

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

TATIANA RUVIARO DO AMARAL

**DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM E OS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES
EM UNIDADES CRÍTICAS**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

TATIANA RUVIARO DO AMARAL

**DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM E OS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM
UNIDADES CRÍTICAS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Ficha Catalográfica

A485d Amaral, Tatiana Ruviaro
 Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios
 psíquicos menores em unidades críticas [dissertação] / Tatiana Ruviaro Amaral . –
 Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.
 114 p.; il.

 Inclui bibliografia.
 Possui Quadro e Tabelas.

 1. Enfermagem – Condições de trabalho. 2. Saúde Mental. 3. Estresse
 ocupacional. I. Título.

CDD19^a ed.– 610.736 8

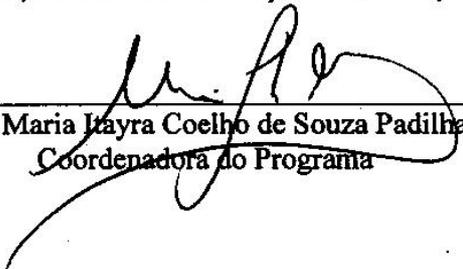
TATIANA RUVIARO DO AMARAL

**DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM
E OS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM UNIDADES
CRÍTICAS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

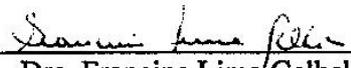
E aprovada na sua versão final em 30 de junho de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof
Presidente


Dra. Márcia G. de Mello Alves
Membro


Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro


Dra. Marília Alves
Membro Suplente


Dra. Vera L. Guimarães Blank
Membro Suplente

MENSAGEM

*“Fazer da interrupção um caminho novo...”,
Fazer da queda um passo para a dança...
Fazer do medo uma escada do sonho, uma ponte
Fazer da procura, um encontro”*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Sempre tive dificuldades de expressar de forma escrita meus sentimentos e ponderações. Por mais intensos que estes fossem, até então era mais fácil comunicar-me verbalmente quando se fazia necessário. Ocorre que toda trajetória que foi percorrida para chegar à conclusão do mestrado não se deu de forma isolada, pelo contrário, contou com muitas pessoas e outros fatores que me impulsionaram para hoje desfrutar desta titulação, e de certa forma, foi fazendo-se necessário explorar esta parte da comunicação até então adormecida.

De fato a ordem de agradecimentos é complicada de ser estipulada porque neste caminho encontrei o alicerce que precisava em diversas pessoas, entre estas, amigos, conhecidos, parentes, familiares, colegas, supervisores, orientadores e diretores.

Preciso agradecer, para começar, ao Ser superior que ilumina o caminho de todos nós: **DEUS**. Agradeço, quantas vezes for preciso, por todos os momentos em que tive falta de saúde, angústia, medo, indecisão e solidão, e poder contar com Esta força superior presente e iluminada guiando e abençoando meus passos.

A *minha mãe Elenita* que serviu como confidente e amiga. Mesmo havendo distância física entre nós, precisei dela todos os dias. Atendeu meus telefonemas e não só estes, atendeu a voz do meu coração e da minha mente, dando-me colo e amparo, e desempenhando o verdadeiro papel de mãe. Mãe, em ti busquei mãe, e encontrei uma super mãe, que não mediu esforços para me escutar e procurar ajudar dentro daquilo que estava a teu alcance.

Meu irmão Vagner, agradecer-te é imprescindível. Contigo, neste período entendi que a vida passa e que não podemos ser escravos dela. Quero agradecer-te e dizer que escrever qualquer coisa para ti é um super desafio porque o aperfeiçoamento que hoje busco na escrita tu tens, que ao contrário de mim, consegues te manifestar de maneira clara e objetiva. Uso tuas palavras para reforçar o que sinto: “toda a criatividade do mundo que carece em mim foi depositada em ti”.

