo aumento no percentual de indivíduos padecendo de alguma forma de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Tal fato pode ser observado tanto nos indicadores estatísticos de fontes diversas como por meio dos registros de pesquisas e depoimentos das equipes médicas envolvidas com o atendimento de pessoas em idade produtiva, confirmando os episódios depressivos, sintomas de *Burnout*, distúrbios de sono, sintomas de *stress* grave e outros, assim como a procura e o consumo de drogas, tranqüilizantes e correlatos.

Essa mesma autora lembra ainda que o sofrimento psíquico enfrenta muito preconceito e desinformação. Quando o indivíduo padece de doença física, a dor pode ser aceita e até comprovada, mas no caso de uma doença psíquica, por qualquer causa, tende esconder seus sintomas, sugerindo fraqueza pessoal, que não se esforça o suficiente ou que está fazendo "corpo mole", contrariando a imagem de virilidade e qualificação do trabalhador.

A determinação do diagnóstico das doenças mentais e do comportamento relacionados ou não ao trabalho é difícil, visto que existem muitos fatores envolvidos e que devem ser considerados na relação com o trabalho. A melhor forma de diminuir os agravos é a prevenção, que pode e deve ser monitorada pelos procedimentos de vigilância aos agravos à saúde do trabalhador e dos ambientes e condições de trabalho.<sup>(119)</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já em 1992 declarou que o *stress* é considerado o "mal do século", sendo encarado atualmente como sinônimo de diversas manifestações orgânicas e psicológicas como: fadiga, ansiedade, depressão, nervosismo, desânimo, irritabilidade e desinteresse pelo trabalho. O trabalhador depressivo ou estressado não pode ser plenamente produtivo e, muito menos, feliz.<sup>(19,25,36,69)</sup>

Em um estudo realizado em instituição hospitalar, dos 79 registros de afastamentos por transtornos mentais, 21,5% foram por transtorno de humor. Esse tipo de transtorno interfere seriamente na qualidade de vida do profissional atingindo seu ambiente familiar e pessoal. A perda do interesse pela atividade desenvolvida é o primeiro sinal identificável no trabalhador.

Tipicamente há perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa que se somam ao aparecimento de sintomas somáticos.<sup>(16)</sup>

Estudo sobre análise da morbidade dos transtornos mentais realizados nos serviços ambulatoriais e de emergência psiquiátrica do SUS, durante o ano de 2002, revelou que nos serviços ambulatoriais, 65% eram mulheres com diagnóstico de transtornos de humor (49%), transtornos neuróticos relacionados com o *stress* e somatoformes (19%); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (14%); transtornos mentais e comportamentais decorrente do uso de álcool (4%), drogas (1%) e outros (13%). No serviço de emergência psiquiátrica 36% tinham transtorno de humor, seguidos pelos transtornos mentais e comportamentais decorrente do uso de álcool (23%); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (21%); transtornos neuróticos, relacionados com o *stress* e somatoformes (13%) e os transtornos mentais e comportamentais relativos ao uso de drogas (3%).<sup>(122)</sup>

Os resultados apresentados evidenciam que os trabalhadores de enfermagem da instituição estudada vêm apresentando problemas de saúde, sugestivos de uma relação direta com o trabalho, visto que as unidades consideradas críticas (CC, UTI e emergência) foram as mais atingidas.

Assim, visando atender um dos objetivos propostos e diante dos resultados obtidos, o setor de maior ocorrência de afastamento do trabalho por transtornos mentais na enfermagem foi a UCC, cujos resultados serão detalhados a seguir.

### **3.2. Unidade de Estudo: Centro Cirúrgico/UCC**

Dos 153 trabalhadores que compunham a equipe de enfermagem da UCC, 24 (15,7%) não participaram da pesquisa por atenderem aos critérios de exclusão estabelecidos. Destes 16 (10,5%) estavam afastados por motivo de licença saúde, 3 (2,0%) estavam de férias, não foi possível entrevistar 4 (2,6%) durante o período proposto para a coleta de dados e 1 (0,7%) se recusou a participar.

Dos que estavam de licença saúde e segundo informações dos próprios trabalhadores entrevistados e da gerente da unidade a causas de afastamento foram: 7 por problemas psicológicos, 3 por câncer, 2 por conjuntivite, 2 por trauma decorrentes de acidente de trabalho e de percurso, 1 por tuberculose e 1 por dengue).

Portanto, foram entrevistados 129 (84,3%) trabalhadores de enfermagem da UCC, no entanto, apenas 79 (61,2%) devolveram os inventários preenchidos (Tabela 7).

**Tabela 7.** Distribuição da população de enfermagem da UCC por categoria profissional e turno de trabalho, no ano de 2006.

	Manhã (n=60)			Tarde (n=62)			Noite (n=31)			Total	
	AX	TE	E	AX	TE	E	AX	TE	E	N	%
<b>Equipe</b>	53	2	5	53	6	3	27	2	2	153	100,0
<b>L.M.</b>	4	-	-	6	-	-	6	-	-	16	10,5
<b>Férias</b>	1	-	-	-	-	-	1	1	-	3	1,3
<b>Subtotal</b>	48	2	5	47	6	3	20	1	2		
	55			56			23			134	87,6
<b>N.E.</b>	-	-	1	1	-	1	1	-	-	4	3,0
<b>Recusou</b>	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7
<b>Entrevistado</b>	48	2	4	46	6	2	19	1	2		
<b>Subtotal</b>	54			54			22			129	96,3
<b>Q.D.</b>	27	2	4	29	5	2	8	1	1		
<b>Subtotal</b>	33			36			10			79	61,2

AX = Auxiliar de Enfermagem; TE = Técnico de Enfermagem; E = Enfermeiro. L.M.= Licença Médica; N.E.= Não Entrevistado; Q.D.= Questionários devolvidos.

### 3.2.1. Caracterização Sócio-Demográfica da População da UCC (n=79)

Dos 129 questionários entregues, 79 (61,2%) retornaram respondidos. A priori, serão apresentados os dados referentes à entrevista semi-estruturada, que diz respeito ao perfil sócio-demográfico da população como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, turno de trabalho, jornada de trabalho e tempo de trabalho na enfermagem.

A Tabela 8 evidencia que a maioria dos participantes era auxiliar de enfermagem (64; 81,0%), do sexo feminino (79; 88,6%), com média de idade de 36 anos (69,5%), com primeiro grau completo (46; 58,2%) e turno de 6 horas (67; 84,8%). Quanto ao estado civil, 30 eram solteiros (38,0%) e 32

casados (40,5%); turno de trabalho, manhã 35 (44,3%) e tarde 34 (43,0%); tempo de trabalho no setor, 1 a 5 anos 37 (46,8%) e 6 a 15 anos 32 (40,5%); e tempo de trabalho na enfermagem 1 a 5 anos 28 (35,4%), 6 a 15 anos (32,9%) e mais de 6 anos 24 (30,4%).

**Tabela 8.** Distribuição sócio-demográfica da população de enfermagem da UCC, no ano de 2006.

Identificação	Categoria Profissional						Total	
	AX		TE		E		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>								
Feminino	55	85,9	8	100,0	7	100,0	70	88,6
Masculino	9	14,1	-	-	-	-	9	11,4
<b>Faixa Etária (anos)</b>								
20 a 30	20	31,3	5	62,5	3	42,9	28	35,5
31 a 40	23	35,9	1	12,5	2	28,6	26	32,9
41 a 50	14	21,9	1	12,5	2	28,6	17	21,5
51 a 60	7	10,9	1	12,5	-	-	8	10,1
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	22	34,4	5	62,5	3	42,9	30	38,0
Casado	29	45,3	2	27,5	1	14,3	32	40,5
Outros*	13	20,3	1	12,5	3	42,9	17	21,5
<b>Grau de Escolaridade</b>								
1º Grau completo	42	65,6	4	50,0	-	-	46	58,2
2º Grau completo	18	28,1	4	50,0	-	-	22	27,8
Superior completo	4	6,3	-	-	7	100,0	11	13,9
<b>Turno de Trabalho</b>								
Matutino	28	43,8	2	14,3	5	71,4	35	44,3
Vespertino	28	43,8	5	71,4	1	14,3	34	43,0
Noturno	8	12,5	1	14,3	1	14,3	10	12,7
<b>Jornada de trabalho</b>								
6 horas	55	85,9	8	100,0	4	57,1	67	84,8
8 horas	1	1,6	-	-	2	28,6	3	3,8
12/36 horas	8	12,5	-	-	1	14,3	9	11,4
<b>Tempo de trabalho no setor (anos)</b>								
< 1	4	6,3	-	-	-	-	4	5,1
1 a 5	27	42,2	6	75,0	4	57,1	37	46,8
6 a 15	27	42,2	2	25,0	3	42,9	32	40,5
16 e mais	6	9,4	-	-	-	-	6	7,6
<b>Tempo de trabalho na enfermagem (anos)</b>								
< 1	1	1,6	-	-	-	-	1	1,3
1 a 5	24	37,5	2	25,0	2	28,6	28	35,4
6 a 15	17	26,6	4	50,0	5	71,4	26	32,9
16 e mais	22	34,4	2	25,0	-	-	24	30,4
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>81,0</b>	<b>8</b>	<b>10,1</b>	<b>7</b>	<b>8,9</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

\*Outros = união consensual, viuvez, separação conjugal. AX = Auxiliar de Enfermagem; TE = Técnico de Enfermagem; E = Enfermeiro.

Nesta pesquisa ratifica-se que, a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina no Brasil como em outros países.<sup>(123)</sup>

Resultados semelhantes quanto ao gênero foram encontrados em pesquisas que avaliaram a saúde e adoecimento da enfermagem, tendo como objeto de estudo enfermeiros,<sup>(3,30,41,44,52,71-74,76,78,80,84,87,91,92,105,118,123-131,147,158,174)</sup> equipe de enfermagem<sup>(5,-8,14-16,18,19,40,42,51,53,55,59,60,62-71,77,79,81-83,85,86,89,93-95,109,111,116,117,132-138)</sup> e acadêmicos de enfermagem<sup>(139-145)</sup> os quais verificaram um percentual de 75 a 90% para o sexo feminino.

Dos estudos que pesquisaram sobre o *stress* especificamente na UCC incluindo a Recuperação Pós-anestésica e Central de Material a maioria avaliou o enfermeiro.<sup>(3,44,76,91,124,131,147,158,175)</sup>

Pesquisa sobre o *stress* na atuação do enfermeiro do CC descobriu que os participantes eram do sexo feminino (95,5%), com faixa etária de 20-30 anos (65,0%), tempo de formada de 0-5 anos (55,0%) e com 1-2 anos de atuação no CC (60%).<sup>(43)</sup>

Essa mesma autora, em estudo comparativo do nível de *stress* do enfermeiro de CC e de outras unidades hospitalares, apontou que a maioria era mulheres (93,2%), com idade de 20-40 anos (81,4%), tempo de formadas - 10 anos (59,3%).<sup>(91)</sup>

Peniche, Nunes<sup>(131)</sup> que estudou estresse-ansiedade do enfermeiro em sala de recuperação anestésica, descobriu que 90% das enfermeiras atuantes em sala de recuperação anestésica (SRA) eram mulheres e com faixa etária distribuída entre 31 a 40 anos (50%), tempo de formação de 10 anos ou mais (43%), e tempo de atuação em SRA de 5 anos (64%).

Guido<sup>(3)</sup> pesquisou *stress* e *coping* entre enfermeiros de CC e RPA. Os dados indicam que a maioria era mulheres, 30-40 anos, tempo de serviço de anos instituição 1-10 anos e tempo de formadas de 11-20 anos.

Aquino<sup>(147)</sup> que avaliou estressores no trabalho das enfermeiras em CC encontrou que maioria era mulheres, casadas, faixa etária de 32 a 57 anos, tempo de trabalho na instituição de 8 a 29 meses e tempo de trabalho no CC 1 a 24 meses e do turno matutino.

Em pesquisa realizada por Carvalho, Lima<sup>(79)</sup> os resultados encontrados indicam que 92% eram auxiliares de enfermagem, do sexo feminino (84%), faixa etária de 23 a 40 anos (73,5%), casados (46%), com 2º grau (44%) e tempo médio de formado de 12 anos.

Os resultados do estudo de Peniche<sup>(111)</sup> foram que 94,74% eram do sexo feminino, com faixa etária de 31 a 40 anos (52,63%), auxiliares (68,42%) e técnicos de enfermagem (31,58%) com tempo de atuação em CC de oito anos e 9 meses.

Os dados desta pesquisa corroboram aos encontrados na literatura, referentes especificamente à questão do *stress* envolvendo a equipe de enfermagem do CC, evidenciando que a equipe de enfermagem é formada em sua maioria por mulheres, auxiliares de enfermagem, jovens com faixa etária entre 23 a 40 anos<sup>(7,79,111)</sup>, casadas<sup>(79,111)</sup>, com segundo grau, tempo médio de formada de 12 anos<sup>(79)</sup> e trabalhavam no setor em média a 8 anos.<sup>(111)</sup>

Pesquisa que analisou o estresse ocupacional da equipe de enfermagem em dois setores fechados (CC e CTI) obteve que, sua população era feminina, solteira, auxiliares e técnicos de enfermagem, com idade entre 23 a 30 anos,

com ensino fundamental, com apenas um vínculo empregatício e trabalhava, na instituição de 2 a 5 anos.<sup>(7)</sup>

### **3.2.2. Caracterização da Atividade Profissional da População da UCC (n=79)**

A Tabela 9 apresenta os resultados em relação ao tempo de trabalho na instituição, tipo de atividade desenvolvida, se tem outro emprego, se gosta do trabalho que realiza, relacionamento com os colegas e chefia, situações no seu trabalho que causam desconforto, se procurou ajuda em decorrência dos problemas anteriores, se precisou tirar licença média e/ou afastar-se do trabalho, e se faz uso de medicações.

Verificou-se que quanto ao trabalho realizado na UCC a maioria trabalha na instituição de 1 a 5 anos 71 (89,9%), exerce atividade de circulante de sala 27 (34,2%), não tem outro emprego 56 (70,9%), gosta do que faz 75 (94,9%), tem bom relacionamento com os colegas 73 (92,4%) e com a chefia 71 (89,9%). Dos que referiram ter dupla jornada 16 (20,3%) a realizam na enfermagem.

Evidenciou-se ainda, que 24 (30,4%) trabalhadores de enfermagem, exceto as enfermeiras, referiram desenvolver mais de uma atividade na UCC tais como: circulante e instrumentador, circulante e assistencial na sala de recuperação pós-anestésica (interna e/ou externa), as três juntas ou até uma quarta função que é auxiliar como técnico de anestesia.

**Tabela 9.** Distribuição da população de enfermagem da UCC segundo a categoria profissional e as variáveis em relação ao trabalho, no ano de 2006.

Variáveis	Categoria Profissional						Total	
	AX		TE		E			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tempo trabalho na instituição (anos)</b>								
<1	2	3,1	-	-	-	-	2	2,5
1 a 5	31	48,4	6	75,0	4	57,1	41	51,9
6 a 15	25	39,1	2	2,5	3	42,9	30	38,0
16 e mais	6	9,4	-	-	-	-	6	7,6
<b>Tipo de atividade desenvolvida no setor</b>								
Instrumentador	4	6,3	-	-	-	-	4	5,1
Circulante	22	34,4	5	62,5	-	-	27	34,2
Técnico anestesia	8	12,5	-	-	-	-	8	10,1
Recuperação	7	10,9	2	25,0	2	28,6	11	13,9
Pós anestésica								
+ de uma atividade	23	35,9	1	12,5	-	-	24	30,4
Administrativa	-	-	-	-	5	71,4	5	6,3
<b>Jornada dupla de trabalho</b>								
Sim	19	29,7	3	37,5	1	14,3	23	29,1
Não	45	70,3	5	62,5	6	85,7	56	70,9
<b>Gosta trabalho</b>								
Sim	61	95,3	7	87,5	6	85,7	74	93,7
Não	3	4,7	1	12,5	1	14,3	5	6,3
<b>Relacionamento colegas</b>								
Bom	58	90,6	8	100,0	7	100,0	73	92,4
Regular	5	7,8	-	-	-	-	5	6,3
Ruim	1	1,6	-	-	-	-	1	1,3
<b>Relacionamento chefia</b>								
Bom	59	92,2	7	87,5	5	71,4	71	89,9
Regular	4	6,3	1	12,5	2	28,6	7	8,9
Ruim	1	1,6	-	-	-	-	1	1,3
<b>Situações de mal-estar</b>								
Sim	55	85,9	8	100,0	7	100,0	70	88,6
Não	9	14,1	-	-	-	-	9	11,4
<b>Procurou ajuda</b>								
Sim	11	17,2	1	12,5	2	28,6	14	17,7
Não	53	83,8	7	87,5	5	71,4	65	82,3
<b>Licença Médica e Afastamento trabalho</b>								
Sim	6	9,4	1	12,5	2	28,6	9	11,4
Não	58	90,6	7	87,5	5	71,4	70	88,6
<b>Uso de medicação</b>								
Sim	13	20,3	2	25,0	1	14,3	16	20,3
Não	51	79,7	6	75,0	6	85,7	63	79,7
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>81,0</b>	<b>8</b>	<b>10,1</b>	<b>7</b>	<b>8,9</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

AX = Auxiliar de Enfermagem; TE = Técnico de Enfermagem; E = Enfermeiro; Rec. Pós anestésica = Recuperação pós anestésica interna e externa.

Pelo relato dos participantes deste estudo constatou-se que o processo de trabalho do auxiliar de enfermagem da UCC desta instituição envolve também ações de instrumentação cirúrgica e de técnico de anestesia. Esta última constitui-se na realização de ações de auxílio ao médico anestesista. Ambas têm suas atividades supervisionadas pelo gerente de enfermagem do setor.

Pela Resolução COFEN nº214/1998, a instrumentação cirúrgica inclui-se entre uma das atividades de enfermagem, destacando que quando o instrumentador for um profissional de enfermagem, subordina-se exclusivamente ao enfermeiro responsável técnico pela Unidade.<sup>(106)</sup>

Assim, as atividades desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem da instituição campo de pesquisa, no auxílio ao médico anestesista no procedimento anestésico, apesar do uso inadequado da denominação de “técnico de anestesia”, respeita os preceitos éticos e legais da profissão.

As cinco enfermeiras que participaram do estudo relataram ter função muito mais administrativa que assistencial, sendo responsável, cada qual pelo seu setor, pela equipe de enfermagem, recuperação pós-operatória externa (pacientes que não precisam ficar internado e de menor gravidade), controle das salas de cirurgias na distribuição da escala diária e seleção de prioridades para as de urgência, controle de material, participação em cursos de capacitação, entre outras.

As atividades administrativas durante a semana são separadas em dois blocos, o formado pelas salas cirúrgicas dos pacientes SUS e do convênio ou particular, e não responsáveis pela recuperação pós-operatória interna

(pacientes graves). Porém, no final de semana trabalham em esquema de escala de plantão assumindo todo o setor, e muitas vezes apenas uma enfermeira trabalha.

As descrições das atividades relatadas pelas enfermeiras neste estudo estão de acordo com outros estudos. O enfermeiro da UCC executa muito mais atividades administrativas do que assistenciais, se distanciando da prática e do cuidado direto ao paciente. No entanto, para prestar a assistência integral ao paciente do CC é importante que ambas as atividades, administrativas e assistenciais estejam presentes.<sup>(44,87,148)</sup>

Guedes<sup>(149)</sup> salienta que na UCC o enfermeiro é o profissional mais capacitado técnica e cientificamente para prestar os cuidados ao paciente, e se não o coloca em primeiro plano, suas ações irão se voltar para o administrativo, atendendo as demandas cirúrgicas, controlando material, equipamentos e pessoal.

Quando questionados se durante o trabalho na UCC ocorrem situações que levam a um mal-estar no trabalho, 70 (88,6%) afirmaram que sim, e quando esta situação interfere na sua vida, relataram não procurar ajuda 65 (82,3%), justificando ser para não perder os benefícios do emprego na instituição como vale refeição, direito a folgas e não ser visto pelos colegas e chefia com “outros olhos”. Os 9 (11,4%) que referiram não ter situações que levam ao mal-estar, relataram que as mesmas fazem parte do funcionamento da UCC, “elas existem estão ali e pronto”, é só você não ligar, pois se “ligar” elas interferem na sua vida e você acaba ficando “louco”. No entanto, esses

mesmos participantes referiram que às vezes as “coisas” fogem do controle, e, portanto não conseguem “desligar”.