Meu pai, meu eterno pai. Onde quer que tu estejas quero compartilhar contigo este momento. Pela educação que dispensaste para mim, conduzindo-me a buscar conhecimentos, e especialmente a ligar muito mais para o “ser” do que para o “ter”. Graças a muitos dos conceitos que trago enraizados à minha infância, é que consigo lutar de forma justa e compartilhada. Pai, te agradeço pela torcida, pelo estímulo, pelos gestos de orgulho e confiança que depositavas em mim. Difícil foi parar de receber de ti tudo isto, mas te sinto e sei que onde estiveres estás comigo, na minha frente, do meu lado direito e esquerdo e atrás, sei que teus ensinamentos ajudam a guiar meus passos.

Hospital Bruno Born e gestões administrativas das quais fiz parte. Este hospital foi cenário do meu crescimento pessoal, intelectual e emocional. Carrego a

eterna gratidão por me proporcionarem condições para que eu permanecesse estudando e buscando conhecimentos para serem colocados dentro da nossa práxis. Mais uma vez, nestes dois anos de estudo, vocês fizeram parte com subsidiamento financeiro, liberações de horários e estímulo.

À *UNIVATES*, e especialmente a *Enfermeira Giselda* coordenadora do curso de enfermagem desta instituição, por terem servido de estímulo para busca de novos conhecimentos, assim como, o encarar de novos desafios.

Dr. Claidir, grande colega e amigo, parceiro de buscas incansáveis do saber. Com certeza a convivência contigo estimula-me a querer continuar buscando melhorias e acreditar que vale a pena.

Alexandre, pessoa criativa e idealista, agradeço por sempre estar disposto a ajudar a busca de subsídios e incentivar a minha pesquisa.

Dr. Clairton por dedicar sua paciência de forma incondicional, para ensinar-me trabalhar com uma ferramenta até então desconhecida.

Meus queridos colegas e amigos enfermeiros da Unidade de terapia intensiva, *Rodrigo, Marcela, Tatiana K., Inge, Simone*, sem vocês eu não teria vencido. Contar com o apoio de vocês foi fundamental para suavizar a carga que fez parte deste período. Adoro e admiro vocês.

A *toda equipe de enfermagem da UTI Adulto*, especialmente à *equipe da manhã* que todos os dias passamos nossas seis horas juntos. A todos vocês com quem convivo diariamente e recebo sempre apoio e carinho para continuar meu aprendizado, obrigada por colaborarem criticamente neste processo.

Às *equipes de enfermagem* que estiveram envolvidas como sujeitos deste estudo, obrigada a todos trabalhadores do pronto socorro/pronto atendimento, UTI pediátrica, e Centro cirúrgico.

Aninha Cason e Ângela, a vontade demonstrada em entender o que é pesquisar e como proceder cientificamente e eticamente, fez-me buscar vocês duas para coletar os dados deste estudo. A vocês reconheço e agradeço com admiração a maneira responsável e carinhos com que executaram todos os passos necessários para hoje estarmos aqui.

Marica e Ângela, grandes amigas. De forma alguma deixaria de lembrar todo o suporte que tenho recebido de vocês. Entender a ausência e os conflitos não é para qualquer pessoa. Vocês são grandes amigas e mulheres. Adoro vocês, e obrigada mais uma vez.

Cristiane Pivatto agradeço por ser mais do que minha colega de trabalho, por ter se mostrado minha parceira de atividades e minha amiga que compreende e tem as palavras certas nos momentos precisos. Teu apoio foi fundamental nesta jornada.

Justina, minha querida, de forma alguma posso deixar de agradecer-te pela companhia, carinho, ajuda, e auxílio. Teu colo é confortante e fortalecedor. Obrigada.

Sônia querida amiga, quem diria que iria me apegar tanto a ti e a teus ideais. Agradeço pelo bom humor, pela vitalidade e coragem demonstrada. Agradeço por

ter aberto este espaço na tua vida, me oferecendo conforto, conselhos, carinho e colo de família.

Lígia, colega que se transformou amiga, pois sabemos que vivenciamos momentos em comum nesta jornada.