Os 14 (17,7%) que referiram procurar ajuda, o fizeram quando o mal-estar extrapolou os “seus limites”, 5 (6,3%) procuraram ajuda de psicólogos e 9 (11,4%) do médico, e destes todos precisaram tirar licença médica e se afastar do trabalho. Ressalta-se que dos 9 que precisaram se afastar, 6 (66,7%) se afastaram uma vez e 3 (33,3%) mais de uma vez.

Os 16 (20,3%) que relataram ter utilizado medicação, 9 (11,4%) foram com prescrição médica, e 7 (8,9%) relataram auto-medicação. Ressalta-se ainda que dos 9 que receberam medicação por prescrição médica, 5 (55,6%) ainda fazem uso da medicação, embora tenham terminado o tratamento. Relataram fazer uso da medicação por conta própria durante as “crises”, sinalizando que estão se auto-medicando, embora durante a entrevista quando questionados se isto não era auto-medicação os mesmos alegaram que não, referindo que eles seguem a prescrição médica. Quando questionados se não tinham medo de fazer uso destas medicações responderam “um pouco”, justificando que o médico tinha prescrito para a amiga de trabalho que tinha os mesmos sintomas, e se foi bom para a amiga também seria para eles. Finalizam afirmando que a medicação faz bem e usam quando precisam ou estão “em crise” e que quando melhoram para de tomar o remédio, afirmando que não são dependentes da medicação, pois não precisam tomá-la todos os dias.

As medicações mais citadas foram: 7 (43,8%) funcionários usaram os Inibidores Seletivos da Recaptção de Serotonina/IRSS (Sertralina e

Fluoxetina), 3 (18,8%) Antidepressivos tri-cíclicos (Amitriptilina, Imipramina e Nortriptina), 3 (18,8%) Benzodiazepínicos (Bromazepam e Alprazolam) e 3 (18,8%) Ansiolítico (Rivotril).

Estima-se que 10% da população fizeram uso de algum tipo de medicação psicotrópica no período de um ano, com uma prevalência de consumo aproximada de 14% entre as mulheres e de 5% entre os homens. Os benzodiazepínicos são os mais consumidos, prescritos pelo clínico geral (60%), cardiologistas (15%) e psiquiatras (10%).<sup>(9)</sup>

Dentre as atividades realizadas pela equipe de enfermagem na UCC a atividade do circulante de sala de operações é complexa, exigindo um profissional ativo, com habilidade técnica, concentração e estabilidade emocional. Tudo isso, somado à duração das cirurgias e as características peculiares do ambiente cirúrgico e de cada equipe cirúrgica, contribuem para desencadear alterações do estado emocional deste profissional, como a ansiedade além de influenciar no desempenho de suas tarefas.<sup>(111)</sup>

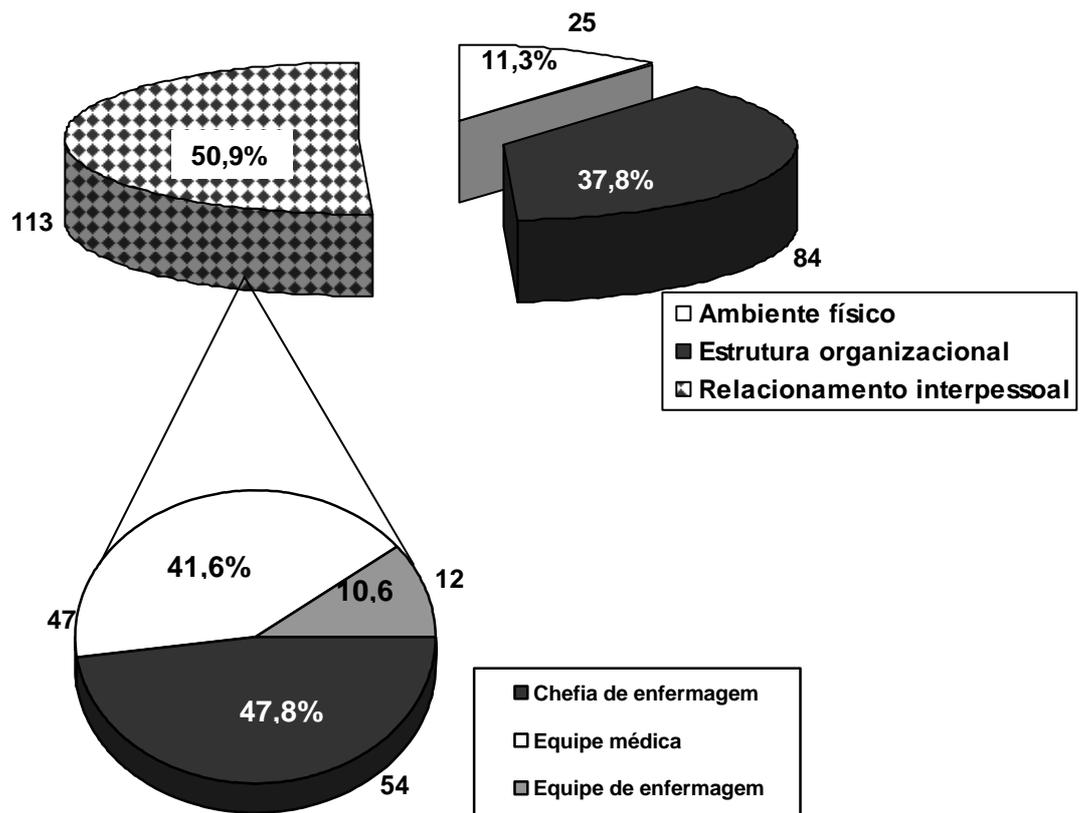
Nesse contexto de atividade complexa, o enfermeiro seria o profissional mais qualificado para essa função, pois tem capacidade técnica e científica para resolver e lidar com as situações corriqueiras e de emergências, diminuindo assim a exposição do cliente a riscos e conseqüências graves e irreparáveis. Porém, na realidade da enfermagem brasileira essa função é delegada aos técnicos e auxiliares de enfermagem que assumem a atividade de circulante de sala.<sup>(111)</sup>

Outras pesquisas ressaltam que não há diferença na execução de atividades entre as categorias profissionais, o que pode interferir diretamente

no desempenho profissional. Responsabilidades na execução das atividades e tarefas aliados a outros fatores decorrentes da própria organização do trabalho em instituições hospitalares expõe o trabalhador a risco de ordem psicológica, considerados fatores desencadeantes tanto do *stress* quanto da depressão e ansiedade. <sup>(25,84,93,118,150,151)</sup>

Dos 70 trabalhadores que indicaram haver situações de mal estar durante o trabalho na UCC, foram computadas 222 causas, assim distribuídas: 29 trabalhadores apontaram duas causas, 20 indicaram três causas, oito descreveram quatro causas, 6 citaram cinco causas, 7 apontaram seis causas. As respostas foram agrupadas de acordo com suas especificidades. Os principais estressores apontados foram: 50,9% relacionamento interpessoal e profissional entre médicos, chefia e equipe de enfermagem, 37,8% com a estrutura organizacional e 11,3% com o ambiente físico da UCC (Figura 1).

As respostas em relação ao relacionamento interpessoal e profissional foram subdivididas em: situações relacionadas com a chefia de enfermagem 54 respostas (47,8%), com a equipe médica 47 respostas (41,6%) e equipe de enfermagem 12 respostas (10,6%) (Figura 1).



**Figura 1.** Distribuição das 222 causas apontadas como geradoras de mal estar entre os trabalhadores de enfermagem da UCC.

Os problemas de relacionamento interpessoal e profissional com a chefia de enfermagem, ora estavam relacionados à chefia imediata ora com a mediata, e por questões éticas optamos por agrupar as duas em uma só. (Quadro 3 - Apêndice 1)

Do relacionamento interpessoal e profissional com a equipe médica, referiram que os mesmo são “muito estressados” e não valorizam a enfermagem. Pesquisa que avaliou *stress* da equipe multiprofissional na sala de cirurgia relata que “os cirurgiões disseram não gostar da espera e demora” para o início de cirurgias agendadas e no intervalo entre uma e outra. Tais

fatos geralmente acabam resultando em discussões com a equipe de enfermagem.<sup>(152)</sup>

Estudos apontam que os próprios cirurgiões admitiram ser desencadeadores de *stress*.<sup>(87,152,153)</sup> Fato este, que segundo a autora, pode estar relacionado as características de comportamento do cirurgião como: perfeccionismo, exigente, irritação e perda de controle.<sup>(152)</sup>

Do relacionamento interpessoal e profissional entre equipe de enfermagem, as principais queixas foram em relação à colaboração e companheirismo.

Há uma grande diversidade entre os profissionais da UCC no que diz respeito à formação, o que pode gerar problemas de relacionamento e comunicação, apontados como fatores geradores de conflitos e divergências neste setor. Os conflitos podem ser tanto destrutivo como construtivo, e dependendo da forma como são conduzidos podem evoluir para o *stress*.<sup>(87,154)</sup>

Os problemas de comunicação e de responsabilidade com materiais, tanto dos cirurgiões como materiais de alto custo, também foram apontados em outro estudo, e também são fatores que interferem na dinâmica e funcionamento unidade. A comunicação é identificada como um importante instrumento de trabalho.<sup>(87,153)</sup>

Com relação à estrutura organizacional apontaram problemas como excesso de horas seguidas trabalhadas, principalmente em relação à substituição de colega, na ausência deste (dobra de plantão); falta de material; número reduzido de profissionais de enfermagem para trabalhar por plantões, principalmente no noturno; falta de companheirismo por parte da equipe de

---

enfermagem; pressão constante tanto dos médicos como da chefia para arrumar a sala para outra cirurgia; pressão nas trocas de plantões (agilidade e eficiência); sobrecarga de trabalho; responsabilidade excessiva pelos materiais (tanto do próprio da UCC como particulares de alguns médicos); burocracia e lidar com pacientes graves na recuperação pós-cirurgia.

As questões número insuficiente de pessoal, sobrecarga de trabalho e conflitos entre membros da equipe foram apontados também como causa de *stress* em enfermeiros em pesquisa realizada por Guedes.<sup>(149)</sup>

Pafaro, De Marino<sup>(41)</sup> ressaltam que o conjunto de sintomas psicossomáticos (tensão muscular, cefaléias, hipertensão, entre outros) e emocionais (irritabilidade, impaciência, ansiedade, distanciamento afetivo etc.) interferem diretamente no inter-relacionamento pessoal e conseqüentemente na relação profissional.

Diante do exposto, observa-se certa dicotomia, os participantes relataram ter bom relacionamento tanto com os colegas de trabalho como com a chefia, porém as situações apontadas como de mal estar sugeriram problemas no relacionamento entre chefia e equipe de enfermagem.

Outro fator apontado no que diz a estrutura organizacional foi em relação aos 15 minutos de descanso, onde relataram que muitas vezes apenas passam o cartão e voltam a trabalhar, ou ainda, estão “em campo” (circulando, instrumentando) e como não podem sair pedem para alguém passar o cartão. Referiram que se não passar o cartão recebem punição da chefia.

A Constituição Federal estabelece em seu Cap. II, como um direito social dos trabalhadores, a “redução dos riscos inerentes ao trabalho” mediante a

---

aplicação de normas de saúde, higiene e segurança (artigo 7.º, inciso XXII). Entre elas está o período de descanso previsto em legislação, começando pelo intervalo intrajornada, que é destinado ao descanso e refeição. Os períodos de descanso têm como objetivo recompor as energias despendidas pelo trabalhador durante a jornada de trabalho estando diretamente vinculados às questões de Medicina e Segurança do Trabalho.<sup>(155)</sup>

O intervalo de 15 minutos para lanche ou descanso, é intervalo obrigatório para todos os empregados que tenham jornada de 6 horas (art. 224, § 1º e art. 71 da CLT). A legislação prevê também que se esse intervalo não for concedido, o empregado deve receber o intervalo não concedido com acréscimo de pelo menos 50% sobre o valor da remuneração normal, nos termos do parágrafo 4º do artigo 71 da CLT.<sup>(156)</sup>

Em relação ao ambiente físico foram agrupados os relacionados ao barulho que referiram ser constantes e oriundos das bombas, monitores, equipamentos, alarmes, trabalho noturno, com jornada longa, muitas vezes sem descanso por falta de funcionário e ambiente fechado, onde muitas vezes não conversam com ninguém e quando conversam o assunto é de trabalho.

O ruído além de trazer implicações de perda auditiva afeta a comunicação e prejudica as relações interpessoais, o desempenho do trabalhador e possibilita o risco de acidente de trabalho. Estes fatores contribuem para quadros depressivos decorrentes do isolamento social, muitas vezes desencadeados por insegurança, frustração e perda de auto-estima.<sup>(18)</sup>

Na etiologia da síndrome de *Burnout*, os estressores são classificados em fatores desencadeadores e facilitadores. Os desencadeadores são os

---

estressores percebidos como crônicos, presentes no ambiente de trabalho, cuja identificação permite o planejamento de ações preventivas. Os facilitadores são os que abrangem variáveis de caráter pessoal, cuja função é facilitar ou inibir a ação dos estressores sobre o indivíduo.<sup>(157)</sup>

As características próprias da UCC tais como setor fechado, de acesso restrito, com uso de vestimentas, possibilitam o aparecimento de conflitos e dilemas considerados estressantes. Os conflitos ocorrem com maior frequência entre enfermeiros e cirurgiões, tendo como principais motivos: a falta de infraestrutura das instituições para atender à demanda; o desrespeito e o erro da equipe. Os dilemas, relatados com menor frequência, estão relacionados invariavelmente à falta de infra-estrutura das instituições (falta de materiais e equipamentos) para assistência à saúde dos pacientes, bem como compartilhar as escolhas difíceis dos médicos.<sup>(158)</sup>

Estudo afirma que por mais desenvolvidos que sejam os centros cirúrgicos, estes não garantem a satisfação dos profissionais. E enquanto não houver condições que possibilitem um diálogo de todos, os dilemas e conflitos cotidianos vão continuar existindo e interferindo na saúde dos profissionais.<sup>(158)</sup>

Outro estudo relata que alguns profissionais da UCC já utilizam como estratégia de enfrentamento ao *stress*, o manejo centrado no problema, na emoção, manobras de alívio e desenvolvimento das relações sociais.<sup>(159)</sup>

Pesquisa sobre aspectos motivacionais da equipe de enfermagem referiu que, o relacionamento interpessoal e a organização do trabalho são os dois aspectos que trazem implicações negativas em relação à motivação. Reforça ainda que os diferentes tipos de organização dependem dos diferentes tipos de

autoridade e do poder, fato este que limita o envolvimento de seus membros.<sup>(133)</sup>

Para Cooper, os estressores do ambiente do trabalho são: fatores intrínsecos ao trabalho (condições inadequadas, turno, carga horária, riscos entre outros); relações de trabalho; papéis (papel conflituoso e ambíguo, grau de responsabilidade para com pessoas e objetos); desenvolvimento na carreira, estrutura e cultura organizacional e interface na relação trabalho-casa.

O trabalho pode possibilitar o crescimento, transformação, independência profissional e pessoal, mas também podem trazer problemas como insatisfação, desinteresse, apatia e irritação. Tais problemas favorecem o aparecimento de doenças relacionadas às características e condições ao tipo de atividade exercida. Ressalta que os estressores relacionados ao trabalho são decorrentes de situações em que o indivíduo percebe seu ambiente laboral como ameaçador.<sup>(30,160)</sup>

É importante destacar que diante de todas as situações apontadas pelos trabalhadores de enfermagem da UCC pesquisados, constata-se a necessidade de atenção e principalmente de ações voltados para a minimização destas, tanto por parte da direção da instituição como do responsável administrativo imediato, das gerentes de enfermagem imediata e mediata como da própria equipe envolvida.

### 3.3. Análise dos Inventários

#### 3.3.1. Inventário Beck de Depressão (BDI) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

A maioria dos instrumentos de avaliação utilizados para avaliação da sintomatologia da depressão é fundamentada em categorias. As cinco principais categorias são humor (a tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna), vegetativas ou somáticos (alterações do sono, do apetite e no peso, perda de libido, obstipação e fadiga), sociais (apatia, isolamento, incapacidade para o desempenho e tarefas cotidianas), cognitivos (desesperança, desamparo, idéias de culpa, suicídio, indecisão, perda do reconhecimento de que esta doente) e irritabilidade (hostilidade, auto e heterodirigida). O fundamento teórico em que está embasado o BDI valoriza em 52% os sintomas cognitivos.<sup>(161)</sup>

Neste estudo para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão foram adotados os inventários BDI e BAI. O BDI tem um melhor desempenho na avaliação da intensidade da depressão tanto para pacientes psiquiátricos como para populações normais, além de ser um dos mais aceitos.<sup>(140)</sup> O BAI, não é o mais adequado para medir a ansiedade geral, porém é adequado para avaliar os transtornos de ansiedade com predomínio dos sintomas somáticos.<sup>(162)</sup>

A Tabela 10 apresenta os escores obtidos na avaliação dos níveis de depressão e ansiedade.

**Tabela 10.** Distribuição dos escores na avaliação do BDI e BAI, segundo a categoria profissional.

Scores	Categoria Profissional						Total		
	AX		TE		E		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
<b>BDI</b>									
0 – 11 (Mínimo)	43	67,2	3	37,5	7	100,0	53	67,1	
12 - 19 (Leve)	10	15,6	4	50,0	-	-	14	17,7	
20 - 35 (Moderado)	9	14,1	1	12,5	-	-	10	12,7	
36 - 63 (Grave)	2	3,1	-	-	-	-	2	2,5	
<b>BAI</b>									
0 – 10 (Mínimo)	40	62,5	3	37,5	2	28,6	45	57,0	
11 - 19 (Leve)	10	15,6	3	37,5	5	71,4	18	22,8	
20 - 30 (Moderado)	9	14,1	1	12,5	-	-	10	12,7	
31 - 63 (Grave)	5	7,8	1	12,5	-	-	6	7,6	
<b>TOTAL</b>	64	81,0	8	10,1	7	8,9	79	100,0	

AX = Auxiliar de Enfermagem; TE = Técnico de Enfermagem; E = Enfermeiro.

Verifica-se que a maioria dos participantes apresentou nível mínimo no BDI 53 (67,1%) e no BAI 45 (57,0%), porém observam-se também níveis grave de depressão (2,5%) e ansiedade (7,6%), envolvendo apenas os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Estudos destacam critérios de pontos de cortes para a severidade da depressão semelhantes ao adotado neste estudo classificando-os em: depressão mínima ou sem depressão (<10 pontos), depressão leve a moderada (10 -18 pontos), moderada a grave (19-29 pontos); depressão grave (30-63 pontos).<sup>(140,163,164)</sup>

Pesquisas apontam que a ansiedade é mais comum em mulheres do que homens. E a depressão ocorre com maior frequência em mulheres, com

prevalência de 11,4% ao longo da vida, e as que têm filhos pequenos e trabalham em jornada integral podem estar suscetível ao risco de desenvolver transtornos mentais.<sup>(32,165)</sup>

As causas da depressão são multifatoriais, envolvendo tanto aspectos cognitivos quanto desequilíbrio bioquímico responsável pelo controle do estado de humor.

Os sintomas mais freqüentes no diagnóstico dos transtornos do humor são: rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, anedonia, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, problemas de sono, diminuição do apetite, diminuição da auto-estima e da autoconfiança. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode ser acompanhado de sintomas ditos "somáticos" tais como; perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.<sup>(101,166)</sup>

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. No episódio depressivo leve estão presentes pelo menos dois ou três sintomas, mas embora o indivíduo sofra com a presença destes sintomas, será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. No episódio depressivo moderado estão presentes quatro ou mais dos sintomas e o sujeito aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. No episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos estão presentes vários sintomas, tipicamente a perda

da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".<sup>(113)</sup>

Pesquisas apontam que a depressão dentro das empresas está aumentando em conseqüência do stress excessivo e prolongado. Estima-se que a prevalência de depressão no trabalho aflija de 17 a 20% dos funcionários de todos os níveis em algum momento de sua carreira. Em geral a depressão se manifesta entre 25 e 40 anos, auge da carreira profissional, dados estes que confirmam o encontrado nesta pesquisa em relação à faixa etária e níveis de depressão<sup>(542,167-169)</sup>

Na análise da categoria profissional com o nível de ansiedade verifica-se que entre os enfermeiros a maioria 5 (71,4%) apresentou nível leve e entre os técnicos e auxiliares de enfermagem foram encontrados resultados nos diversos níveis.

Estudo entre os auxiliares e técnicos de enfermagem que exerciam a atividade de circulante de sala verificou-se que a maioria apresentou baixo traço e estado de ansiedade, e na análise estatística não houve relação estatística significativa entre ambas (traço e estado).<sup>(111)</sup>

A falta de habilidade e conhecimento técnico podem ser apontados como desencadeadores de erros favorecendo comportamentos negativos, interferindo desfavoravelmente no desempenho e segurança do profissional, contribuindo para a ansiedade.<sup>(111,170,171)</sup>

Pesquisa que avaliou o profissional enfermeiro atuante em sala de recuperação anestésica (SRA) encontrou escores baixo e médio para traço e estado de ansiedade, caracterizando-os como pouco ansioso. Constatou-se

que mesmo expostos às situações corriqueiras do dia a dia, eles as avaliam como não ameaçadoras ou então possuem experiências anteriores que lhes permitem utilizar estratégias de enfrentamento eficientes.<sup>(131)</sup>

A ansiedade tem etiologia multifatorial, que envolve aspectos psicossociais e fisiológicos. Os fatores psicossociais são as situações cotidianas de perigo ou ameaça entendidas como um sinal de alerta para o indivíduo, advertindo sobre os perigos iminentes, capacitando-o a tomar medidas para impedir a concretização de possíveis prejuízos, ou pelo menos diminuir suas conseqüências. Seus sintomas, muitas vezes involuntários, são manifestados por um sentimento de apreensão desagradável, vago que muitas vezes vem acompanhado de sensações físicas como vazio no estômago, arrepios, aperto no peito, palpitações, transpiração, dor de cabeça, falta de ar, tremor, vômitos, dores abdominais, entre outras. Os fatores biológicos dizem respeito à ação dos neurotransmissores, principalmente os inibitórios (serotonina e o ácido gama-aminobutírico-GABA) no controle da resposta e conseqüentemente do aparecimento da ansiedade.<sup>(164)</sup>

Os achados confirmam uma freqüência significativa de depressão e ansiedade em trabalhadores de enfermagem e em mulheres. O fator gênero, as características inerentes à atividade profissional (cuidar, lidar com o sofrimento humano, divisão técnica de trabalho, rígida estrutura hierarquia e longas jornadas de trabalho), a sobrecarga de trabalho associado ao trabalho doméstico são apontados como fatores que favorecem tanto a depressão como a ansiedade. Outro fator a ser considerado é a correlação de níveis de

ansiedade e depressão com a estrutura organizacional e ambiental do trabalho.<sup>(83,118,165)</sup>

Estudos mostram relação direta entre depressão/ansiedade e problemas de relacionamento.<sup>(118,165)</sup> Neste estudo, existem problemas de relacionamento que podem, sem dúvida, propiciar o aparecimento de transtornos mais graves.

A associação entre os sintomas de ansiedade e depressão está relacionada a diferentes tipos de funcionamento, pois não é evidenciando um funcionamento cognitivo comum. Os indivíduos com transtorno de ansiedade tendem a desenvolver sintomas depressivos, ou então os sintomas característicos de depressão que são resultantes do sofrimento decorrente do comprometimento gerado pelo quadro de ansiedade.<sup>(29)</sup>

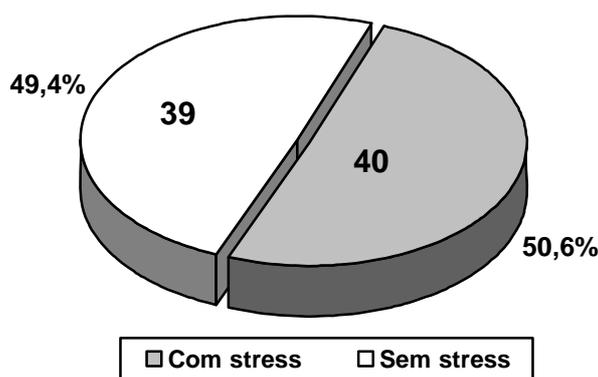
Esses mesmos autores referenciam outros autores que destacam que os transtornos depressivos são as co-morbidades freqüentes dos transtornos ansiosos, sugerindo em seus resultados que os “indivíduos com sintomas de ansiedade tendem a apresentar sintomas de depressão em co-morbidade com a manifestação dos sintomas ansiosos”. Ressaltam ainda seus dados não permitiram afirmar qual a causa ou o distúrbio primário e que existe uma tendência correlacionar, e não causal, de que quanto maior a gravidade dos sintomas de ansiedade, maior a gravidade dos sintomas de depressão.

Assim o tipo de desgaste a que as pessoas são submetidas constantemente nos ambientes e nas relações de trabalho são apontados como fatores desencadeantes e determinantes de transtornos relacionados ao *stress*, como é o caso da depressão, ansiedade, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, entre outras.

### 3.3.2. Inventário de Sintomas de Stress (ISSL)

Os dados do ISSL foram analisados por nível de *stress* em cada fase, principais sintomas e área em cada fase.<sup>(37)</sup>

Para a avaliação do nível de *stress* verificou-se que, segundo os escores obtidos no ISSL, entre os 79 participantes, 40 (50,6%) apresentam sintomas indicativos de *stress* (Figura 2). A partir deste resultado a população estudada foi dividida em dois grupos: A (composta de todos os sujeitos estressados n=40) e B (composta de todos os sujeitos não estressados n=39).



**Figura 2.** Distribuição da população de enfermagem da UCC estudada segundo a presença de stress.

Em relação às variáveis gênero e *stress* nesta pesquisa, 34 (85%) eram do sexo feminino e 6 (15%) do masculino. Esses dados confirmam os achados em outra pesquisa pertinente ao assunto, confirmando que a mulher é mais suscetível do que o homem, podendo estar associada à sobrecarga de trabalho e às maiores exigências impostas pela sociedade.<sup>(172)</sup>

Há uma grande diversidade de estudos sobre *stress* envolvendo profissionais da enfermagem, mas a maioria teve como objetivo estudar o *stress* do enfermeiro em UTI, CC, CM, em relação à atuação, ao turno de

trabalho, unidades fechadas e a comparação dos níveis de *stress* entre enfermeiros de diferentes unidades, porém todos apontaram em média, níveis acima de 60,0%.<sup>(15,44,72-74,80,82,91,129,173)</sup>

Dos estudos que avaliaram o nível de *stress* na equipe de enfermagem em hospitais foram encontraram resultados semelhantes aos obtidos nesta pesquisa, em que a maioria dos sujeitos tinha *stress*<sup>(76,135)</sup>

A enfermagem é uma profissão com “predisposição” a ser estressante, independente do cargo que ocupa, assistencial ou administrativo.<sup>(43,91)</sup>

Alguns eventos são intrinsecamente estressantes em virtude da natureza e da forma como são interpretados (resultado da aprendizagem que ocorre durante o curso de nossa vida) podendo o individuo tornar-se mais vulnerável a desenvolver *stress*.<sup>(41,46)</sup>

Neste estudo, dos 40 profissionais de enfermagem da UCC que apresentaram sintomas de *stress*, 3 (7,5%) estão na Fase de Alerta, 30 (75,0%) na Fase de Resistência e 7 (17,5%) na Fase de Quase-Exaustão. Com relação à fase de exaustão os resultados não demonstraram nenhum sujeito nesta classificação (Tabela 11).

Quando analisados segundo a categoria profissional verifica-se que todos os enfermeiros estavam na fase de Resistência, 66,7% dos técnicos de enfermagem estavam na fase de Alerta e 33,3% na Resistência e dos auxiliares de enfermagem, 71 % estavam na fase de resistência (Tabela 11).

**Tabela 11.** Distribuição dos escores na avaliação do ISSL segundo a fase de *stress* e a categoria profissional.

Fases	Categoria Profissional						Total	
	AX		TE		E		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<b>Alerta</b>	2	6,5	1	33,3	-	-	3	7,5
<b>Resistência</b>	22	71,0	2	66,7	6	100,0	30	75,0
<b>Quase-Exaustão</b>	7	22,6	-	-	-	-	7	17,5
<b>Exaustão</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Subtotal com stress</b>	31	77,5	3	7,5	6	15,0	40	50,6
<b>Subtotal sem stress</b>	33	84,6	5	12,8	1	2,6	39	49,4
<b>TOTAL</b>	64	81,0	8	10,1	7	8,9	79	100,0

AX = Auxiliar de Enfermagem; TE = Técnico de Enfermagem; E = Enfermeiro.

No contexto hospitalar, os auxiliares de enfermagem compõem a maioria da equipe de enfermagem, e que no desenvolver de suas atividades passam a maior parte do seu tempo de trabalho junto ao paciente, prestando cuidados, numa situação de isolamento em confinamento.<sup>(42)</sup>

Estudo que avaliou o *stress* no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo encontrou que a maioria dos estressados estava na fase de Resistência (83,3%), Quase-Exaustão (12,5%) e Alerta (4,2%). Não foi encontrado nenhum sujeito na fase de exaustão, como os resultados encontrados nesta pesquisa. Esse mesmo estudo também apontou que entre os estressados da equipe de enfermagem estavam os enfermeiros (63,6%), seguidos dos técnicos (61,9%) e auxiliares de enfermagem (44,1%).<sup>(137)</sup>

Outro estudo que avaliou nível de *stress* de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais descobriu que o *stress* estava presente em 52,5% desses trabalhadores nos três níveis.<sup>(135)</sup>

O *stress* ocupacional em setores fechados, avaliado segundo o modelo de Cooper *et al.* encontrou que a maioria (58%) dos sujeitos do CC apresentou níveis de *stress* dentro da normalidade de 2 a 3,4 (segundo classificação adotada no estudo (<2) baixo, (2-3.4).normal e (>3,4) elevado).<sup>(7)</sup>

A maioria das pesquisas realizadas sobre *stress* no geral e na UCC tem o enfermeiro como alvo, tanto na literatura nacional como internacional. Essa mesma autora afirma ainda que a “maioria dos enfermeiros não conhece o que vem a ser *stress*, o que é explicável diante de tantos modelos e controvérsia a respeito”.<sup>(34,72)</sup>

Pesquisas apontaram em seus resultados que as atividades exercidas pelos enfermeiros estão relacionadas à sobrecarga de atividades burocráticas principalmente quanto à administração de pessoal, tais como controle de equipe de enfermagem, quanto à distribuição e supervisão de atividades, treinamento, avaliação do desempenho destes profissionais, estabelecimento de rotinas de funcionamento da unidade, escalas de funcionários entre outras atividades essenciais e funcionamento adequado da unidade são situações geradoras de *stress*.<sup>(3,71,91,131,174)</sup>

Embora estudo sobre níveis de ansiedade tenha considerado que o sujeito estressado possui uma tendência a sentir ansiedade alta, os resultados deste estudo diferem de tal fato, pois nos 7 enfermeiros entrevistados os níveis

de ansiedade foram leve e mínimo e, destes, 6 apresentaram *stress* na fase de resistência.<sup>(175)</sup>

A própria característica do trabalho de enfermagem a coloca como uma profissão estressante, visto que seus estressores são de natureza variadas, e para que o trabalhador de enfermagem consiga lidar com eficiência com os estressores é vital que diante destes saiba avaliá-los individualmente para saber acionar mecanismos de enfrentamento.<sup>(72)</sup>

A Tabela 12 traz a distribuição dos sintomas físicos, psicológicos apresentados pela população de enfermagem da UCC estudada. Verifica-se que dos 40 participantes com *stress*, 18 (45,0%) apresentaram sintomas físicos, 15 (37,5%) sintomas psicológicos e 7 (17,5%) sintomas físicos e psicológicos.

**Tabela 12.** Distribuição dos escores na avaliação do ISSL para sintomas físicos e psicológicos de acordo com a fase predominante de *stress*.

Fases	Sintomas						Total	
	Físicos		Psicológicos		Físicos + Psicológicos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>A</b>	1	5,6	1	6,7	1	14,3	3	7,5
<b>R/QE</b>	17	94,4	14	93,3	6	85,7	37	92,5
<b>E</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	18	45,0	15	37,5	7	17,5	40	100,0

**A**= Alerta; **R/QE** = Resistência e Quase-Exaustão; **E** = Exaustão.

A execução das atividades de rotina diária aliada à complexidade da UCC exige da equipe de enfermagem um grande esforço físico e psíquico, visto que

muitas queixas apresentadas caracterizam sintomas físicos de *stress* e podem interferir negativamente em suas vida e trabalho.<sup>(79,148)</sup>

Outro fator apontado como importante a ser considerado no trabalho de enfermagem da UCC diz respeito à satisfação e insatisfação profissional. A satisfação profissional é apontada como uma variável que influi diretamente no desempenho do trabalhador, interferindo positivamente enquanto que a insatisfação é apontada como uma variável negativa interferindo no desgaste físico e psicológico.<sup>(76)</sup>

No desempenho de suas atividades laborais no ambiente de trabalho a enfermagem é uma equipe composta por indivíduos com comportamentos e estilos diferentes, desempenhando papéis diversificados e se relacionando entre si. E se um membro da equipe apresentar insatisfação ou desmotivação já é o suficiente para desequilibrar toda a atividade do setor. O trabalhador insatisfeito e ou desmotivado passa a executar suas atividades inadequadamente, interferindo negativamente sobre os outros trabalhadores e na qualidade da assistência prestada.<sup>(76)</sup>

O Quadro 2 apresenta a frequência dos sintomas físicos e psicológicos, mais freqüentes, em cada fase.

**Quadro 2.** Distribuição dos sintomas físicos e psicológicos respectivos de cada fase.

Sintomas Mais Frequentes	Nº	%
<b>Fase de Alerta</b>		
<b><i>Físicos</i></b>		
Tensão muscular	36	90,0
Aperto mandíbula/ranger dos dentes	20	50,0
Mudança de apetite	20	50,0
Insônia	16	40,0
Taquicardia	15	37,5
Boca seca	14	35,0
Mãos e pés frios	12	30,0
<b><i>Psicológicos</i></b>		
Aumento súbito motivação	9	22,5
Entusiasmo súbito	8	20,0
Vontade súbita iniciar novos projetos	11	27,5
<b>Fase de Resistência</b>		
<b><i>Físicos</i></b>		
Sensação desgaste físico constante	34	85,0
Cansaço constante	26	65,0
Mal-estar generalizado, sem causa específica	25	62,5
Problemas com a memória	24	60,0
Tontura/sensação estar flutuando	19	47,5
Formigamento extremidades	15	37,5
Mudança de apetite	15	37,5
Aparecimento de problemas dermatológicos	14	35,0
<b><i>Psicológicos</i></b>		
Irritabilidade excessiva	25	65,0
Pensar constantemente em um só assunto	22	55,0
Sensibilidade emotiva excessiva	18	45,0
Diminuição da libido	17	42,5
Dúvida quanto a si próprio	11	27,5

Os eventos estressantes são apontados como desencadeantes da depressão e ansiedade, porém não podem responsabilizados pela sua manutenção, visto que tem se encontrado uma relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. Outro fator a ser considerado na exposição a estes eventos é a vulnerabilidade de cada indivíduo.

Os sintomas físicos presentes na fase de alerta e resistência são sintomas presentes na fadiga crônica ou síndrome de *Burnout*. A primeira é caracterizada por uma constante sensação de cansaço, má qualidade de sono, dores no corpo e de cabeça, perda de apetite irritabilidade e desânimo. A segunda é definida como síndrome do esgotamento profissional manifestado por sintomas físicos e emocionais resultantes da exposição ao stress crônico.

As manifestações clínicas relacionadas à ansiedade apresentadas por circulantes de salas de operações de uma UCC foram agitação, irritabilidade, movimentos repetitivos e tristeza, manifestações estas relacionadas ao comportamento.<sup>(111)</sup>

Carvalho, Lima<sup>(79)</sup> avaliaram os sintomas físicos associados ao *stress* ocupacional entre o pessoal de enfermagem. Utilizou instrumento diferente ao desta pesquisa, porém específico para avaliar sintomas caracterizadores do desgaste do trabalhador. Apontou em seu estudo que, cada trabalhador apresentou em média 6 sintomas dos 12 sintomas apresentados no inventário, nos últimos três meses precedentes a coleta de dados e ainda que 30% dos trabalhadores apresentáramos 12 sintomas do inventário. Os sintomas apresentados foram: sensação de fadiga (80,4%), dor de cabeça por tensão e

dores musculares no pescoço e ombros (78,3%), diminuição da libido (69,6%), sensação de desânimo pela manhã ao se levantar (63,0%), dificuldades para dormir ou sono muito entrecortado (60,9%), tendência a sudorese e taquicardia (52,2%) e indisposição gástrica ou dor de estômago (50,0%).

Os achados confirmam que não só os enfermeiros que atuam em CC estão predispostos à Síndrome de *Burnout* decorrente da interação contínua a que são submetidos, mas sim toda equipe de enfermagem.<sup>(87)</sup>

Os sintomas físicos mais freqüentes apontados por trabalhadores da equipe de enfermagem do CC foram dores de cabeça por tensão ou nos músculos do pescoço do pescoço e ombros (70%), seguidos de tremores musculares (55,0%), desânimo pela manhã ao levantar (55,0%), sensação de agulhada pelo corpo (50,0%) e tendência a suar em excesso ou sensação do coração bater mais forte (50,0%) todos característicos de ansiedade ou *stress*.<sup>(7)</sup>

Esses mesmos autores afirmam que a fadiga crônica é uma manifestação freqüente entre os trabalhadores sendo resultante do *stress* crônico. O *stress* leva ainda ao aumento da irritabilidade, distúrbios do sono, perda do interesse pela vida e trabalho, a taquicardia e o aumento da sudorese. Todas essas manifestações constituem fatores de risco para diversas doenças graves, como hipertensão arterial e infarto do miocárdio.

Lipp<sup>(39)</sup> em seu estudo aponta que entre os sintomas físicos ocorrem com maior freqüência: aumento da sudorese, nó no estômago, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto na mandíbula e ranger dos dentes, hiperatividade, mãos e pés frios e náuseas. E entre os sintomas psicológicos

estão: ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, incapacidade de concentrar-se, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva.

### **3.3.3. Questionário de Saúde Geral (GSG)**

O QSG é um instrumento que permite tanto indicar os casos de potenciais distúrbios psiquiátricos (não psicóticos) como avaliar a gravidade destes. Neste estudo foi adotado como um reforço no rastreamento de distúrbios menores em saúde mental. Escores acima do percentil 90 indicam perfil sintomático.<sup>(405)</sup>

A interpretação dos cinco fatores específicos e do fator geral foi realizada com base na análise do conteúdo semântico dos itens correspondentes a cada fator. Assim, para o fator 1 (stress psíquico) refere-se às experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga de trabalho que tornam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz. O fator 2 (desejo de morte) evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que está se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectivas. O fator 3 (desconfiança no desempenho) refere-se a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória. O fator 4 (distúrbios do sono) refere-se aos problemas de relacionamento como: sono como insônia e pesadelos. O fator 5 (distúrbios psicossomáticos) refere-se aos problemas de ordem orgânica como: sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios. E o fator geral refere-se à severidade da ausência de saúde mental.<sup>(104)</sup>

Na Tabela 13 traz a distribuição dos escores obtidos na avaliação do QSG-60, nos cinco fatores e no fator geral, segundo o gênero. Observa-se que no geral, independente do sexo, os principais problemas de saúde mental da amostra estão relacionados aos distúrbios psicossomáticos (21,5%), seguidos dos distúrbios do sono (19,0%), stress psíquico (16,5%) e desconfiança no desempenho (13,9%). Para a saúde geral 19% dos sujeitos do estudo apresentaram uma severidade para doença mental.

**Tabela 13.** Distribuição dos escores na avaliação do QSG-60 segundo o gênero e cada fator avaliado.

Fatores	Sexo				Total	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
<b>1 – Stress psíquico</b>	10	14,3	3	33,3	13	16,5
<b>2 – Desejo de morte</b>	8	11,4	-	-	8	10,1
<b>3 - Desconfiança no próprio desempenho</b>	8	11,4	3	33,3	11	13,9
<b>4 - Distúrbios do sono</b>	14	20,0	1	11,1	15	19,0
<b>5 - Distúrbios psicossomáticos</b>	16	22,9	1	11,1	17	21,5
<b>G - Saúde Geral</b> (severidade de saúde mental)	14	20,0	1	11,1	15	19,0
<b>TOTAL</b>	70	88,6	9	11,4	79	100,0

F = Feminino; M = Masculino.