Às *Doutoras Francine Gelbcke, Márcia Guimarães Alves, Marília Alves, Vera Blank* e *Doutoranda Silviamar Camponogara* que se dispuseram, desde o início, a colaborarem com os seus saberes trazendo novos conhecimentos e sugestões para a realização deste estudo.

Professora Dra. Ana preciso lhe dizer que nem consigo mensurar a satisfação de estar em sintonia com você. Foi fundamental nossa aproximação e tem sido grande demais o aprendizado que tens me possibilitado. Se hoje estou concluindo esta etapa devo muito a todos os momentos que estive disponível para sentar comigo, conversar sobre a vida, seus obstáculos e superações. Sanou muito mais que minhas dúvidas e indecisões acadêmicas, fez-me reconhecer que o tempo é meu amigo, e que preciso respeitá-lo para viver melhor.

E por fim, poderia agradecer a inúmeras outras pessoas, mas posso dizer que tenho muita gratidão a todos os outros que estiveram envolvidos, de uma maneira ou outra, prestando seu apoio durante esta trajetória.

Obrigada.

AMARAL, Tatiana Ruviaro do. **Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 114 p.

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

RESUMO

As unidades críticas em uma instituição hospitalar são destinadas para o atendimento de pacientes em estado agudo e grave que requerem cuidado especializado, equipe qualificada e tecnologia condizente com as ações complexas nelas desenvolvidas. Neste contexto, que envolve o atendimento ao paciente crítico, é possível perceber que os trabalhadores da enfermagem enfrentam situações as quais lhes exigem habilidade técnica, conhecimentos específicos, desgaste físico e mental, bem como, bom relacionamento interpessoal para enfrentar questões inerentes ao seu processo de trabalho. Este estudo teve como objetivos investigar a relação existente entre a demanda psicológica e o controle do trabalhador sobre seu trabalho em unidade de terapia intensiva adulto, pronto socorro/ pronto atendimento, centro cirúrgico e sala de recuperação anestésica, e unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal; associar distúrbios psíquicos menores com o trabalho realizado nas unidades críticas e, por último, buscar estratégias individuais e coletivas de suporte social que possam levar a melhoria do seu dia-a-dia de trabalho, minimizando os desgastes provenientes das cargas de trabalho. Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal sendo em que o Modelo Demanda-Controle de Karasek e Thorell, e o SRQ-20 fundamentaram teoricamente a coleta e a análise dos dados. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento que contempla o perfil sócio demográfico do trabalhador, a versão resumida da Job Stress Scale e o Self Reporting Questionnaire-20. Os dados foram armazenados no banco epinfo 6-0 e para extração das frequências e análise dos dados utilizou-se do programa estatístico Sphinx. Como resultado global encontramos que 44,1% dos trabalhadores percebem seu trabalho como de alto desgaste e 42,5% apresentam respostas afirmativas para distúrbios psíquicos menores. Como sugestões para minimizar os desgastes no ambiente das unidades críticas os trabalhadores pontuaram questões que envolvem um maior suporte social ao indivíduo e ao grupo, alternativas de organização interna das unidades, medidas de gerenciamento de enfermagem e medidas de gerenciamento institucional.

Palavras chaves: condições de trabalho; saúde mental; enfermagem; epidemiologia; estresse ocupacional.

AMARAL, Tatiana Ruviano do. **Dimensiones Psicosociales de labor en Enfermería y los disturbios psíquicos menores en unidades críticas.** 2006. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 114 f.

RESUMEN

Las unidades críticas en una institución hospitalar se destinan al atendimento de pacientes en estado agudo y grave que requieren cuidado especializado, equipo cualificado y tecnología que condice con acciones complejas en ellas desarrolladas. En este contexto, que envuelve el atendimento al paciente crítico, es posible que se perciba que los trabajadores de enfermería enfrentan situaciones que les exigen habilidad técnica, conocimientos específicos, agotamiento físico y mental, así como un buen relacionamiento interpersonal para enfrentar cuestiones puestas en su proceso de trabajo. El estudio ha tenido como objetivos investigar la relación que hay entre la demanda psicológica y el control del trabajador sobre su trabajo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adulto, hospital de urgencias, centro quirúrgico y sala de recuperación anestésica, y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal; asociar disturbios psíquicos menores con el trabajo realizado en unidades críticas y, por último, buscar estrategias individuales y colectivas de soporte social que puedan llevar a la mejora de su actividad diaria de trabajo, disminuyendo los agotamientos provenientes de cargas de trabajo. Es un estudio epidemiológico, de corte transversal y el Modelo Demanda-Control de Karasek y Thorell, y el SRQ-20 han fundamentado teóricamente la recolección y el análisis de los datos. Para la recolección de los datos se ha utilizado un instrumento que contempla el perfil sociodemográfico del trabajador, la versión resumida de Job Stress Scale y el Self Reporting Questionnaire-20. Los datos han sido almacenados en el banco epinfo 6-0 y para extracción de frecuencias y análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico Sphinx. Como resultado global hemos encontrado que un 44,1% de los trabajadores perciben su trabajo como de alto nivel de agotamiento y un 42,5% presentan respuestas afirmativas para disturbios psíquicos menores. Como sugerencia para disminuir los agotamientos en el ambiente de las unidades críticas, los trabajadores han apuntado cuestiones que envuelven más soporte social al individuo y al grupo, alternativas de organización interna de las unidades, medidas de gerenciamiento de enfermería y medidas de gerenciamiento institucional.

Palabras clave: condiciones de trabajo; salud mental; enfermería; epidemiología; estrés ocupacional.

AMARAL, Tatiana Ruviaro do. **Psychological and Social Dimensions of Nursing Work and Minor Psychological Disturbances in Critical Wards.** 2006. Dissertacion (Máster in Nursing) – Post Graduation Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 114 f.

ABSTRACT

'Critical wards' in a hospital are intended for patients who are in an acute or serious condition and require specialized care by a qualified team and technology that matches the complexity of the procedures required. Nursing workers assigned to critical wards often face situations that demand technical skill, specific scientific knowledge, endurance of physical stress, endurance of mental stress, and possession of solid interpersonal relationship skills. This research paper, aims to investigate the link between the psychological demand associated with working in a critical ward and the care giver's control over their immediate work environment whether it be an adult Intensive Care Unit (ICU), an emergency-aid surgical center, an anesthetic recovering ward or a pediatric care center. The secondary goal of this study is to establish a link between minor psychological disturbances and the quality of care provided in critical wards. The underlying focus is to find individual and collective strategies of social support that transform the care giving environment for the better and minimize the negative impact of harmful behaviors and practices. Adopting an epidemiological approach, the paper also relies on the Demand-Control Model of Karasek and Thorell, and SRQ-20 to provide a theoretical framework for the collection of and analysis of *data*. The short version of the 'Job Stress Scale and the Self Reporting Questionnaire-20' is used to collect data associated with the socio-demographic profile of the care giver. The *data* was stored in *epinfo 6-0* and the statistics program Sphinx was used to analyzing the data. Significant results of the survey show that 44.1% of workers experience their work as very stressful while 42.5% report an association with the 'minor psychological disturbances' category. As a suggestion to minimize the stress in the critical care wards, care givers referenced issues related to improving the broader social support structures extended to the individual and to the group. They also suggested alternatives to intern organization, improvements in the scope of nursing management and several adjustments in the institutional management arena.