Há que se considerar a variável sexo no QSG, visto que na saúde mental a mulher apresenta maior instabilidade emocional.<sup>(104)</sup>

Verifica-se que entre as 70 mulheres, os principais problemas de saúde estavam relacionados aos distúrbios psicossomáticos (22.9%), seguidos de

distúrbios do sono (20,0%) e *stress* psíquico (14,3%), e entre os nove homens, *stress* psíquico e desconfiança no próprio desempenho, ambos com (33,3%). Para o fator de saúde geral, 20% das mulheres e 11,1% dos homens apresentaram severidade de saúde mental.

Os distúrbios psicossomáticos referem-se aos problemas de ordem orgânica, portanto os dados obtidos, aliados aos relatos obtidos durante as entrevistas, nos permitem supor a existência de evidências de dificuldade em lidar com as emoções em situações conflitantes, as quais são constantes na UCC (relatado pela maioria dos trabalhadores entrevistados) visto que os problemas de saúde são manifestados pelo corpo.

Portanto, estes achados confirmam o relatado em outras pesquisas que as mulheres apresentam escores mais elevado para problemas mentais do que os homens.<sup>(104,176)</sup>

A maioria dos estudos que utilizou o QSG aplicou em universitários ou na população geral. Destes, o que avaliou a prevalência de TMM em estudantes universitários encontrou taxa de prevalência de 25% em universitários e o que avaliou a morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras, encontrou taxas de prevalência global de distúrbios psiquiátricos de 8 % a 23% para população brasileira.<sup>(144,177)</sup>

Como um dos objetivos era avaliar a eficiência de um programa de intervenção de controle de stress, os participantes foram divididos em dois grupos (GI e GC) e os resultados apresentados a seguir referem-se aos participantes do programa.

### **3.4. Programa de Treino de Controle de Stress**

#### **3.4.1. Caracterização dos Participantes do Programa de Treino Controle de Stress**

Como citado anteriormente os Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC) ambos compostos por 10 participantes cada, de forma pareada, por sujeitos com e sem *stress* dos três turnos. O GI foi o grupo submetido ao programa e GC o grupo não submetido ao programa.

Ressalta-se que a principio cada subgrupo foi formado por 20 sujeitos cada, porém no GI no primeiro encontro compareceram apenas 14 sujeitos. Destes um mudou de turno de trabalho (saiu do matutino), um se acidentou (acidente moto-ciclístico), uma afastou-se por licença saúde (motivos psiquiátricos) e uma foi até a quarta sessão do programa e depois se afastou por licença saúde (pneumonia). Os seis ausentes apesar de concordarem em participar e mostrar interesse, não compareceram e muito menos justificaram suas ausências. Portanto, os subgrupos GI e GC acabaram por ter um “n” pequeno daqui em diante a população será caracterizada no geral e não mais segundo a categoria profissional para garantir o anonimato de seus participantes.

A Tabela 14 apresenta a caracterização dos sujeitos de enfermagem que participaram do PTCS.

**Tabela 14.** Caracterização dos sujeitos de enfermagem submetidos ao PTCS segundo os grupos.

Variáveis	Categorias	GI - Grupo Intervenção (n=10)		GC - Grupo Controle (n=10)	
		N	%	N	%
<b>Categoria profissional</b>	AX	8	80	7	70
	TE	1	10	2	20
	E	1	10	1	10
<b>Sexo</b>	F	10	100	10	100
	M	-	-	-	-
<b>Faixa etária</b>	20 a 30	2	20	5	50
	31 a 40	5	50	2	20
	41 a 50	3	30	3	30
	51 a 60	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Solteiro	3	30	5	50
	Casado	6	60	3	30
	Outros	1	10	2	20
<b>Escolaridade</b>	1 <sup>o</sup> grau	7	70	4	40
	2 <sup>o</sup> grau	2	20	5	50
	Superior	1	10	1	10
<b>Turno de trabalho</b>	Manhã	7	70	4	40
	Tarde	1	10	5	50
	Noite	2	20	1	10
<b>Jornada de trabalho</b>	6 horas	9	90	8	80
	8 horas	-	-	1	10
	12/36 horas	1	10	1	10
<b>Tempo de trabalho na enfermagem</b>	<1 ano	1	10	1	10
	1 a 5 anos	4	40	5	50
	6 a 15 anos	2	20	2	20
	16 anos e mais	3	30	2	20

A população dos grupos GI e GC era em sua maioria feminina (100%), auxiliares de enfermagem (80%), com idade entre 31 a 40 (50%), casada (60%), com 1º grau (70%), do turno da manhã (70,0%), jornada de 6 horas (90%) e tempo de trabalho na enfermagem de 1 a 5 anos (40%).

Estes dados confirmam os resultados obtidos em outros estudos, e apresentados anteriormente, no que tange à análise das características sócio-demográficas dos trabalhadores de enfermagem da área hospitalar no Brasil, evidenciando ser uma profissão feminina, composta em seu dimensionamento de pessoal por auxiliares de enfermagem, tendo como o agravante de que muitas vezes os técnicos são contratados como auxiliares, caracterizada por trabalhadores dentro de uma faixa etária entre 20 e 60 anos, concentrando-se entre 20 e 40 anos.<sup>(68,86,133,138)</sup>

Outras pesquisas encontraram faixa etária de 40-49 anos,<sup>(18)</sup> categoria profissional de técnico de enfermagem seguidos de auxiliares de enfermagem com idade 20 -29 anos, freqüências iguais entre casados e solteiros tempo de formação de até 3 anos e tempo de trabalho na instituição de 1-2 anos.<sup>(137)</sup>

Na caracterização da população atuante na UCC os dados desta pesquisa corroboram ao encontrado na literatura.<sup>(79,111,136)</sup>

### **3.4.2. Nível de Depressão - Grupo Intervenção e Grupo Controle**

A Tabela 15 apresenta os escores obtidos no BDI dos participantes do GI antes e após a aplicação do programa, e GC aplicação do questionário pela primeira (pré) e segunda (pós) vez, lembrando que este grupo não foi submetido à intervenção.

Na análise intragrupo, entre pré e pós-programa, houve diminuição de escores em seis dos 10 participantes do GI, enquanto que no GC houve elevação em sete dos 10 dos participantes. Interpretamos que, quando há diminuição de escores, há diminuição de sintomas.<sup>(103)</sup>

**Tabela 15.** Distribuição do nível de depressão dos participantes no pré e pós-programa segundo os grupos e os escores na avaliação do BDI.

	Mínimo 0-11	Leve 12-19	Moderado 20-35	Grave 36-63	Mínimo 0-11	Leve 12-19	Moderado 20-35	Grave 36-63
<b>GI</b>	<b>Pré</b>				<b>Pós</b>			
1	4	-	-	-	3	-	-	-
2	9	-	-	-	-	15	-	-
3	-	15	-	-	3	-	-	-
4	3	-	-	-	9	-	-	-
5	2	-	-	-	1	-	-	-
6	-	17	-	-	5	-	-	-
7	7	-	-	-	8	-	-	-
8	-	-	24	-	11	-	-	-
9	4	-	-	-	3	-	-	-
10	-	15	-	-	-	19	-	-
<b>GC</b>	<b>Pré</b>				<b>Pós</b>			
1	-	17	-	-	-	-	29	-
2	8	-	-	-	-	18	-	-
3	-	14	-	-	-	14	-	-
4	-	-	32	-	-	10	-	-
5	8	-	-	-	9	-	-	-
6	-	-	20	-	-	-	25	-
7	10	-	-	-	-	13	-	-
8	-	13	-	-	-	-	24	-
9	-	12	-	-	8	-	-	-
10	9	-	-	-	10	-	-	-

**GI** = Grupo intervenção; **GC** = Grupo Controle; **Pré** = Pré-programa; **Pós** = Pós-programa.

**GI** = Pré (M = 10,0; DP = 7,37; Med = 8,00) – Pós (M = 7,7; DP = 5,88; Med = 6,5); **GC** = Pré (M = 14,3; DP = 7,34; Med = 12,5) – Pós (M = 16; DP = 7,57; Med = 13,5)

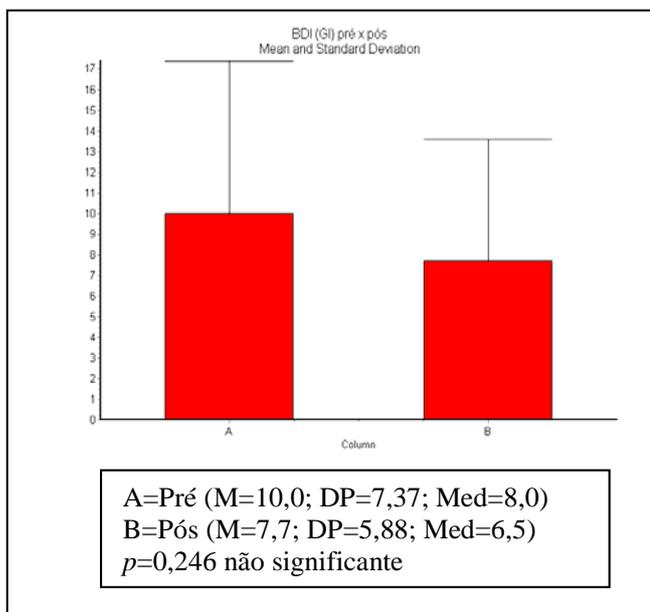
Observa-se que no GI-pré-programa, um participante encontrava-se no nível moderado e três no leve, e no pós-programa houve redução para dois participantes no nível leve e nenhum no moderado. E no GC-pré, dois participantes encontravam-se no nível moderado, e no pós houve aumento de três participantes neste nível.

Quando comparamos intergrupos o pré e pós-programa as funções: média, desvio padrão e mediana, no grupo GI, também verificamos redução dos valores, indicando diminuição dos sintomas clínicos depressivos apresentados pelos participantes após programa de treino de controle de stress, muito embora não haja diferença significativa entre o BDI pré e pós-programa para o grupo GI (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal-  $p=0,246$ ) (Figura 3) enquanto para o GC houve aumento dos valores para as mesmas funções, mas também não há diferença significativa (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal-  $p=0,150$ ) (Figura 4)

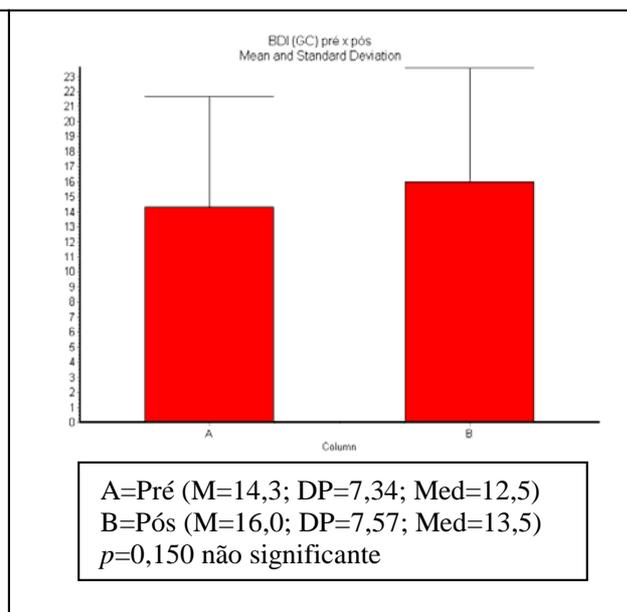
Na análise de cada grupo separadamente, verifica-se que no GI os escores obtidos apontam que seis conseguiram reduzir seus escores, destes, três estavam na fase mínima e mantiveram-se nesta fase e três mudaram da fase leve e moderada para a mínima. Dos quatro que tiveram seus escores aumentados, três se mantiveram na mesma fase e um passou de mínima para leve.

No GC os escores obtidos apontam que sete tiveram seus escores aumentados, destes, quatro mudaram de fase passando para uma fase maior, quatro mantiveram-se na mesma fase e dois tiveram seus escores reduzidos e mudaram da fase.

**Figura 3.** Nível de depressão na avaliação do BDI intragrupo para o GI no pré e pós-programa.



**Figura 4.** Nível de depressão na avaliação do BDI intragrupo para o GC no pré e pós-programa.



Estudo realizado por Kimmel *et al.*,<sup>(178)</sup> com pacientes clínicos descobriu que, permanecer com depressão em nível elevado no BDI significa risco relativo de morte. Outro dado importante, é que pacientes com níveis mais baixos vivem mais do que aqueles com níveis moderados e graves.

Como mencionado por Tanajura, Santos Jesus, Tavares Neto,<sup>(179)</sup> sintomas clínicos podem mascarar a presença de sintomas depressivos dificultando o diagnóstico de depressão.

A depressão tem importante impacto na qualidade de vida,<sup>(162)</sup> provoca queda da imunidade, problemas de adesão ao tratamento, acarretando complicações tanto médicas,<sup>(180)</sup> como familiares e financeiras. Reconhecer sintomas que indiquem presença de depressão são tão importantes quanto os cuidados médicos essenciais para o bom resultado clínico.<sup>(181)</sup>

Ressalta-se que os sintomas abrangem todos os aspectos da vida: trabalho, saúde, família, relacionamentos, interesse sexual, prazer e que embora os resultados obtidos na análise estatística não apontassem ser significantes, os escores sugerem melhora clínica<sup>4</sup> nos participantes do GI, ratificando o que apontam outros estudo sobre a importância dos programas para treino de controle do stress na melhora dos sintomas, pois produzem mudança e melhoram a qualidade de vida em vários tipos de populações.<sup>(39,43,182-184)</sup>

Esses resultados indicam que um programa de controle de *stress* aplicado adequadamente, pode interferir pontualmente na maneira do indivíduo perceber os fatos e, dessa forma, conduzi-los a mudanças que produzam efetivamente um efeito na qualidade de vida e conseqüentemente em novas habilidades e estratégias de enfrentamento. Pesquisas comprovam que o treino de controle de *stress* produz mudanças e melhora na qualidade de vida em vários tipos de populações, desde clínicas, como pacientes hipertensos, gestantes, e outros,<sup>(39,185,186)</sup> e também não clínicas, como atuação em práticas parentais.<sup>(187)</sup>

As escalas de avaliação de depressão são utilizadas para acompanhar a evolução do tratamento, se houve melhora de fato do quadro depressivo, com remissão dos sintomas, mas, não necessariamente, ausência de sintomas.<sup>(188)</sup>

Na depressão os sintomas devem ser contabilizados, independente de poderem ser explicados pela patologia clínica. Como exemplo, pode-se citar a

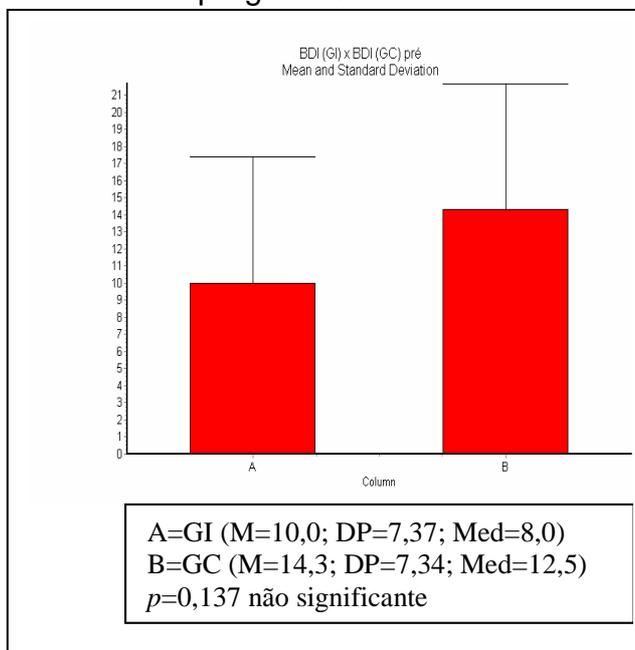
---

<sup>4</sup>O termo melhora clínica foi aqui utilizado como sendo uma melhora satisfatória da resposta ao programa, visto que a pessoa apresenta uma redução de mais de 50% no escore inicial em uma escala de avaliação. (BALONE, 2005)

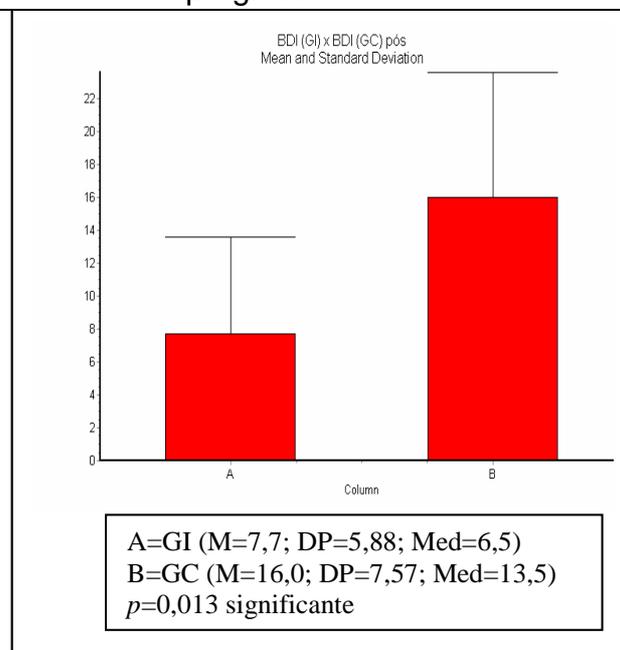
fadiga e insônia na insuficiência cardíaca, que podem ser explicados pela doença clínica e pelo quadro depressivo. Portanto a depressão é companheira freqüente de quase todas as doenças clínicas crônicas, e quando está presente acaba levando as piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo.<sup>(33)</sup>

Ao compararmos os dados obtidos no BDI do GI no pré-programa com o BDI do GC, não encontramos diferença significativa (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal-  $p=0,137$ ), embora a média dos pontos obtidos seja menor no grupo intervenção (Figura 5). Porém, ao compararmos os dados obtidos no BDI do grupo intervenção no pós-programa com o BDI do grupo controle, encontramos diferença significativa (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal-  $p=0,013$ ) (Figura 6), indicando mais uma vez a importância de que um programa de controle de *stress* aplicado adequadamente, pode interferir pontualmente na maneira do indivíduo perceber os fatos e, dessa forma, conduzi-los a mudanças que produzam efetivamente um efeito na qualidade de vida e conseqüentemente em novas habilidades e estratégias de enfrentamento.<sup>(184-186)</sup>

**Figura 5.** Nível de depressão na avaliação do BDI intergrupo GI x GC no pré-programa.



**Figura 6.** Nível de depressão na avaliação do BDI intergrupo GI x GC no pós-programa.



Na literatura pertinente, a avaliação da depressão que utilizou o BDI como instrumento pesquisou pacientes clínicos. Dentre estes, um apontou resultados semelhantes ao encontrado neste estudo na comparação inter e intragrupos, indicando não haver diferença significativa após a intervenção.<sup>(184)</sup>

Neste estudo, não é possível afirmar se os sintomas citados no BDI são decorrentes de um quadro clínico de depressão genuína ou estão associados a outras doenças, ou mesmo decorrentes da atividade profissional, até porque não foi objetivo do estudo. Embora os grupos avaliados fossem pequenos e formados apenas por mulheres, sendo estas mais suscetíveis de apresentarem depressão, e que o nível de depressão estava entre leve e moderado, novos estudos precisam ser realizados para melhor avaliar o quadro clínico desses

participantes, visto que os sintomas depressivos podem dificultar a busca de resoluções para esse sofrimento.<sup>(166)</sup>

### **3.4.3. Nível de Ansiedade - Grupo Intervenção e Grupo Controle**

A Tabela 16 apresenta os escores obtidos no BAI dos participantes do GI antes e após a aplicação do programa e GC pré e pós.

Na análise intragrupo, entre o pré e pós-programa, houve diminuição nos valores obtidos em seis dos 10 participantes, enquanto que no GC os escores apontam elevação em cinco dos 10 dos participantes.

Observa-se que no GI-pré-programa, um participante encontrava-se no nível moderado e quatro no leve, e no pós-programa houve redução para três participantes no nível leve e nenhum no moderado. E no GC-pré, três participantes encontravam-se no nível moderado e três no leve, e no pós passou para dois participantes no nível moderado e um no grave.

Quando comparamos intergrupo o pré e pós-programa as funções: média, desvio padrão e mediana, no grupo GI, também verificamos redução dos valores, sugerindo diminuição dos sintomas clínicos depressivos apresentados pelos participantes após programa de treino de controle de stress. Enquanto para o GC houve aumento dos valores para as mesmas funções.