Key words: work conditions; mental health; nursing; epidemiology; work stress.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Adaptado de Karasek (1979) e Theorell (1996).....	41
----------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População alvo do estudo, por setor e por categoria de trabalho.....	50
----------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico do trabalhador de enfermagem em unidade crítica. Lajeado, RS, 2006.....	58
Tabela 2 - Perfil profissional do trabalhador de enfermagem em unidade crítica. Lajeado, RS, 2006.....	59
Tabela 3 - Trabalhadores de enfermagem com outro trabalho na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.....	61
Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores de unidades críticas segundo o controle sobre o Trabalho. Lajeado, RS, 2006.	62
Tabela 5 - Frequência dos indicadores de controle sobre o trabalho dos trabalhadores da enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.	62
Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores de unidades críticas segundo a demanda psicológica no trabalho. Lajeado, RS, 2006.	63
Tabela 7 - Frequência dos indicadores da demanda psicológica no trabalho em trabalhadores de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.....	63
Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de unidades críticas segundo o suporte social no trabalho. Lajeado, RS, 2006.	64
Tabela 9 - Frequência dos indicadores do suporte social no trabalho, segundo os trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.....	64
Tabela 10 - Prevalência de distúrbios psíquicos menores entre os trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.	65
Tabela 11 - Frequência dos indicadores de distúrbios psíquicos menores, em trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.....	65
Tabela 12 - Prevalência de distúrbios psíquicos menores nos trabalhadores de unidades críticas que possuem outra atividade na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.....	66
Tabela 13 - Frequência dos indicadores de distúrbio psíquico menor (SRQ), em trabalhadores de enfermagem que possuem outro trabalho na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.....	66
Tabela 14 - Prevalência de distúrbio psíquico menor entre os trabalhadores das unidades críticas com e sem outro trabalho na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.....	67
Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas, segundo os tipos de trabalho. Lajeado, RS. 2006	68
Tabela 16 - Trabalhadores de enfermagem por grupos do modelo demanda-controle segundo características do trabalho profissional	69
Tabela 17 - Relação entre tipos de trabalho e demanda psicológica, controle sobre o trabalho e suporte social em trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.....	70
Tabela 18 - Relação entre DPM e demanda psicológica, suporte social e tipos de trabalho em trabalhadores de enfermagem de unidades áreas críticas. Lajeado, RS, 2006.....	71
Tabela 19 - Prevalência de DPM considerando a exposição ao desgaste no trabalho, em número de situações e percentual	72
Tabela 20 - Sugestões das melhorias relacionadas pelos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.....	73

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE TABELAS	13
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Os estudos envolvendo as cargas psíquicas do trabalho	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 Processo de trabalho em saúde.....	28
3.2 O trabalho em Unidades Críticas Hospitalares e os trabalhadores da enfermagem.....	31
3.3 Conhecendo as cargas de trabalho.....	34
3.4 O modelo demanda-controle proposto por Karasek e Theorell.....	39
3.5 Os distúrbios psiquiátricos menores e o Self Reporting Questionnaire	43
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Tipo de estudo	45
4.2 Definição do campo da pesquisa	46
4.3 Definição dos sujeitos	49
4.4 Coleta de Dados	50
4.5 Análise dos dados.....	53
4.6 Dimensões éticas	55
5 RESULTADOS	57
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES	100

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A minha trajetória profissional tem se alicerçado em atividades assistenciais, educativas e gerenciais sempre relacionadas com pacientes críticos. Durante a graduação já me interessava por este tipo de paciente e ambiente, o que culminou no desenvolvimento de estudos de pós-graduação, os quais buscavam o desvendamento de questões que me angustiavam e que estavam relacionadas aos pacientes internados em Unidade Tratamento Intensivo (UTI) e seus familiares. Como sempre, trabalhei desempenhando atividades inerentes ao profissional enfermeiro, nestes ambientes, sobretudo as atividades gerenciais, conseguindo perceber a relevância de olhar para estas questões.

No entanto, no convívio diário neste tipo de ambiente, e cada vez mais envolvida com o processo de trabalho da unidade, me questionava sobre o desempenho dos trabalhadores e suas atividades junto aos pacientes e familiares, especialmente aqueles que pertenciam ao grupo da enfermagem.

Na verdade, quando ingressei no curso de mestrado, almejava colocar em prática uma proposta com os trabalhadores de enfermagem da unidade de terapia intensiva, justamente pelo contato com este grupo e reconhecimento de que haviam vários aspectos a serem conhecidos sobre o que poderia levar ao sofrimento no trabalho. Minha intenção era buscar aprofundamento sobre questões que envolviam este “sofrimento”, que constatava que eles enfrentavam e que estaria relacionado à sua práxis.

Desde este período, já tinha claro que, dos sujeitos trabalhadores de enfermagem deste setor, os quais estão rotineiramente submetidos à alta exigência no trabalho, era exigido o aprimoramento contínuo para manejar com a alta densidade tecnológica, cumprimento rígido das normas e rotinas pré-organizadas, enfrentamento de situações inesperadas e o manejo freqüente do binômio vida x morte. Percebia, também, que o profissional enfermeiro desempenhava um papel fundamental nestes

ambientes, tanto no sentido de prestar cuidados ao sujeito hospitalizado e seus familiares, de acompanhar os procedimentos a serem executados e possíveis situações inesperadas, quanto em produzir junto aos trabalhadores de enfermagem, um ambiente de trabalho adequado para o desenvolvimento de suas atividades.

Levando em conta, mais especialmente, esse último aspecto, entendi ser fundamental compreender as cargas de trabalho das atividades de enfermagem, ou seja, compreender os esforços exercidos pelos mesmos para desempenhar suas tarefas, dado que as cargas de trabalho podem ser “categorias que sintetizam o impacto dos elementos constitutivos do processo de trabalho, tanto do objeto e da tecnologia, como da sua organização e divisão sobre a saúde do trabalhador” (FACCHINI, 1994, p.180).

O convívio com os trabalhadores de enfermagem, no ambiente de UTI, proporcionou-me observar manifestações variadas em suas atitudes, bem como em seus relatos, que esboçavam ora sentimentos de satisfação, ora de sofrimento no trabalho. Neste sentido, foi que desenvolvi uma prática assistencial com um grupo de trabalhadores de enfermagem, tendo o objetivo de construir, implementar e avaliar um processo reflexivo, visando minimizar os desgastes das cargas de trabalho sobre a equipe de enfermagem, bem como, buscar alternativas de minimizá-las no seu dia a dia. Ficou enfatizado nos resultados desta prática que as cargas de trabalho identificadas são explicitadas pelo trabalhador da UTI, como sofrimento, oriundo especialmente dos desgastes provenientes destas atividades. No entanto, conseguimos evidenciar que as cargas de trabalho que prevaleceram nos relatos dos trabalhadores foram às cargas fisiológicas e psíquicas (Apêndice I).

Neste momento foram ressaltados pelo grupo, que entre as cargas fisiológicas encontram-se o espaço físico restrito, boxes pequenos; manuseio com equipamentos e pacientes com excesso de peso; atividades que exigem esforços repetitivos e cansativos; alta rotatividade de pacientes que exigem esforço físico na transferência do paciente; freqüente transporte para exames (tomografia, RX, ecografia); muito tempo em pé ou em posições desconfortáveis. As cargas psíquicas, também, receberam evidência, onde o grupo destacou o número restrito de trabalhadores no setor; pressão pelo zelo dos materiais; burocracia demasiada; situações inesperadas; necessidade constante de ser ágil e prático; paciente em risco de morte, rotinas não cumpridas por

algumas pessoas; descaso de alguns profissionais nas situações de dificuldade; falta de revisão sistemática das rotinas; rótulos, exclusão e diferença de tratamento para alguns pacientes; falta de coleguismo e de união, ambiente fechado; aumento da sobrecarga no mesmo espaço de tempo; mudança de perfil dos pacientes.

Após a realização desta prática assistencial junto aos trabalhadores da unidade de terapia intensiva, obtive uma visualização global do desgaste dos mesmos perante suas cargas de trabalho, e a partir deste estudo vim a me questionar como estariam os demais trabalhadores que atuam em áreas semelhantes. Na realidade, emergiu um novo olhar para o mundo do trabalho, onde consegui visualizar que esta preocupação com o trabalhador não deveria estar resumida apenas às atividades das UTIs e sim à todas as unidades críticas hospitalares.

Partindo dessa indagação é que o meu interesse tomou novos rumos, ou seja, estender o estudo para os profissionais que trabalhavam em áreas críticas, pois estas possuem características que se assemelham, visto que, todas elas são submetidas às exigências semelhantes no que dizem respeito à disciplina na rotina, agilidade nos procedimentos, resolução rápida e eficaz dos problemas que envolvem pacientes e familiares, entre outros, onde percebemos que muitas vezes é desta forma que se confere o desgaste ao trabalhador.