**Tabela 16.** Distribuição do nível de ansiedade dos participantes no pré e pós-programa segundo os grupos e os escores na avaliação do BAI.

	Mínimo 0-10	Leve 11-19	Moderado 20-30	Grave 31-63	Mínimo 0-10	Leve 11-19	Moderado 20-30	Grave 31-63
<b>GI</b>	<b>Pré</b>				<b>Pós</b>			
1	7	-	-	-	6	-	-	-
2	-	11	-	-	5	-	-	-
3	8	-	-	-	3	-	-	-
4	3	-	-	-	8	-	-	-
5	4	-	-	-	8	-	-	-
6	-	-	20	-	-	11	-	-
7	-	15	-	-	5	-	-	-
8	-	19	-	-	-	18	-	-
9	7	-	-	-	6	-	-	-
10	-	13	-	-	-	12	-	-
<b>GC</b>	<b>Pré</b>				<b>Pós</b>			
1	-	-	23	-	-	-	26	-
2	-	-	24	-	-	-	-	36
3	5	-	-	-	10	-	-	-
4	-	-	24	-	-	-	27	-
5	-	15	-	-	10	-	-	-
6	-	11	-	-	7	-	-	-
7	-	16	-	-	10	-	-	-
8	10	-	-	-	4	-	-	-
9	9	-	-	-	10	-	-	-
10	9	-	-	-	9	-	-	-

**GI** = Grupo intervenção; **GC** = Grupo Controle; **Pré** = Pré-programa; **Pós** = Pós-programa.

**GI** = Pré (M = 10,7; DP = 5,94; Med = 9,5) – Pós (M = 8,2; DP = 4,41; Med = 7,0); **GC** = Pré (M = 14,6; DP = 6,97; Med = 13,0) – Pós (M = 14,9; DP = 10,6; Med = 10,0)

Na análise de cada grupo separadamente, verifica-se que no GI os escores obtidos apontam que dos oito que conseguiram reduzir seus escores, cinco mantiveram-se na mesma fase (três na mínima e dois na leve), três

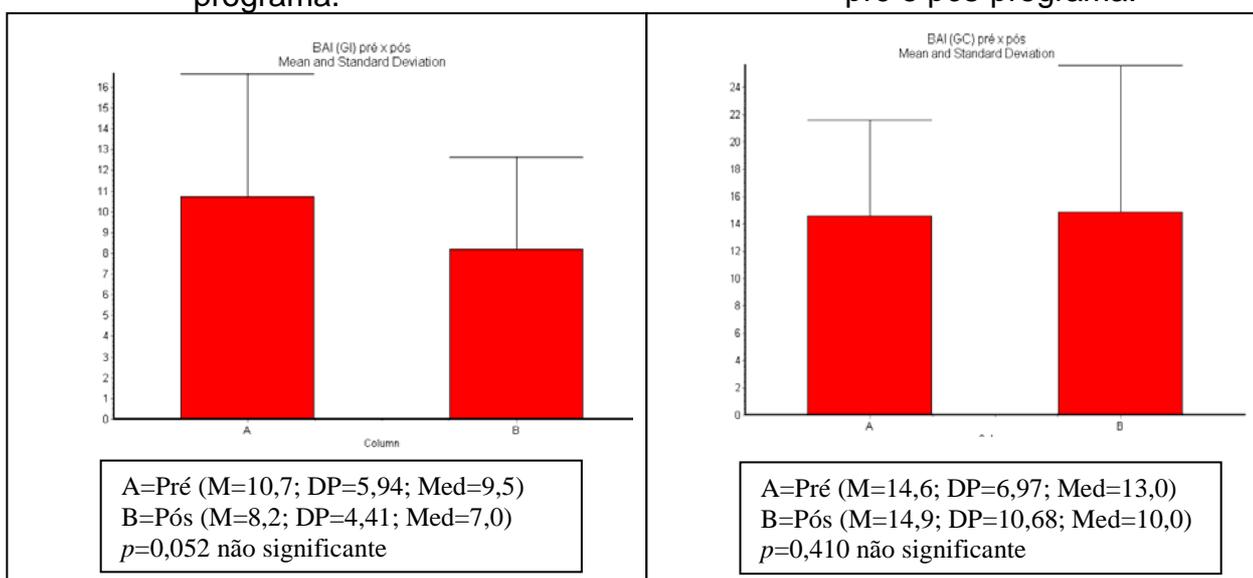
mudaram de fase (dois na leve passaram para mínima e um na moderada passou para leve). Os dois que tiveram seus escores aumentados se mantiveram na mesma fase, a mínima.

No GC os escores obtidos apontam que dos cinco dos sujeitos participantes tiveram seus escores aumentados (dois mantiveram-se na mínima, dois mantiveram na moderada e um passou para grave), quatro que tiveram seus escores reduzidos (um continuou na mínima e três passaram de leve para mínima) e um teve seu escore na mesma freqüência mantendo-se na mesma fase, a mínima.

Os resultados indicam que não há diferença significativa entre o BAI pré e pós-programa para o grupo GI (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal -  $p=0,052$ , porém, muito próximo do valor de corte para significativo (Figura 7), e pré e pós para o GC (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal -  $p=0,410$ ) (Figura 8).

**Figura 7.** Nível de ansiedade na avaliação do BAI intragrupo para o GI no pré e pós-programa.

**Figura 8.** Nível de ansiedade na avaliação do BAI intragrupo para o GC no pré e pós-programa.

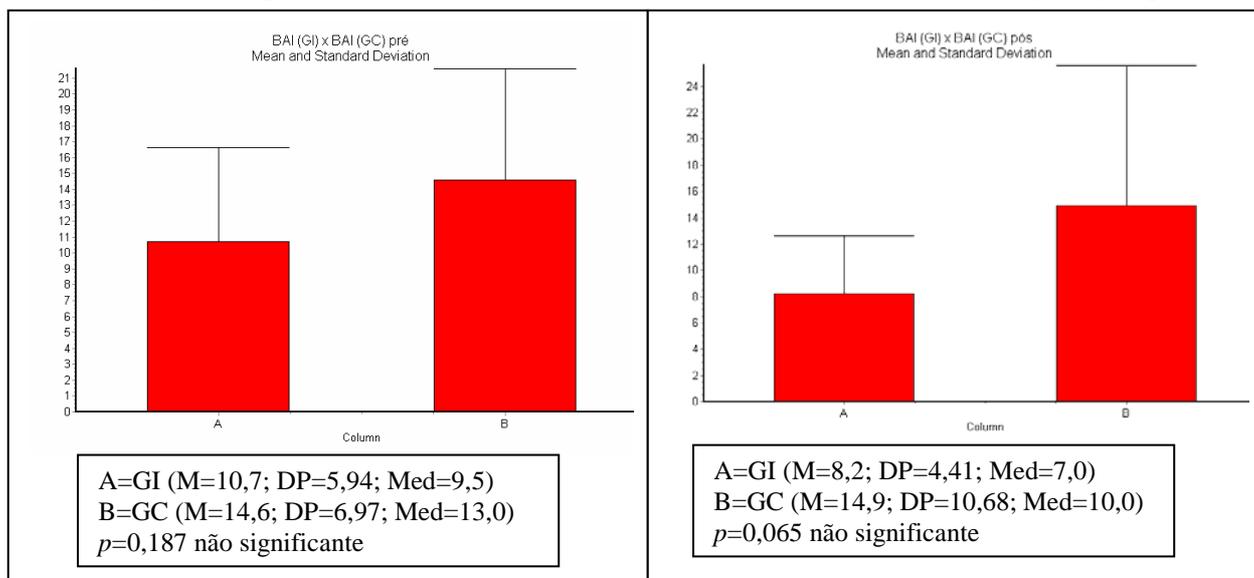


A avaliação de escalas clínicas deve considerar o estado ansioso do paciente, que pode interferir na atenção ao preenchimento correto das escalas ou contribuir para distorções e exageros na descrição da sintomatologia. Contribui para a coleta de dados confiáveis.<sup>(189)</sup>

Ao compararmos os dados obtidos no BAI do GI no pré-programa com o BAI do GC, não encontramos diferença significativa (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal  $p=0,187$ ), embora a média dos pontos obtidos seja menor no grupo intervenção (Figura 9). Ao compararmos os dados obtidos no BDI do GI no pós-programa com o BDI do GC, também não houve diferença significativa (teste Wilcoxon matched pairs unicaudal  $p=0,065$ ) (Figura 10), porém com valor muito próximo do valor de corte para significativa. Tal fato pode talvez estar associado ao “n” pequeno.

**Figura 9.** Nível de ansiedade na avaliação do BAI intergrupo GI x GC no pré-programa.

**Figura 10.** Nível de ansiedade na avaliação do BAI intergrupo GI x GC no pós-programa.



Embora as análises apontem resultados estatísticos não significantes na comparação inter e intragrupos, os escores indicam melhora clínica nos participantes do GI, assim como os encontrados na pesquisa de Domingos.<sup>(184)</sup>

Há que se considerar que o instrumento utilizado (BAI), embora fidedigno e válido para populações não psiquiátricas, é uma medida de sintomas de ansiedade relacionados aos transtornos de ansiedade, especialmente o transtorno de pânico e ansiedade generalizada.<sup>(103)</sup> Estudos sobre medidas mais diretas para avaliação de estados de ansiedade relacionados a questões de saúde precisam ser realizadas.

Os dados encontrados neste estudo, em relação à avaliação e comparação inter e intragrupos no BDI e BAI, corroboram com o encontrado em estudo que avaliou adesão de paciente ao tratamento do tabagismo e utilizou os mesmos questionários. Os escores do BDI e BAI tiveram suas médias de pontos situadas na categoria leve, de acordo com os pontos de corte das escalas, quando comparados com os pacientes que não aderiram ao tratamento. Evidenciando que os altos que índices de depressão e ansiedade, corroborando com outras pesquisas, são fatores que dificultam a aderência dos pacientes ao tratamento, visto que os pacientes com escores mínimos aderiram mais e os mais graves aderiram menos ao tratamento. Evidenciou-se ainda que as mulheres que apresentaram escores maiores de depressão e ansiedade do que os homens aderiram menos ao tratamento quando comparados com a adesão dos homens.<sup>(190)</sup>

Os instrumentos utilizados neste estudo são auto-aplicáveis e permitem ao indivíduo fazer uma auto-avaliação, e de forma deliberada, podem exagerar

ou negar sintomas, enfatizando apenas os traços socialmente aceitos, podendo favorecer o aparecimento de viés na obtenção de respostas as quais podem não corresponder à realidade apresentada pela população estudada. Ainda deve-se considerar que os fatores culturais e sociais podem contribuir para a fidelidade das respostas, uma vez que a depressão e ansiedade são vistas como sinônimo de desequilíbrio mental.<sup>(191,192)</sup>

#### **3.4.4. Nível de Stress - Grupo Intervenção e Grupo Controle**

Na tabela 17 apresenta-se o nível de *stress* dos participantes segundo a fase e os sintomas físicos e psicológicos apresentados. Os grupos GI e GC foram formados ambos com seis sujeitos estressados.

Os resultados mostram que no GI seis participantes apresentavam *stress* na fase inicial do programa (nas fases de alerta, resistência e quase-exaustão) com sintomas físicos e psicológicos. Após intervenção, apenas quatro dos seis sujeitos apresentaram *stress* (na fase de resistência) com sintomas físicos de *stress*. Observamos que após intervenção dois deixaram de apresentar *stress* e sintomas, um reduziu da fase quase-exaustão para de resistência e apresentou só sintomas físicos para *stress*, três continuaram na mesma fase, de resistência apresentando apenas sintomas físicos. Portanto, tais resultados sugerem evidência clínica de redução de *stress*, observados na redução de *stress* e de sintomas (Tabela 17), assim como observada em outros estudos.<sup>(184-186)</sup>

**Tabela 17.** Distribuição do nível de *stress* dos participantes no pré e pós-programa segundo os grupos e os escores na avaliação do ISSL.

	Fases						Sintomas						Fases						Sintomas					
	A	R	Q-E	E	P(%)	F(%)	A	R	Q-E	E	P(%)	F(%)	A	R	Q-E	E	P(%)	F(%)	A	R	Q-E	E	P(%)	F(%)
<b>GI</b>	<b>Pré</b>												<b>Pós</b>											
1	2	2	-	2	-	-	3	2	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	2	3	-	4	-	-	2	3	-	4	-	-	2	3	-	4	-	-
3	5	<b>7</b>	-	9	<b>60</b>	40	6	<b>7</b>	-	6	-	<b>70</b>	6	<b>7</b>	-	6	-	<b>70</b>	6	<b>7</b>	-	6	-	<b>70</b>
4	<b>13</b>	2	-	1	20	<b>100</b>	2	2	-	2	-	-	2	2	-	2	-	-	2	2	-	2	-	-
5	2	2	-	3	-	-	1	1	-	2	-	-	1	1	-	2	-	-	1	1	-	2	-	-
6	3	<b>6</b>	-	4	40	<b>60</b>	2	<b>7</b>	-	5	40	<b>50</b>	2	<b>7</b>	-	5	40	<b>50</b>	2	<b>7</b>	-	5	40	<b>50</b>
7	3	<b>8</b>	-	5	<b>60</b>	50	1	<b>7</b>	-	5	40	<b>50</b>	1	<b>7</b>	-	5	40	<b>50</b>	1	<b>7</b>	-	5	40	<b>50</b>
8	11	-	<b>10</b>	12	<b>70</b>	33	4	<b>7</b>	-	6	40	<b>50</b>	4	<b>7</b>	-	6	40	<b>50</b>	4	<b>7</b>	-	6	40	<b>50</b>
9	4	2	-	3	-	-	4	3	-	2	-	-	4	3	-	2	-	-	4	3	-	2	-	-
10	2	<b>9</b>	-	4	40	<b>70</b>	2	2	-	2	-	-	2	2	-	2	-	-	2	2	-	2	-	-
<b>GC</b>	<b>Pré</b>												<b>Pós</b>											
1	4	<b>5</b>	-	8	20	<b>40</b>	4	<b>8</b>	-	13	<b>80</b>	40	4	<b>8</b>	-	13	<b>80</b>	40	4	<b>8</b>	-	13	<b>80</b>	40
2	7	-	<b>14</b>	15	36	<b>83</b>	8	<b>8</b>	-	14	<b>80</b>	40	8	<b>8</b>	-	14	<b>80</b>	40	8	<b>8</b>	-	14	<b>80</b>	40
3	3	3	-	4	-	-	3	<b>5</b>	-	4	20	<b>40</b>	3	<b>5</b>	-	4	20	<b>40</b>	3	<b>5</b>	-	4	20	<b>40</b>
4	3	<b>5</b>	-	5	<b>40</b>	30	6	<b>7</b>	-	8	20	<b>60</b>	6	<b>7</b>	-	8	20	<b>60</b>	6	<b>7</b>	-	8	20	<b>60</b>
5	9	<b>9</b>	-	6	20	<b>80</b>	3	<b>6</b>	-	7	<b>40</b>	<b>40</b>	3	<b>6</b>	-	7	<b>40</b>	<b>40</b>	3	<b>6</b>	-	7	<b>40</b>	<b>40</b>
6	-	-	-	-	-	-	10	<b>6</b>	-	9	40	<b>80</b>	10	<b>6</b>	-	9	40	<b>80</b>	10	<b>6</b>	-	9	40	<b>80</b>
7	3	<b>8</b>	-	10	<b>100</b>	30	4	3	-	7	-	-	4	3	-	7	-	-	4	3	-	7	-	-
8	1	<b>4</b>	-	3	<b>80</b>	-	-	3	-	2	-	-	-	3	-	2	-	-	-	3	-	2	-	-
9	-	-	-	-	-	-	3	2	-	1	-	-	3	2	-	1	-	-	3	2	-	1	-	-
10	2	1	-	2	-	-	7	<b>6</b>	-	6	<b>40</b>	<b>40</b>	7	<b>6</b>	-	6	<b>40</b>	<b>40</b>	7	<b>6</b>	-	6	<b>40</b>	<b>40</b>

A = Alerta; R = Resistência; Q-E = Quase-Exaustão; E = Exaustão; P = Psicológicos; F = Físicos; GI = Grupo intervenção; GC = Grupo Controle; Pré = Pré-programa; Pós = Pós-programa.

**Obs:** os números foram negritados propositalmente pela pesquisadora com a finalidade de destacar as alterações obtidas na pontuação dos escores, evidenciando a fase de stress que o indivíduo se encontrava e o sintoma apresentado.

Nesta mesma tabela verifica-se que em relação ao GC seis apresentavam stress na fase inicial, pré (fase de resistência e quase-exaustão) e no pós passou para sete participantes sendo todos na fase de resistência.

Na fase de resistência, a homeostase é quebrada, sendo possível a recuperação da mesma sem grandes complicações.<sup>(38,39)</sup> E nas fases de exaustão e quase-exaustão, há grande possibilidade do aparecimento de doenças, em função da queda de imunidade, que em indivíduos com problemas crônicos de saúde pode significar agravamento do quadro clínico.<sup>(184)</sup>

O *stress* pode ser provocado por fontes internas, como crenças irracionais e pensamentos distorcidos,<sup>(193)</sup> que merecem significativa atenção no controle do *stress*.

Os sintomas físicos mais citados pelos participantes do GI, na fase de alerta, no pré-programa foram: tensão muscular e aperto de mandíbula/ranger dos dentes; na fase de resistência os mais citados foram: sensação de desgaste físico e cansaço constante, problemas de memória; na fase de exaustão os mais citados foram: insônia, excesso de gases e problemas dermatológicos. Em relação aos sintomas psicológicos, encontramos na fase de alerta os seguintes sintomas: vontade súbita de iniciar novos projetos e entusiasmo súbito; na fase de resistência, os mais citados foram: diminuição da libido, sensibilidade e irritabilidade excessiva; na fase de exaustão foram: cansaço excessivo angústia e ansiedade diária e hipersensibilidade emotiva (Tabela 18).

Os sintomas físicos mais citados pelos participantes do GC, no pós-programa, fase de alerta foram: tensão muscular, insônia e aperto de mandíbula e ranger dos dentes; na fase de resistência foram: sensação de desgaste e problemas com a memória, cansaço constante, problemas de memória e mal estar sem causa específica; na fase de exaustão mencionaram: excesso de gases e dificuldades sexuais. Em relação aos sintomas psicológicos na fase de alerta, o mais citado foi vontade súbita de iniciar novos projetos e aumento súbito da motivação; na fase de resistência encontramos: irritabilidade e sensibilidade emotiva excessiva; e na fase de exaustão foram: cansaço excessivo e perda do senso de humor (Tabela 18).

**Tabela 18.** Frequência da sintomatologia de *stress* dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e os escores na avaliação do ISSL.

SINTOMAS MAIS FREQUENTES	GI				GC			
	Pré		Pós		Pré		Pós	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Fase de Alerta</b>								
<i>Físicos</i>								
Mãos e pés frios	1	2,8	1	3,8	2	7,7	1	3,0
Boca seca	3	8,3	1	3,8	3	11,5	4	12,1
Nó no estômago	3	8,3	-	-	1	3,8	1	3,0
Aumento de sudorese	2	5,5	1	3,8	1	3,8	2	6,1
Tensão muscular	7	19,4	9	34,6	3	11,5	7	21,2
Aperto mandíbula/ranger dos dentes	7	19,4	4	15,4	1	3,8	3	9,1
Diarréia passageira	1	2,8	1	3,8	4	15,4	1	3,0
Insônia	2	5,5	6	23,1	2	7,7	5	15,1
Taquicardia	3	8,3	1	3,8	1	3,8	5	15,1
Hiperventilação	2	5,5	-	-	1	3,8	-	-
Hipertensão Arterial súbita/passageira	2	5,5	-	-	2	7,7	1	3,0
Mudança de apetite	3	8,3	2	7,7	5	19,2	3	9,1
<b>TOTAL</b>	36	100,0	26	100,0	26	100,0	33	100,0
<i>Psicológicos</i>								
Aumento súbito motivação	2	25,0	2	40,0	-	-	-	-
Entusiasmo súbito	3	37,5	-	-	2	33,3	3	42,8
Vontade súbita iniciar novos projetos	3	37,5	3	60,0	4	66,6	4	51,7
<b>TOTAL</b>	8	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0
<b>Fase de Resistência</b>								
<i>Físicos</i>								
Problemas com a memória	5	13,9	5	16,1	4	12,9	4	10,8
Mal-estar sem causa específica	4	11,1	5	16,1	3	9,7	4	10,8
Formigamento extremidades	4	11,1	2	6,4	5	16,1	3	8,1
Sensação desgaste físico constante	7	19,4	6	19,3	7	16,1	6	16,2
Mudança de apetite	3	8,3	1	3,2	3	9,7	3	8,1
Problemas dermatológicos	4	11,1	3	9,7	1	3,2	2	5,4
Hipertensão Arterial	-	-	1	3,2	-	-	3	8,1
Cansaço constante	7	19,4	5	16,1	4	12,9	6	16,2
Aparecimento de úlcera	-	-	-	-	-	-	2	5,4
Tontura/sensação estar flutuando	2	5,5	3	9,7	4	12,9	4	10,8
<b>TOTAL</b>	36	100,0	31	100,0	31	100,0	37	100,0
<i>Psicológicos</i>								
Sensibilidade emotiva excessiva	4	22,2	4	28,6	1	5,6	5	23,8
Dúvida quanto a si próprio	2	11,1	1	7,1	2	11,8	2	9,5
Pensar constantemente em um só assunto	3	16,7	3	21,4	6	35,3	3	14,3
Irritabilidade excessiva	4	22,2	4	28,6	6	35,3	6	28,6
Diminuição da libido	5	27,8	2	14,3	2	11,8	5	23,8
<b>TOTAL</b>	18	100,0	14	100,0	17	100,0	21	100,0

GI = Grupo intervenção; GC = Grupo Controle; Pré = Pré-programa; Pós = Pós-programa.

Continua

SINTOMAS MAIS FREQUENTES	GI				GC			
	Pré		Pós		Pré		Pós	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Fase de Exaustão</b>								
<b>Físicos</b>								
Diarréia freqüente	1	4,8	-	-	1	4,0	-	-
Dificuldades sexuais	3	14,3	4	22,2	6	24,0	4	15,4
Insônia	5	23,8	3	16,7	6	24,0	2	7,7
Náusea	1	4,8	1	5,5	-	-	4	15,4
Tiques	-	-	1	5,5	2	8,0	2	7,7
Hipertensão Arterial continuada	-	-	-	-	-	-	1	3,9
Problemas dermatológicos prolongados	3	14,3	2	11,1	-	-	1	3,9
Mudança extrema de apetite	2	9,5	1	5,5	3	12,0	5	19,2
Excesso de gases	4	19,0	5	27,8	3	12,0	4	15,4
Tontura freqüente	2	9,5	1	5,5	3	12,0	3	11,5
Úlcera	-	-	-	-	1	4,0	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Psicológicos</b>								
Impossibilidade de trabalhar	-	-	2	7,0	-	-	1	2,6
Pesadelos	2	8,0	1	3,9	2	6,5	2	5,1
Sensação de incompetência	1	4,0	-	-	2	6,5	1	2,6
Vontade de fugir de tudo	2	8,0	3	11,5	4	12,9	3	7,7
Apatia, depressão ou raiva prolongada	-	-	-	-	2	6,5	3	7,7
Cansaço excessivo	5	20,0	6	23,1	5	16,1	7	17,9
Pensar/falar em um só assunto	3	12,0	-	-	3	9,7	2	5,1
Irritabilidade sem causa aparente	2	8,0	6	23,1	3	9,7	6	15,4
Angústia/ansiedade diária	4	16,0	1	3,9	3	9,7	6	15,4
Hipersensibilidade emotiva	4	16,0	2	7,7	4	12,9	5	12,8
Perda do senso de humor	3	12,0	5	19,2	3	9,7	6	15,4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

GI = Grupo intervenção; GC = Grupo Controle; Pré = Pré-programa; Pós = Pós-programa.

Observamos na tabela 18, que na comparação intragrupo houve redução do número de sintomas, entre a avaliação pré e pós-programa no GI, tanto físicos quanto psicológicos nas três fases e para o GC a mesma avaliação ocorreu o inverso, houve aumento do número de sintomas físico e psicológicos nas três fases.

Domingos<sup>(184)</sup> não encontrou diferença significativa em relação aos sintomas físicos, mas encontrou diferença significativa em relação aos sintomas psicológicos em pesquisa realizada com pacientes candidatos a

transplante de fígado. Isto pode ser explicado pelo fato de que alguns sintomas físicos acompanham a sintomatologia (cansaço constante, fadiga) do próprio quadro clínico,<sup>(194)</sup> não desaparecendo com intervenção psicológica, o que difere dos sintomas psicológicos, que por meio de treino de controle de *stress*<sup>(39)</sup> é possível alterar a forma de interpretar a situação e reestruturar cognitivamente a maneira de enfrentar a situação.<sup>(193)</sup>

Estudo sobre *stress* laboral recomenda que o tratamento contra o *stress* deve ser preventivo, no sentido de erradicá-lo por meio do controle dos fatores ou de suas forças causais, conseguido por meio de ações necessárias para modificar tais processos causais. Porém a prevenção e atenção ao *stress* laboral constituem um grande desafio e os critérios para combatê-lo deverão ser organizacionais e pessoais. Ressalta ainda os programas de atenção individual nos locais de trabalho contemplam a difusão de informações sobre o *stress*, identificar suas causas e a forma de controle, por meio da educação para a saúde dos trabalhadores no sentido de conscientizá-lo para que desenvolvam habilidades pessoais que lhes permitam minimizar o problema.<sup>(195)</sup>

Esse mesmo autor salienta que é importante ainda na parte educativa ao trabalhador, melhorar os hábitos alimentares, praticar exercício físico moderado, gradual e progressivo, estabelecer ritmos de sono adequado, propiciar as atividades recreativas, diminuir as adições e evitar a vida sedentária. Chama atenção para as chamadas técnicas de atenção que consistem de métodos para ajudar os trabalhadores a resolver suas reações fisiológicas e psicológicas, com estratégias para reduzir o *stress* no ambiente

laboral. Consistem de exercícios de relaxamento, autotreinamento, biorretroestimulação, exercícios respiratórios, auto-estima, meditação e ioga.

Todas essas assertivas apresentadas reforçam a necessidade de se elaborar programas que conscientizem sobre a gravidade do *stress* e a importância de preveni-lo.

De maneira geral, muitos são os caminhos que podem levar ao *stress* assim como múltiplas são as formas de evitá-lo. Identificar e saber gerenciar as tensões, praticar atividade física regularmente e uma boa alimentação, já é um bom e simples começo para prevenção. Porém, em um tempo em que a correria do dia a dia, somada à sobrecarga de trabalho e às pressões de consumo da vida moderna, muitas vezes associadas a uma organização empresarial, sufoca as pessoas conduzindo-as a hábitos alimentares não saudáveis (alimentação rápidas) e a uma vida sedentária. Assim as pessoas dedicam pouca ou nenhuma parte do tempo para cuidar do próprio corpo.<sup>(196)</sup>

É importante salientar que no campo da saúde do trabalhador, as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho (NRs), parecer ser suficientes para possibilitar o controle e a prevenção do *stress* entre os trabalhadores.

Corrêa, Menezes<sup>(196)</sup> salientam que é necessário que o *stress* seja enfrentado com: calma e resignação diante dos fatores consumados; coragem e determinação para enfrentar e resolver os problemas; bom humor e simpatia diante do fracasso, conflitos e agressividade de outras pessoas. Nesse sentido é preciso aprender a monitorar as mudanças no estilo de vida, o que exige um programa planejado, com aulas, vivências e discussões.

Estudo relata que, pode-se estabelecer uma associação entre presença de sintomas de ansiedade e exposição a situações estressoras.<sup>(184)</sup> Neste estudo verificamos que os participantes também apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, indicando uma relação entre eles.

#### **3.4.5. QSG - Grupo Intervenção e Grupo Controle**

A Tabela 19 traz os resultados obtidos nos escores do QSG-60 nos pré e pós-programa para GI e GC.

**Tabela 19.** Distribuição dos escores na avaliação do QSG-60 dos participantes no pré e pós-programa, segundo os grupos e o fator avaliado.

GI	Pré						Pós					
	Stress	Morte	Desempenho	Sono	Somático	Saúde	Stress	Morte	Desempenho	Sono	Somático	Saúde
	≥2,92	≥2,00	≥2,61	≥2,67	≥2,60	≥2,42	≥2,92	≥2,00	≥2,61	≥2,67	≥2,60	≥2,42
1	1,92	1,13	1,76	1,33	2,20	1,77	1,83	1,13	1,94	1,67	1,60	1,75
2	2,75	<b>2,38</b>	2,24	2,33	2,30	<b>2,45</b>	2,25	1,88	2,29	1,50	1,60	2,08
3	2,83	1,75	<b>2,65</b>	1,33	2,30	<b>2,43</b>	1,58	1,00	1,88	2,50	2,00	1,80
4	1,50	1,00	1,71	1,67	1,50	1,62	1,92	1,25	2,53	2,17	2,00	2,10
5	2,08	1,00	2,06	<b>2,67</b>	1,70	1,88	2,00	1,00	1,59	2,00	1,60	1,70
6	2,00	1,00	1,71	2,33	2,30	<b>2,48</b>	2,08	1,13	2,00	<b>2,83</b>	1,80	1,97
7	2,25	1,00	2,41	1,67	2,10	2,00	1,92	1,00	2,12	1,00	1,90	1,75
8	2,58	1,13	2,29	<b>2,67</b>	<b>2,90</b>	2,32	2,25	1,25	1,65	1,83	2,00	1,82
9	2,08	1,00	1,65	<b>2,67</b>	1,80	1,83	1,92	1,00	1,59	2,00	2,20	1,78
10	2,25	1,25	2,18	1,00	2,00	2,08	2,08	1,88	2,29	1,17	1,90	2,02
GC	Pré						Pós					
2	2,42	1,75	2,24	<b>2,83</b>	<b>2,90</b>	<b>2,48</b>	<b>3,58</b>	<b>2,88</b>	<b>3,35</b>	<b>3,00</b>	<b>3,40</b>	<b>3,27</b>
9	<b>2,92</b>	<b>2,00</b>	<b>2,71</b>	<b>3,50</b>	<b>2,60</b>	<b>2,75</b>	2,25	1,50	2,24	<b>3,33</b>	2,30	2,32
10	1,83	1,00	1,47	1,33	1,60	1,57	2,25	1,25	2,53	1,50	1,90	2,00
14	<b>2,92</b>	1,88	2,53	<b>3,00</b>	2,50	<b>2,52</b>	2,42	1,13	2,12	<b>2,67</b>	<b>3,20</b>	2,28
45	2,67	1,00	2,06	<b>3,33</b>	<b>2,60</b>	2,37	1,67	1,00	1,71	2,17	<b>2,60</b>	1,78
58	2,00	1,25	2,00	1,33	2,10	1,87	2,17	1,25	2,47	2,33	2,30	2,30
65	2,5	1,25	2,18	1,50	<b>2,80</b>	2,2	1,33	1,00	1,71	1,67	1,40	1,53
76	2,08	1,25	2,24	1,33	1,60	1,83	1,83	1,25	1,76	2,50	1,60	1,83
80	1,67	1,00	1,82	1,67	2,00	1,72	2,08	1,13	1,71	1,67	1,80	1,73
95	2,00	1,13	1,76	1,83	2,00	1,83	2,17	1,13	1,88	1,33	1,70	1,88

**GI** = Grupo intervenção; **GC** = Grupo Controle; **Pré** = Pré-programa; **Pós** = Pós-programa.

*Obs:* Os espaços foram sombreados propositalmente pela pesquisadora com a finalidade de destacar os escores indicativos de alterações do fator correspondente.

Na análise intragrupo, verifica-se que para o GI, seis participantes apresentaram alterações em um (três participantes) ou dois (três participantes) fatores no pré-programa, e após intervenção apenas um participante apresentou alteração em um único fator. Os resultados foram estatisticamente significantes (Teste de Wilcoxon matched pairs unicaudal) em relação ao Fator *Stress* ( $p=0,0322$ ) e Fator Saúde Geral ( $p=0,0186$ ). O Fator Saúde Geral é um bom indicativo de mudança, pois avalia o grau da severidade da ausência da saúde mental. Neste caso, houve mudança do pré para o pós-programa, indicando melhora dos sintomas. Nos demais fatores não houve diferença significativa: Fator Morte ( $p=0,218$ ); Desempenho ( $p=0,3478$ ); Sono ( $p=0,2461$ ) e Somático ( $p=0,0527$ ). No entanto, em todos os fatores as médias foram menores da avaliação pós-programa (Tabela 20). Isto sugere que, há diminuição de sintomas após treino de controle de *stress* e que os participantes aprenderam a lidar positivamente com situações estressantes. Em virtude do número pequeno de participantes e ao pouco controle de variáveis, não se pode generalizar esses resultados.

Em relação ao GC cinco participantes apresentaram alterações em um (um participante), dois (um participante), três (dois participantes) ou todos (um participante) fatores no pré, e no pós três participantes apresentaram alterações em um (dois participantes), dois (um participante) ou todos (um participante) os fatores. Nenhum Fator apresentou diferença estatisticamente significativa entre a pré e pós aplicação dos inventários (Teste de Wilcoxon matched pairs unicaudal): Fator *Stress* ( $p=0,2783$ ); Fator Morte ( $p=0,4219$ );

Fator Desempenho ( $p=0,5000$ ); Fator Sono ( $p=0,5000$ ); Fator Somático ( $p=0,4727$ ) e Fator Saúde Geral ( $p=0,4514$ ).

Observa-se que no GC os Fatores *Stress*, Somático e Saúde Geral, as médias diminuíram quando comparado o pré com o pós; o Fator Morte a média se manteve e os Fatores Desempenho e Sono as médias aumentaram (Tabela 20).

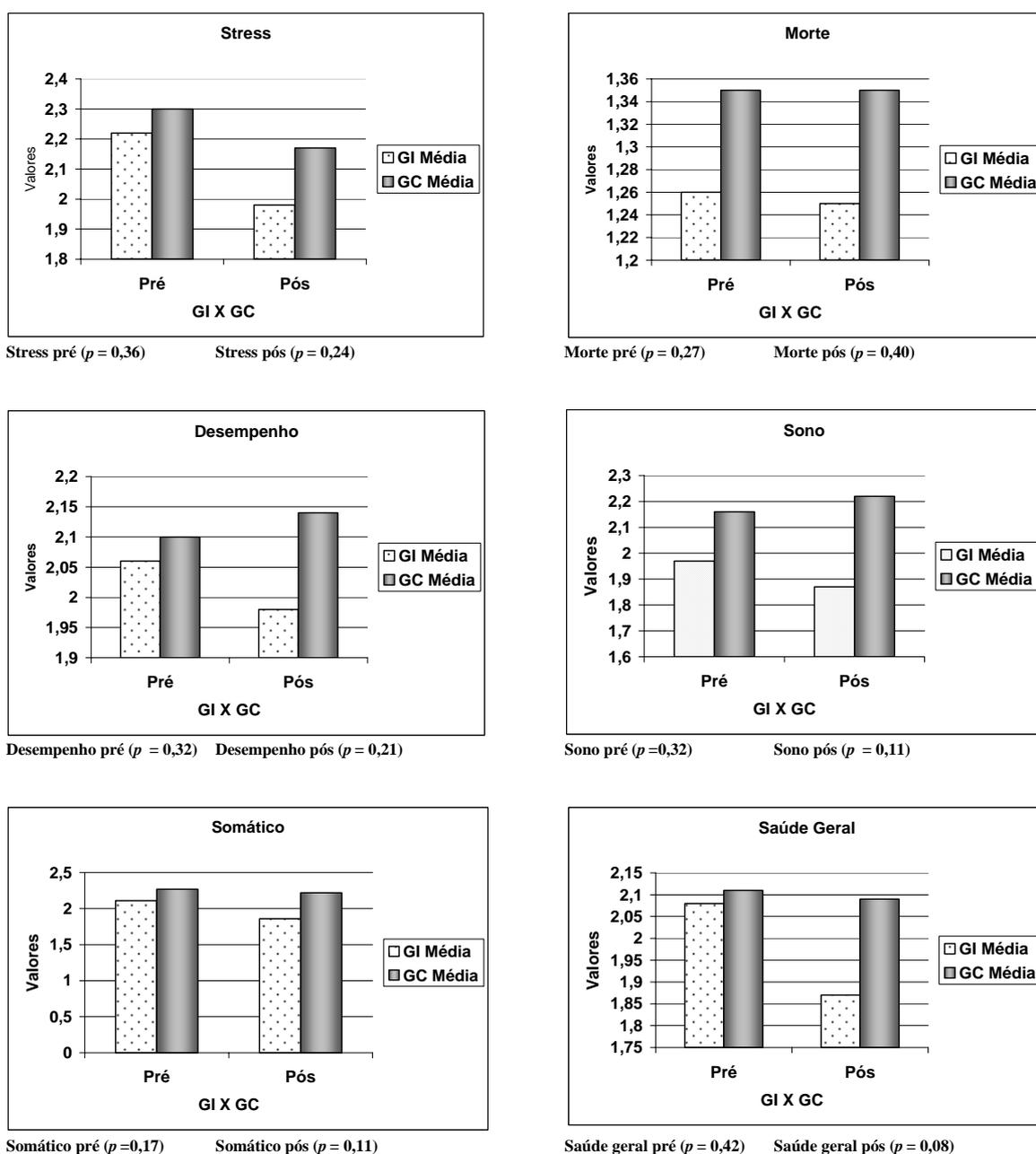
Uma explicação para diminuição das médias, mesmo não tendo participado do treino de controle de *stress*, é que os indivíduos possuem estratégias de enfrentamento, no sentido de solucionar ou de lidar de forma mais adequada com os problemas.<sup>(197)</sup>

Nas análises intergrupos (Teste de Wilcoxon matched pairs unicaudal), entre pré e pós-programa, não houve diferença estatística significativa para nenhum fator, considerando-se  $p=0,05$ , mas as médias foram menores no GI comparadas com as do GC (Figura 11).

**Tabela 20.** Distribuição das Médias, Desvio Padrão, Medianas e valor “*p*” inter e intragrupo do GI e GC, no pré e pós-programa, segundo os grupos e cada fator avaliado do QSG-60.

		Stress		Morte		Desempenho		Sono		Somático		Saúde Geral	
		pré	pós	pré	pós	Pré	pós	pré	pós	pré	Pós	pré	pós
Inter	<b>p</b>	0,367	0,248	0,273	0,406	0,326	0,215	0,326	0,116	0,18	0,116	0,422	0,08
	<b>M</b>	2,22	1,98	1,26	1,28	2,06	1,98	1,97	1,87	2,11	1,86	2,08	1,87
	<b>DP</b>	0,41	0,19	0,45	0,35	0,34	0,32	0,64	0,56	0,39	0,21	0,31	0,15
	<b>Med</b>	2,16	1,96	1,06	1,13	2,12	1,97	2,00	1,91	2,15	1,90	2,04	1,81
Intra	<b>p</b>	0,0322		0,218		0,3478		0,2461		0,0527		0,0186	
	<b>M</b>	2,30	2,17	1,35	1,35	2,10	2,15	2,16	2,22	2,27	2,22	2,11	2,09
	<b>DP</b>	0,44	0,59	0,38	0,56	0,36	0,53	0,89	0,67	0,47	0,68	0,40	0,49
	<b>Med</b>	2,25	2,17	1,25	1,19	2,12	2,00	1,75	2,25	2,30	2,10	2,03	1,94
Intra	<b>p</b>	0,2783		0,4219		0,500		0,500		0,4727		0,4551	

**GI** = Grupo intervenção; **GC** = Grupo Controle; **Pré** = Pré-programa; **Pós** = Pós-programa; **M** = Média; **Med** = Mediana; **DP** = Desvio Padrão; **p** = valor *p*; **Intra** = Análise Intragrupo; **Inter** = Análise Intergrupo



**Figura 11.** Distribuição da Média e do valor “p” na análise intergrupo GI x GC, no pré e pós-programa, segundo cada fator avaliado do QSG-60.

O estudo permite ainda realizar algumas análises importantes do ponto de vista qualitativo.

Os participantes do GI apresentaram médias menores no BDI e BAI quando comparado inter e intragrupo, indicando diminuição de sintomas. Além

disso, apenas quatro participantes continuaram apresentar stress e com sintomatologia física. No GC, eram seis participantes com *stress* no pré e sete no pós-programa.

Observa-se certa relação entre os resultados do Fator Somático do GSG, cujas médias foram maiores em relação aos demais fatores e Fator Sono, com as porcentagens de sintomas físicos apresentados no ISSL, pois ambos avaliam aspectos físicos. Além disso, sintomas físicos são mais facilmente identificados do que sintomas psicológicos e mais bem aceitos socialmente.