Entende-se por unidades de assistência crítica, aquelas unidades hospitalares destinadas ao atendimento de paciente grave pelo seu estado crítico, que são atendidos com suporte da tecnologia avançada, e na qual se precisa de equipe multiprofissional capacitada e de um cuidado voltado também para os seus familiares. Partindo deste entendimento, é mister compreender que nestas unidades é necessário contar com a complexidade do cuidado a ser executado, na medida em que se busca excelência nos resultados. Para tanto, acaba por ser exigido do trabalhador que o mesmo tenha rapidez e agilidade de raciocínio nas tomadas de decisões, e que seja capaz de manter relações que abrangem todos os seguimentos inerentes às relações interpessoais entre sujeito hospitalizado, familiares e o conjunto de trabalhadores.

Desta forma, estabeleceu-se que neste estudo seriam incluídos todos os trabalhadores que atuam nas unidades críticas, tanto pelo tipo de atendimento como pelo tipo de recursos tecnológicos utilizados para tal. Fizeram parte deste estudo,

então, a unidade de terapia intensiva adulto, unidade de terapia intensiva pediátrica, centro cirúrgico e pronto socorro/pronto atendimento. É importante ressaltar que dentro do centro cirúrgico está incluída, nesta mesma definição, a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

Quando pensamos que os trabalhadores vivenciam no seu cotidiano as cargas de trabalho e os desgastes oriundos destas, precisamos entender que estão enfrentando situações variadas de desgaste, podendo os mesmos estarem relacionados com a demanda psicológica e o controle sobre seu processo de trabalho (ALVES et al., 2004). Os mesmos autores descrevem demanda psicológica como sendo as pressões psicológicas no trabalho, sejam estas quantitativas ou qualitativas, e controle como sendo a possibilidade do trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para realizar seu trabalho.

A partir do exposto pretende-se responder à seguinte questão:

Distúrbios psíquicos menores estão relacionados ao estresse no trabalho, segundo o modelo demanda-controle de Karasek, na população de enfermagem em unidades críticas?

Nesta perspectiva, e partindo da questão norteadora proposta, foi que traçamos os seguintes objetivos:

- Caracterizar a população do estudo segundo variáveis demográficas, variáveis de exposição ao desgaste no trabalho, segundo o modelo demanda-controle, a prevalência de distúrbios psíquicos menores e a percepção de suporte social no trabalho;

- Associar a demanda psicológica, o suporte social e o controle do trabalhador sobre seu trabalho em unidade de terapia intensiva adulto (UTI AD), pronto socorro/pronto atendimento (PS/PA), centro cirúrgico (CC/SRPA), e unidade de terapia intensiva pediátrica/neonatal (UTI PED/NEO).

- Associar distúrbios psíquicos menores (DPM) com o trabalho realizado nas unidades críticas;

- Buscar estratégias individuais e coletivas de suporte social junto ao trabalhador e que possam levar à melhoria do seu dia-a-dia de trabalho, minimizando os desgastes provenientes de todas as cargas de trabalho.

O relato do percurso percorrido neste estudo está organizado nos seguintes capítulos:

No capítulo II, após o capítulo introdutório, apresento um resgate de estudos que priorizam a temática do sofrimento e estresse nos ambientes de trabalho no segundo capítulo.

No capítulo III insiro o referencial teórico, que traz sustentação às questões levantadas neste estudo. O referencial se alicerça na teoria do processo de trabalho, nas cargas de trabalho e no modelo demanda-controle de Karasek e Thoerell e, ainda, no Self Reporting Questionnaire, dois instrumentos usados em estudos brasileiros e que serão descritos oportunamente.

No capítulo IV todos os procedimentos metodológicos são descritos.