O Fator Saúde Geral mostrou discrepância significativa no GI. Isto sugere que os participantes deste grupo tiveram um aproveitamento positivo quanto ao programa de controle de *stress*. Aprendendo a identificar situações estressantes e como enfrentá-las de forma adequada, conseguem minimizar os efeitos negativos e utilizar estratégias tanto para evitar quanto para controlar.

O *Stress* não deve ser visto apenas como negativo, pois há necessidade deste para que se consiga manter a criatividade e energia para o desenvolvimento das mais diversas tarefas, sejam físicas ou mentais.<sup>(38)</sup> É preciso saber administrá-lo a seu favor.

É necessário registrar que, a literatura sobre *stress* é vasta, no entanto, os resultados de pesquisas sobre treino de controle de *stress*, como proposto por Lipp,<sup>(37)</sup> referem-se quase em sua totalidade a populações de pacientes. Esta pesquisa é inovadora, pois se propôs estudar o treino em uma população específica, sendo assim, outras pesquisas, com número maior de participantes e maior controle de variáveis devem ser implementadas.

### 3.4.6. Depoimentos dos participantes do Grupo Intervenção

Ao término da aplicação do programa de treino de controle de *stress*, os psicólogos responsáveis pela aplicação do programa solicitaram aos sujeitos um *feedback*\* do programa realizado. A análise desses conteúdos dá a idéia de como os participantes se sentiram após o treino de controle de *stress*. Não é um treino apenas para situações específicas, é possível utilizá-lo na vida diária e com grande sucesso. Descreveremos algumas verbalizações:

“No começo vim participar meio que a força, pois ouvimos do resto do pessoal que fomos escolhidos porque tínhamos “problemas” ou éramos desregulados, mas logo na primeira sessão me senti bastante motivada para continuar participando. Hoje, posso afirmar que fui privilegiada em participar deste programa, aprendi muito a lidar com algumas situações estressantes em geral”

“O programa me ajudou muito. Para mim valeu demais. Pena que acabou”.

“É uma pena que toda a nossa equipe de enfermagem não possa ter participado desse programa, penso que todos sairiam beneficiados. Não podemos mudar o trabalho, mas podemos mudar a forma de agir das pessoas. O programa me ajudou muito.

“Aqui aprendi sobre *stress* e como fazer para tentar diminuí-lo. Minha família fala que estou reagindo diferente, para melhor, é claro... risos...”.

---

\* A palavra *feedback* será utilizada em sua versão original, em inglês e sem aspas, por ser assim consagrada universalmente

“Tenho feito os exercícios de relaxamento em casa como vocês pediram e os resultados estão sendo muito bons. Pena que às vezes algumas situações ainda não consegui controlá-las. O resultado é uma desastre.... risos...”

“Esse programa podia continuar e não acabar é uma pena. Com ele por perto estaríamos sempre atentas e refletindo nas maneiras de reagir frente as situações estressantes

“Acho que o programa deveria ser oferecido para todos. Quem mais precisava fazer ficou de fora. Para melhorar os problemas do centro cirúrgico até os médicos e chefias deveriam participar.... risos..”.

“É engraçado, quando fui convidada a participar do programa a maioria dos colegas de trabalho faziam piadinhas. Hoje percebo, pela fala deles, que eles também queiram ter participado, pois falam que a gente está mais calma.”.

“Os exercícios de relaxamento deixam a gente bem relaxada, dá uma sensação de leveza. Você volta para o trabalho num ritmo mais tranqüilo”.

“Aqui aprendi as formas de encarar as situações que me deixam muito nervosa. Foi muito bom participar do programa. Pena que acabou. Vou sentir falta”.

### **Sugestões**

Oferecer programas com estratégias de enfrentamento e treinamentos permanentes com técnicas de relaxamento, ginástica laboral, dinâmicas de grupo, entre outros, que visem proporcionar condições de trabalho mais

satisfatórias; melhoria das relações interpessoais (enfermeiras-enfermagem-médicos).

Ainda sugerimos a continuação desses estudos, na unidade em questão, no sentido de minimizar os eventos estressores dentro do ambiente laboral, que estão desencadeando esse processo de *stress* nos profissionais de enfermagem, bem como os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos mesmos.

## 4. CONCLUSÕES

---

#### 4. CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo propor e avaliar um programa de intervenção para treino de controle de *stress* em trabalhadores de enfermagem de uma unidade hospitalar. Foram realizados dois estudos: um estudo descritivo e um estudo quase-experimental. Assim, as conclusões serão apresentadas de acordo com esta proposta.

##### **Estudo Descritivo**

- O levantamento realizado no CEAT identificou 294 episódios de afastamentos no período de 1995 a 2004, envolvendo os trabalhadores de enfermagem, nas quatro categorias profissionais.
- Perfil sócio-demográfico: maioria eram mulheres, casadas, auxiliares de enfermagem, com média de idade de 30 a 49 anos, jornada de trabalho de 6 horas principalmente no período da manhã.
- Os transtornos afetivos (F30 – 39) foram os principais diagnósticos e os trabalhadores necessitaram em média de 15 a 29 dias de afastamento.
- A unidade de maior ocorrência foi o Centro Cirúrgico.
- Os principais estressores apontados foram problemas de relacionamento interpessoal e profissional entre médicos, chefia e equipe de enfermagem, a estrutura organizacional e em relação ao ambiente físico da UCC.

- A maioria dos participantes apresentou nível mínimo de depressão, ansiedade, com sintomas de *stress* nas Fases de Alerta, Resistência e Quase-Exaustão e com perfil sintomático para problemas de saúde mental relacionados aos distúrbios psicossomáticos, distúrbios do sono, stress psíquico, desconfiança no desempenho e para a saúde geral apresentaram uma gravidade para doença mental.

### **Estudo Quase-Experimental**

- Perfil sócio-demográfico da equipe de enfermagem da UCC: maioria auxiliares de enfermagem, mulheres, casadas, com média de idade de 36 anos, com primeiro grau completo, do turno da manhã e jornada de 6 horas, tempo de trabalho no setor e na enfermagem de 1 a 5 anos.
- Os resultados indicaram diminuição dos sintomas no GI em todos os inventários aplicados, tanto intragrupo quanto intergrupo, embora não tenham sido estatisticamente significante.

Assim, os resultados obtidos fornecem subsídios fundamentais para a implantação de políticas institucionais que visem não somente o lucro, mas também a qualidade de vida dos seus trabalhadores.

O investimento na qualidade de vida do profissional de enfermagem contribui não somente para a redução de custos e diminuição de absenteísmo, mas também para a motivação e auto-estima contribuindo para uma assistência de enfermagem mais humana e livre de riscos para o paciente e próprio trabalhador.

Além disso, os resultados obtidos servirão de base para a implantação de um programa de redução do *stress*, que seja contínuo e regular, para a equipe de Enfermagem visando a prevenção de doenças.

A população que compôs o programa de intervenção e de controle deste estudo apresentou-se como um fator limitante.

O estudo nos permite concluir que o programa auxiliou e possibilitou o autoconhecimento quanto à percepção e enfrentamento das situações geradoras de *stress*, visto ser este um passo fundamental para a redução de *stress*, o que possibilita uma melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da enfermagem e conseqüentemente a melhoria da qualidade da assistência prestada por esses profissionais.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

**5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cataldi MJG. O stress no meio ambiente de trabalho. São Paulo: LTr; 2002.
2. Robortela LCA. Novos paradigmas do trabalho humano no século XXI. *Gênesis*. 2002;(115)53-65.
3. Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros do centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003.
4. Lima H, Garcia JM, Capel DZ. Ambiente hospitalar: reconhecimento, avaliação e controle de riscos. In\_\_\_\_\_. Técnicas e práticas na agroindústria, na construção civil e no ambiente hospitalar. Goiânia: AB Editora; 2006. p. 113-5. v.5.
5. Silva DMPP. O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.
6. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Publica* 2003;37(4):424-33.

7. Carvalho, DV, Lima, FCA, Costa TMPF, Lima EDRP. Enfermagem em setor fechado – estresse ocupacional. REME Rev. Min. Enferm. 2004;8(2):290-4. [citado 2005 maio 07]. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufmg.br/remex/remex8n2.pdf>.
8. Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Espaço Saúde versão online 2000;1(2):75-88.
9. Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. Psychiatr on Line Brazil 1997;25(1) [citado 2007 jan. 15]. Disponível em: URL <http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>.
10. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. Nat Med. 1998;4(11):1241-3.
11. Medeiros EN, Ferreira-Filha MO, Vianna RPT. Estudos epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. Online Braz J Nurs 2006;5(1):1-12. [citado 14 jun. 2007]. Disponível em: URL: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerfriendly/138/39>
12. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiquiatr Clín 2006;33(2) [citado 2007 maio 15]. Disponível em URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>

13. Doença mental afasta 100 mil por ano. Folha de São Paulo 2007 fev.11. [citado 2007 mar 12]. Disponível em URL: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/classificados/empregos/ult1671u2685.shtml>
14. Bulhões I. Riscos do trabalho de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 1998.
15. Lima EDRP, Carvalho DV. Estresse ocupacional: condições gerais. Nursing (São Paulo) 2000;3(22):30-4.
16. Santos KJ, Soler ZASG. Absenteísmos na enfermagem: enfoque nas causas de ordem psicológica. Enferm Brasil. 2003;2(6):336-43.
17. Fernandes AMO, Guimarães ZS. Transtornos mentais e do comportamento dos trabalhadores In: Fernandes AMO, Guimarães ZS. Saúde-doença do trabalhador: um guia para os profissionais. Goiânia: AB Editora; 2007. v.3, p. 187-9.
18. Murofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho [doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
19. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC; 1990.

20. Santos AM. Transtornos mentais e comportamentais em servidores da Universidade Federal do Paraná (UFPR). [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2002.
21. Ferreira LC. Organização e relações de trabalho. *Texto & Contexto Enferm* 2003;12(4):461-9.
22. Rocha RM. O ser humano, a saúde mental e os transtornos mentais e do comportamento. In:\_\_\_\_\_. *Enfermagem em saúde mental*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac; 2007.
23. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicol Soc* 2003;15(1):97-116.
24. Costa S. Auxílio-doença fica mais difícil. Brasília, DF; 2006 [citado 2007 Abril 10]. Disponível em URL: [http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=29493](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=29493)
25. Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MG. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad Saúde Pública* 2001;17(3):607-16.
26. Dractu L, Lader M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia. Uma interpretação contemporânea da literatura. *J Bras Psiquiatr* 1993; 42(1): 19-32.

27. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
28. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl II):20-3.
29. Montiel JM, Capovilla AGS, Berberian AA, Capovilla FC. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Rev Psicol Ed* 2005;6(2):33-42. [citado 2007 abr. 4]. Disponível em URL: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142005000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200005&lng=pt&nrm=iso)
30. Menzani G. *Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2006.
31. Antai-Otong D. Anxiety disorders: treatment considerations. *Nurs Clin North América* 2003;38(1):35-44.
32. Gliatto MF. Generalized anxiety disorder. *Am Fam Physician* 2000;62(7):1591-602.

33. Teng CH, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* 2005;32(3):149-59 [citado 2007 fev. 20]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3.pdf>.
34. Bianchi ERF. Conceito de stress: evolução histórica. *Nursing (São Paulo)* 2001;4(39):16-9.
35. Ballone GJ. Estresse, ansiedade e esgotamento. [citado 2007 maio 18]. Disponível em URL: <http://www.cerebromente.org.br/n11/doencas/estresse.htm>
36. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.
37. Lipp MEN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
38. Lipp MEN. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Rev Psiquiatr Clín* 2001;28(6):347-9. [citado 2006 ago. 2]. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28\\_6/artigos/art347.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28_6/artigos/art347.htm)
39. Lipp MEN (Org). Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

40. Malagris LEN, Fiorito ACC. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estud Psicol (Campinas)*. 2006;23(4):391-8.
41. Parafo RC, De Martino MMF. Estudo do estresse em enfermeiro com dupla jornada de trabalho em hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):152-60.
42. Miquelim JDL, Carvalho CBO, Gir E, Pelá NTR. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS, DST. *J Bras Doenças Sex Transm* 2004;16(3):24-31.
43. Lipp MEN, Malagris LEN. O stress emocional e seu tratamento. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 475-90.
44. Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1990.
45. Lipp MEN. *Pesquisas sobre stress no Brasil*. Campinas: Papyrus; 1996.
46. Lipp MEN, Rocha JC. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. um guia de tratamento ao hipertenso*. Campinas, SP: Papyrus; 1994.

47. Ballone GJ. Curso sobre estresse. 2004. [citado 2004 abr. 20]. Disponível em URL: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>
48. Lipp MEN, Malagris LEN. Manejo do estresse. In: Rangé B.organizador. Psicoterapias cognitivo-comportamentais:um diálogo com a: psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 279-92.
49. Bauer ME. Estresse: como ele abala as defesas do organismo?. Ciênc Hoje. 2002;3(179):20-5.
50. Paschoal T, Tamayo A. Validação da escala de estresse no trabalho. Estud Psicol (Campinas) 2004;9(1):45-52.
51. Bertoletti J, Cabral PMF. Saúde mental do cuidador na instituição hospitalar. Psicol Teor e Pesqui 2007.23(1):103-10.
52. Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho AMP. Percepção do estresse entre enfermeiros a que atuam em Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm 2006;19(3):310-5.
53. Meirelles BHS. A enfermagem frente aos riscos do ambiente hospitalar. Cogitare Enferm 1997;2(1):21-4.
54. Lipp MEN, Tanganelli MSL. Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. Psicol Reflex Crit 2002;15(3):537-48.

55. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(2):255-61.
56. Rey P, Bousquet A. Compensation for occupational injuries and diseases: its effect upon prevention at the workplace. *Ergonomics* 1995;38(3):475-486.
57. Murphy RL. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Promot* 1996;11(2):112-35.
58. Murta SG, Laros JA, Troccoli BT. Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. *Estud Psicol. (Campinas)* 2005;10(2):167-76.
59. Lopes MJM. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. *Rev Gaúch Enferm* 1992;13(1):34-6.
60. Aquino EML, Araújo MJS, Menezes GMS, Marinho LFB. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. *Rev Bras Enferm* 1993;46(3/4):245-57.
61. Bittencourt CM. Doenças do trabalho e o exercício da enfermagem [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem; 1993.

62. Barbosa A. Hospitais: fontes de saúde ou riscos? *Rev Saúde Dist Fed* 1995;6(1/2):32-6.
63. Marziale MHP. Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, uma unidade de internação hospitalar. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.
64. Lopes GT, Spindola T, Martins ERC. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. *Rev Enferm UERJ*. 1996;4(1):9-18.
65. Benatti MCC. Acidentes do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1997.
66. Robazzi MLCC, Marziale MHP. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm* 1999;52(3):331-8.
67. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm* 2000;8(5):44-51.

68. Barboza DB. Afastamentos do trabalho na enfermagem de um hospital geral no período de 1995 a 1999 [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2001.
69. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. Rev Brás Med Trab 2003;1(1):58-68.
70. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Rev Latinoam Enferm 2001;9(1):109-15.
71. Lima Júnior JHV, Esther AG. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem Rev Adm Empres 2001;41(3):20-30.
72. Bianchi ERF. Stress entre enfermeiros hospitalares [livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
73. Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influencia de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1994.
74. Stacciarini JMR. Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping: na satisfação, mal estar físico e psicológico em enfermeiros. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 1999.

75. Campins Martí M. Nurses: a profession de riesgo? Méd. Clin (Barc) 1999;113(18):699-700.
76. Ferreira EMF, Possari, JF, Moderno AMB. Fatores de satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro de centro cirúrgico de um hospital universitário de grande porte. Rev SOBECC 2006;11(2):15-23.
77. Robazzi MLCC, Paracchini AS, Gir E, Santos WDF, Moriya TM. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. Rev Bras de Saúde Ocup 1990;18(69):65-70.
78. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Publica 1999;6(6):415-25.
79. Carvalho DV, Lima EDR. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. Nursing (São Paulo) 2001;4(34):31-4.
80. Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Rev Gaúch Enferm 1997;18(2):133-44.
81. Belém JHR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. Rev Bras Enferm 1998;51(4):679-708.

82. Ferreira FG. Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1998.
83. Silva, VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1996.
84. Santos MS, Trevizan MA. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. *Nursing (São Paulo)* 2002;5(52):23-8.
85. Hahn GV, Camponogara S. Qualidade de vida na enfermagem. *Rev Méd Hosp São Vicente de Paulo* 1997;9(20):48-51.
86. Faria AC, Barboza DB, Domingos NAM. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. *Arq Ciênc Saúde* 2005;12(1):14-20.
87. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto & Contexto Enferm* 2006;15(3):464-71.
88. Silva MA, Galvão CM. Aplicação da liderança situacional na enfermagem do centro cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(1):104-12.

89. Haddad MCL. Proposta de implantação de um programa de interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem Rev Esc Enferm USP 1998;32(4):307-13.
90. Sofie JK. Creating a successful occupational health and safety program. Using workers' perceptions. AAOHN J 2000;48(3):125-30.
91. Bianchi ERF. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de centro cirúrgico e de outras unidades fechadas. Rev SOBECC 2000;5(4):28-30.
92. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o stress. Rev Esc Enferm USP 2000;34(4):390-4. [citado 2004 set 23]. Disponível em URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/549.pdf>
93. Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev Latinoam Enferm 2003;11(2):177-83.
94. Oler FG, Jesus AF, Barboza DB, Domingos NAM. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. Arq Ciênc Saúde 2005;12(2):102-7.
95. Marconi MHM, Barboza DB, Soler ZASG, Ferreira JBR. Sintomas músculo-esqueléticos apresentados por trabalhadores de enfermagem. Enferm Brasil 2007;6(2) [citado 2007 out. 10]. Disponível em URL:

<http://www.atlanticaeditora.com.br/revistas/enfermagem/?cde=77>

96. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Makron Books; 1996.
97. Creswell JW. Reserch design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach. 2ª ed. London: Sage; 2003.
98. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Genebra: WHO; 2004.
99. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
100. Hospital de Base. Centro cirúrgico. 2006. [citado 2007 mar. 23]. Disponível em: [http:// www.hospitaldebase.com.br](http://www.hospitaldebase.com.br)
101. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Classificação Internacional de Doenças. CID-10. São Paulo: OMS; 1995.
102. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.

103. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
104. Pasquali L., Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos, ALM. Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psic Teor Pesq* 1994;10(3):421-37.
105. Mauro MYC. Saúde mental do trabalhador e o enfermeiro. *Rev Enferm UERJ* 1996;(extra):81-8.
106. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. [citado 2006 out. 20]. Disponível em URL: <http://portalcofen.gov.br/legis>
107. Heloani JR, Capitão CG. Saúde mental e psicologia do trabalho. São Paulo *Perspect* 2003;17(2):102-8.
108. Albrecht, K. O Gerente e o estresse: faça o estresse trabalhar para você. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1990.
109. Lemos JC, Cruz RM, Batomé SP. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. *Estud Psicol (Natal)* 2002;7(2):407-9.
110. Araújo MJS. Trabalho invisível-corpo marcado: uma equação a ser resolvida. *Inform ABEn* 1994;36(2):8.

111. Peniche ACG. A influencia da ansiedade na atividade profissional do circulante de sala de operações. *Acta Paul Enferm* 2005;18(3):247-52.
112. Robbins N, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press; 1991.
113. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre saúde no mundo 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
114. Simon G, Ormell J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatr* 1995;152(3):352-7.
115. Seligmann-Silva E. Psicopatologia a saúde mental no trabalho. In: Mendes R organizador. *Patologia do trabalho*. 2ª ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu; 2003. p.1141-82.
116. Siqueira MM, Watanabe FS, Ventola A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. *Rev Latinoam Enferm* 1995;3(1):45-57.
117. Elias MA. O impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores em área hospitalar: um estudo sobre o trabalho e sua relação com a saúde

- das profissionais de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2002.
118. Barros ALBL, Humerez DC, Fakh FT, Michel JLM. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Rev Latinoam Enferm* 2003;11(5):585-92.
119. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. [série A, normas e manuais técnicos, n.114]. [citado 2007 ago. 14]. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Sausedotrabalhador.pdf>.
120. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(12):2679-91.
121. Avelato HMR. Relação entre a formação da liderança e os fatores socioambientais de risco à saúde no trabalho. *Bol Téc SENAC* 2003;29(1). [citado 2004 jun. 04]. Disponível em URL: <http://www.senac.br/BTS/291/boltec291a.htm>.
122. Berto CD, Lazarro CDS, Kuyumjian FG, Neto FL, Cruz EN, Moraes MS. Freqüência de diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos serviços de

- saúde mental de São José do Rio Preto, SP. Rev Bras Epidemiol 2004;7(N. Esp.):961.
123. Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.
124. Silva A, Bianchi ERF. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. Rev Esc Enferm USP 1992;26(1):65-74.
125. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal estar físico e psicológico em enfermeiros. Nursing (São Paulo) 2000;20(3):30-4.
126. Vieira LC. O estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Campinas, SP [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
127. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O stress na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9(2):17-25.
128. Pafaro RC. Estudo de estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; Faculdade de Ciências Médicas; 2002.

129. Costa JRA, Lima JV, Almeida PC. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP 2003;37(3):63-71.
130. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Latinoam Enferm 2006;14(4):534-9.
131. Penciche ACG, Nunes LM. Estresse-ansiedade do enfermeiro em sala de recuperação anestésica. Rev SOBECC 2001;6(3):19-23.
132. Marziale MHP, Rozerstratem RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. Rev Latinoam Enferm 1995;3(1):59-78.
133. Alves-Pereira MC. Aspectos motivacionais da equipe de enfermagem no trabalho [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.
134. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latinoam Enferm 2004;12(1):14-21.
135. Mangolin EGM, Nunes NA, Zola TRP, Ferreira APP, Andrade CB. Avaliação do nível de estresse emocional na equipe de enfermagem de hospitais de Lins/SP. Saúde Rev 2003;5(10):21-8. [citado 2004 nov. 12]. Disponível em URL: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/saude10art03.pdf>

136. Schmidt DRC. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
137. Ferreira, LRC. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua relação com o cronótipo [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
138. Borges, FNS. Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2007.
139. Farah OG. Stress e coping no estudante de graduação em enfermagem: investigação e atuação [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.
140. Santos TM, Almeida AO, Martins H, Moreno V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em enfermagem. *Act Sci Health Sci* 2003;5(2):171-6.
141. Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* 2004;12(4):636-42.

142. Carvalho R, Farah OGD, Galdeano LE. Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. *Rev Latinoam Enferm* 2004; 12(6):918-23.
143. Evangelista RA, Hortense P, Sousa FAEF. Estimação de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* 2004;12(6):913-7.
144. Cerchiarri EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estud Psicol (Natal)* 2005;10(3):413-20.
145. Fagundes VLD, Ludemir AB. Transtornos mentais comuns em estudantes da área da saúde. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(3):194-200.
146. Aquino CP, Caregnato RCA. Percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. *Rev SOBECC* 2005;10(2):16-21.
147. Aquino JM de. Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: conseqüências profissionais e pessoais [tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

148. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev Eletrônica Enferm* 2004;6(3):400-9. [citado 2005 abr. 20]. Disponível em URL:<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
149. Guedes EM, Mauro MYC. (Re)visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UERJ* 2001;9(2):144-51.
150. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(2):145-50.
151. Dejours C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Ed. Cortez; 1992.
152. Caregnato RCA. *Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2002.
153. Krahl M. *Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro em centro cirúrgico*. São Paulo: UFP; 2001.
154. Jex SM. *Stress and job performance: theory, research, and implications for managerial practice*. Londres: Sage; 1998.

155. Senado Federal (BR). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 49 de 08 de fevereiro de 2006. Título II – dos direitos e garantias fundamentais, Capítulo II - Dos Direitos Sociais, Art.7 inciso XXII Brasília: Senado Federal;2006. [citado 2007 maio 25]. Disponível em URL: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
156. Tribunal Regional do Trabalho 2ª Região (BR). Serviço de Jurisprudência e Divulgação. CLT: Consolidação das Leis do Trabalho: CLT dinâmica. São Paulo: Serviço de Jurisprudência e Divulgação, 2005 [citado 2006 maio 12]. Disponível em URL: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/CLT/INDICE.html>
157. Borges LO, Argolo JCT, Pereira ALS, Machado EAP, Silva WS. A síndrome de Burnout e valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol Reflex Crít* 2002;15(1):189-200.
158. Duarte LEMN, Lautert L. Conflitos e dilemas de enfermeiros que trabalham em centros cirúrgicos de hospitais macro-regionais. *Rev Gaúch Enferm* 2006;27(2):209-18. [citado 2007 ago. 26]. Disponível em URL: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/rge/v27n2/v27n2a08.pdf>
159. Caregnato RCA, Lautert L. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. *Rev Bras Enferm* 2005;58(5):545-50.

160. França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1997.
161. Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. Rev Psiquiatr Clin 1998;25(5):240-4.
162. Nagamine KK. Mulheres em programa de atividade física: ansiedade, depressão, fadiga, Burnout e qualidade de vida [tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2007.
163. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in brazilian subjects. Braz J Med Biol Res 1996;29(4):453-7.
164. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clin 1998;25(5):245-50. [citado 2006 mar. 15]. Disponível em URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm>
165. Menezes PE, Nascimento AF. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: Lafer, B, Almeida OP, Fráguas Jr R, Miguel EC, editores. Depressão no ciclo de vida. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 31-6.

166. American Psychological Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
167. Avelato HMR. Trabalho e neurose: enfrentado a tortura de um ambiente em crise. Rio de Janeiro: Quartet; 1999.
168. Santoro A. Depressão na firma. *Veja* 2000 maio 3;(647). [citado 2007 abr 4]. Disponível em URL: [http://veja.abril.com.br/030500/p\\_156.html](http://veja.abril.com.br/030500/p_156.html)
169. Lipp MEN. Males do trabalho: depressão, Dora e estresse rondam o novo século. *Folha de São Paulo* 2002. [citado 2002 maio 26]. Disponível em: <http://www.sinprorp.org.br/Clipping/2002/guia/12.htm>
170. Padilha KG. Ocorrências iatrogenicas na prática da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1998.
171. Pereira MCO. Eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem no período transitório de videocirurgia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.
172. Molina OF. O estresse no cotidiano. São Paulo: Pancast; 1996.
173. Candeias NMF, Abujamra AMD, Sabbag SN. Stress em atendentes de enfermagem. *Rev Bras Saúde Ocup* 1992;20(75):38-44.

174. Guido LA, Silva RM, Se Mari S. Estratégias de coping entre enfermeiros de recuperação anestésica. *Rev SOBECC* 2006;11(3): 32-7.
175. Lazarus RS, Lazarus BN. *Passion and Reason: making sense of our emotions*. Oxford: Oxford University Press ; 1994.
176. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
177. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatr* 1997;171:524-9.
178. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000;57(5):2093-8.
179. Tanajura D, Santos-Jesus R, Tavares-Neto J, Oliveira IR. Prevalência de depressão em diferentes grupos de pacientes internados no hospital universitário da Bahia. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(4):182-5.
180. Pinton FA, Carvalho CF, Miyzaki MCOS, Godoy MF. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. *Braz J Cardiovasc Surg* 2006;21(1):68-74.

181. Lima MS, Colognesi L, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arq Ciênc Saúde* 2005;12(2):63-6.
182. Tanganelli MS. Mulher chefe de família: perfil, estudo e tratamento do stress [tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2001.
183. Malagris LEN. A via L-arginina-óxido nítrico e o controle de stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
184. Domingos NAM. Estratégias para redução de stress em pacientes candidatos a transplante de fígado [livre docência]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2005.
185. Torrezan EA. O efeito do controle do stress no resultado da gravidez [tese] Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 1999.
186. Brasio KM. Eficácia do treino de controle do stress na retocolite ulcerativa inespecífica [tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2000.
187. Pereira MMB, Tricoli VAC. A influência do meio ambiente e de práticas parentais na vulnerabilidade ao stress. In: Lipp MEN organizador. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas.*

São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 67-70.

188. Ballone GJ. Depressão resistente ao tratamento em idosos. 2005. [citado 2005 ago. 11]. Disponível em URL:[http:// www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)
189. Ito LM, Ramos RT. Escalas de avaliação clínica: transtorno do pânico. Rev Psiquiatr Clin 1998;25(6):294-302. [citado 2007 jul. 22]. Disponível em URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/ansi256c.htm>
190. Melo WV, Oliveira M da, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. Interação (Curitiba) 2006;10(1):91-9. [citado 2007 out. 2]. Disponível em URL: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/5769/4204>
191. Botega NJ, Bio MR, Zomignani A, Garcia Júnior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública 1995;29(5):355-63.
192. Castro M, Quarantini L, Daltro C, Kraychette D, Miranda-Scippa A. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. Rev Baiana Saúde Pública 2006;30(2):211-23. [citado 2007 set. 2]. Disponível em URL: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume30->

n2/PREVAL%C3%8ANCIA%20DE%20ANSIEDADE,%20DEPRESS%C3%83O%20E%20CARACTER%C3%8DSTICAS%20CL%C3%8DNICO.pdf

193. Rangé B. Influência das cognições na vulnerabilidade ao stress. In: Lipp MEN organizador. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 75-8.
194. Leitão AVA, Castro CLN, Basile TM, Souza THS, Braulio VB. Avaliação da capacidade física e do estado nutricional em candidatos ao transplante hepático. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(4): 424-28.
195. Ortega Villalobos J. Estrés y trabajo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999. [citado 2007 abr. 14]. Disponível em URL: [http://www.medsapain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medsapain.com/n3_feb99/stress.htm)
196. Corrêa AS, Menezes JRM. Estresse e trabalho [monografia]. Campo Grande: Sociedade Universitária Estácio de Sá; 2002 [citado 2007 abr. 14]. Disponível em URL: [www.fundacentro.sc.gov.br/areas/7.pdf](http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/7.pdf)
197. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicol Teor Pesqui 2001;17(3):225-34.



**6. ANEXOS**

**Anexo A**  
**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**

**I – CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO:**

1. Sexo: F ( )                      M ( )                      Idade: \_\_\_\_\_
2. Estado Civil:
- ( ) solteiro
  - ( ) casado
  - ( ) separado
  - ( ) viúvo
  - ( ) outros

**II- CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL**

3. Função:
- ( ) enfermeiro
  - ( ) técnico de enfermagem
  - ( ) auxiliar de enfermagem
4. Setor de trabalho/lotação: \_\_\_\_\_
5. Turno de trabalho:
- |             |             |                 |
|-------------|-------------|-----------------|
| ( ) manhã   | ( ) tarde   | ( ) noite       |
| ( ) 6 horas | ( ) 6 horas | ( ) 12/36 horas |
| ( ) 8 horas | ( ) 8 horas |                 |

**III – CARACTERIZAÇÃO DO AFASTAMENTO**

6. CID: \_\_\_\_\_
7. Data de registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. Afastamento do trabalho:
- ( ) Sim                      ( ) Não
9. Acompanhamento/Tratamento
- ( ) Sim                      ( ) Não

## Anexo B ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Sexo: ( ) F ( ) M
2. Idade: \_\_\_\_\_
2. Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) viúvo ( ) outros \_\_\_\_\_
3. Escolaridade: ( ) 1º grau completo ( ) 2º grau completo ( ) superior
4. Categoria Profissional: ( ) enfermeiro ( ) técnico de enfermagem ( ) auxiliar de enfermagem
5. Turno de trabalho nesta instituição: ( ) 6 horas ( ) 8 horas ( ) 12/36 horas
6. Jornada de trabalho nesta instituição:  
( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) turnos alternados Tipo: \_\_\_\_\_
7. Tempo de trabalho neste setor/CC: \_\_\_\_\_
8. Tempo de trabalho na enfermagem: \_\_\_\_\_
9. Tempo de trabalho na enfermagem nesta instituição: \_\_\_\_\_
10. Atividade desenvolvida/setor: \_\_\_\_\_
11. Trabalha em outro serviço: ( ) Sim ( ) não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
12. Gosta do seu trabalho? ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_
13. Seu relacionamento com seus colegas de trabalho é: ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
14. Seu relacionamento com a chefia imediata é ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
15. Durante o seu trabalho ocorrem situações que levam a sentir mal-estar? ( ) sim ( ) Não
16. Caso a resposta seja afirmativa, descreva quais são as situações de mal-estar e especifique a que você atribui essas queixas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Você já procurou ajuda por causa das situações descritas acima? ( ) Sim ( ) Não  
Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. Desde que trabalha neste setor, você tem faltado ou tirado licença médica devido as situações descritas na questão 16? ( ) Sim ( ) Não Quantas vezes: \_\_\_\_\_  
Duração do afastamento: ( ) 1 dia ( ) 2 a 5 dias ( ) 7 a 15 dias ( ) 15 dias a 1 mês ( ) > 1 mês ( ) outro: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_
19. Utiliza ou utilizou alguma medicação devido a elas? ( ) Sim ( ) Não
20. Se a resposta anterior for positiva, o(s) medicamento(s) foi(ram) prescrito(s) por receita médica?  
( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_

**Anexo C**  
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-FAMERP  
AUTARQUIA ESTADUAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Denise Beretta Barboza, docente do Curso de Graduação em Enfermagem e vinculada ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da FAMERP, gostaria de convidá-la(o) a participar de um estudo intitulado: **“Programa de Redução de Estresse em Trabalhadores de Enfermagem”**. Esta pesquisa tem como objetivo propor e avaliar um programa de redução de estresse para trabalhadores da equipe de enfermagem lotados em uma unidade específica de um hospital geral de ensino. Para a realização do estudo, você deverá participar de uma entrevista com a finalidade de conhecer a estrutura organizacional do setor em questão, o número de trabalhadores por turno, o fluxograma do processo de trabalho, os relacionamentos (colegas, chefias, clientes/pacientes e outros setores), os aspectos positivos e negativos do trabalho e sugestões para melhorá-lo, e ainda responder um questionário sobre depressão, ansiedade, estado de saúde geral e stress.

O risco em participar desta pesquisa é mínimo e refere-se à provável dificuldade em responder ao questionário, e ainda sua identidade será preservada. Sua contribuição será de grande valor e auxiliará na elaboração e implementação de um programa de intervenção para redução do estresse ocupacional. Você poderá no decorrer da pesquisa, ter liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados para apresentação de trabalhos em eventos e publicações científicas.

Eu, .....RG nº.....

Após ter sido suficiente e devidamente esclarecida(o), pela pesquisadora, sobre a realização da pesquisa como descrito acima, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade, não tendo ou sofrendo nenhuma pressão ou influência indevida.

Data:.....

Assinatura:.....

Pesquisadora: Denise Beretta Barboza Telefone: (17) 3210-5716

Nota: este termo de Consentimento pós-esclarecimento foi elaborado em duas vias, sendo uma via do trabalhador e outra da pesquisadora.

## 7. APÊNDICES

---

## 7. APÊNDICES

**Quadro 3.** Distribuição das respostas citadas como fatores de mal estar pelos trabalhadores (n=70)

	<b>N</b>	<b>%SG</b>	<b>%P</b>	<b>%T</b>
<b>Ambiente físico</b>				
Barulho	17	-	68,0	7,7
Trabalho noturno	4	-	16,0	1,8
Ambiente fechado	4	-	16,0	1,8
<b>Subtotal</b>	25	-	100,0	11,3
<b>Estrutura organizacional</b>				
Sobrecarga de trabalho	20	-	23,8	9,0
Pacientes	15	-	17,9	6,8
Falta de funcionário	14	-	16,7	6,3
Falta de material	12	-	14,3	5,4
Dobrar turno	8	-	9,5	3,6
Falta de trabalho em equipe	7	-	8,3	3,2
Responsabilidade	5	-	6,0	2,3
Burocracia	3	-	3,6	1,4
<b>Subtotal</b>	84	-	100,0	37,8
<b>Relacionamento interpessoal</b>				
• Chefia de enfermagem				
Pressão	24	44,5	21,2	10,8
Falta de reconhecimento	18	33,3	15,9	8,1
Relacionamento	7	13,0	6,2	3,2
Comunicação	5	9,3	4,4	2,3
<b>Subtotal</b>	54	100,0	47,8	24,3
• Equipe de enfermagem				
Companheirismo	8	66,7	7,1	3,6
Conversas paralelas/intrigas	4	33,3	3,5	1,8
<b>Subtotal</b>	12	100,0	10,6	5,4
• Equipe médica				
Desrespeito para com equipe de enfermagem	15	31,9	13,3	6,8
Pressão	12	25,5	10,6	5,4
Falta de reconhecimento	8	17,0	7,1	3,6
Desrespeito para com paciente	7	14,9	6,2	3,2
Abuso de poder	5	10,6	4,4	2,3
<b>Subtotal</b>	47	100,0	41,6	21,2
<b>Subtotal do relacionamento interpessoal</b>	113	-	100,0	50,9
<b>TOTAL</b>	222	-	-	100,0

%SG= total das respostas de cada subgrupo; %P = percentagem em total de cada grupo entrevistado (n=129); %T= percentagem em relação ao total de respostas obtidas dos trabalhadores da equipe de enfermagem da UCC (n=222).

## APÊNDICE 2

### APÊNDICE 3

#### STRESS, DEPRESSION, AND ANXIETY IN A INTENSIVE CARE UNIT NURSING TEAM\*

Edson Reis dos Prazeres<sup>1</sup>, Gisiele Regina Sajonetti Fonseca<sup>1</sup>, Jandira de Fátima Lchette Evangelista<sup>1</sup>, Maria Eli Cristina Silva São João<sup>1</sup>; Denise Beretta Barboza<sup>2</sup>, Neide Aparecida Micelli Domingos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Undergraduating Nursing Students, Universidade Paulista de São José do Rio Preto/UNIP; <sup>2</sup>Assistant Professor, UNIP/Rio Preto Nursing School; Medical School of São José do Rio Preto/FAMERP; <sup>3</sup>Psychology Doctorate, Adjunct Professor, FAMERP Psychology and Psychiatry Department.

#### ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate stress, depression, and anxiety levels in a general adult ICU nursing team working at a public hospital. The Beck Depression and Anxiety Inventory, and the Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory were used to interview 63 nursing workers. The study population was composed, for the most part, of married (44%), female (65%) nurses' aides (practical nurses) (78%) ranging in age from 20 to 40 years (76%). Although they like to work at the ICU (68%), the majority (97%) considered the facility as a stressful environment. Data showed lower anxiety and depression levels; however, stress is present in phases II and IV (resistance and exhaustion; 53.8% and 38.5%, respectively). This study showed the need to introduce intervention measures in order to provide a better quality of life to the nursing workers and a free-risk nursing assistance to the patient as well.

**Keywords:** stress, anxiety, depression, nursing team, Intensive Care Units

\*Article submitted to **APA JOURNAL HEALTH PSYCHOLOGY** in  
**October 15, 2007.**

## APÊNDICE 4

### STRESS IN THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT NURSING AT A HOSPITAL IN THE INTERIOR OF SÃO PAULO STATE\*

Adriana Sampaio<sup>1</sup>, Daiana Aparecida da Silva<sup>1</sup>, Giselle Lisboa Silva<sup>1</sup>, Tatiana M I Rodrigues<sup>1</sup>, Thaís Cotrim da Silva<sup>1</sup>, Denise Beretta Barboza<sup>2</sup>, Neide Aparecida Micelli Domingos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Undergraduating Nursing Students, Universidade Paulista de São José do Rio Preto/UNIP; <sup>2</sup>Assistant Professor, UNIP/Rio Preto Nursing School; Medical School of São José do Rio Preto/FAMERP; <sup>3</sup>Psychology Doctorate, Adjunct Professor, FAMERP Psychology and Psychiatry Department.

#### ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the nursing team stress level in two Pediatric Intensive Care Units. The Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory and a research instrument elaborated by the research itself was used to interview 49 (84.5) nursing team workers assigned to both Pediatric ICU and Cardiopediatric ICU. The results highlighted that most of the interviewed population was female (95.9), married (42.9) nurses' aides (73.5), with ages ranging from 20 to 30 years (55.1); night shift workers (42.9); 1 to 15 years of nursing practice (46.9), and 1 to 5 years of work at the institution (61.2). The stress levels have found to be in the resistance or near-exhaustion phase (57.1) and in the exhaustion phase (42.9) suggesting a significant relationship between these professionals' working conditions and process of work-health-disease. The present research provided the necessary subsidies to the understanding of the stress magnitude on these ICU facilities nursing workers. In addition, it proposes interventions to the improvement of the working conditions aiming at the quality of assistance delivered and, therefore, the quality of life of these practitioners.

**Keywords:** stress, Pediatric Intensive Care Unit, nursing team, hospital

\*\*Article submitted to the **APA JOURNAL HEALTH PSYCHOLOGY** in December 14, 2007.