Os resultados apontados pelos trabalhadores que participaram do estudo são apresentados no capítulo V e a análise de dados, no capítulo VI. Neste último capítulo discuto parâmetros de outros estudos, os quais utilizam as temáticas enfocadas nos objetivos deste estudo.

No capítulo VII sistematizo considerações finais, destacando as ponderações necessárias a partir dos resultados encontrados e das análises proporcionadas pela literatura, bem como, ressalto as contribuições obtidas a partir dessa dissertação, além das possibilidades de continuidade desta investigação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar esta dissertação foi realizada uma busca das publicações referentes ao campo da saúde do trabalhador, dando-se prioridade às publicações mais recentes e àquelas com enfoque nos distúrbios psíquicos menores, estresse e no sofrimento e sua relação com o trabalho. Igualmente, foram priorizados os estudos que tiveram como instrumental o Self Reporting Questionnaire e o modelo demanda e controle de Karasek e Thoerell, tanto pelo seu uso com trabalhadores em estudos brasileiros quanto pela sistematicidade que oferecem para captura e análise dos dados. Sendo assim, esta revisão teve por objetivo permitir uma maior aproximação com nosso objeto de estudo.

2.1 Os estudos envolvendo as cargas psíquicas do trabalho

Estudos têm nos mostrado que os trabalhadores hospitalares vêm convivendo, diariamente, com situações que envolvem habilidades e conhecimentos específicos para desenvolverem suas atividades, levando estes a submeter-se a situações de grande tensão (BABA, GALPERIN E LITUCHY, 1999; CALLAGHAN, 2000; BOURBONNAIS et al., 1998; HOGA, 2002; ARAÚJO et al., 2003; CANDEIAS et al., 1992; MATSUDA & ÉVORA, 2003; BROOKS, 1997; SHIMIZU e CIAMPONE, 1999; CARVALHO e LIMA, 2001). Estas situações somadas ao ambiente de trabalho onde estão inseridos podem gerar repercussões diretas para a saúde, podendo resultar em afastamento e ou qualquer outro tipo de tratamento médico, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestada.

Exemplo disso pode ser encontrado no estudo de Baba, Galperin e Lituchy (1999), que afirmam que as pessoas que são engajadas em ocupações que envolvem atendimento ao serviço humano, são particularmente suscetíveis aos problemas

psicológicos ocupacionais. Estão incluídos nesta classificação os profissionais como enfermeiros, professores, assistentes sociais e outros serviços dos setores de ajuda à pessoas. Segundo os mesmos autores pesquisas relativas à saúde mental ocupacional sugerem que os episódios de depressão podem ser decorrentes de fatores associados ao trabalho.

Por isso, é relevante que o trabalhador identifique as cargas de trabalho e o desgaste delas proveniente, pois dessa forma poderá ficar menos suscetível ao sofrimento resultante do trabalho e seus transtornos. Dejours (1991) aponta que saúde não é ausência de sofrimento e de dor, mas sim ter condições e instrumentos para interferir no que os causa; é poder respeitar as necessidades, ritmos e desejos do organismo quando as doenças se apresentam, não forçando-o a comportar-se segundo normas e prescrições. O mesmo autor pondera que o homem não necessariamente, deve conviver com as condições e contextos de trabalho como são, e sim buscar identificar as situações que lhe provoquem sofrimento e desgastes a fim de enfrentá-las e ou modificá-las, se necessário.

Outros autores corroboram com esse pensamento, dentre eles Callaghan (2000), Bourbonnais et al. (1998), Hoga (2002) e Araújo et al. (2003). Callaghan (2000) ressalta que as fontes de esgotamento e sofrimento do trabalhador são muitas, incluindo, especialmente, entre estas a sobrecarga de trabalho. Bourbonnais et al. (1998) enfocam que as demandas psicológicas sobre a força de trabalho têm trazido complicações de saúde para os trabalhadores e como conseqüências aumentando os custos para os empregadores e sociedade.

Borsoi (1992 apud HOGA, 2002) descreve estudos que evidenciam que o trabalho exercido pela enfermeira repercute sobre sua saúde mental, visto existirem evidências de sofrimento psíquico, sendo a prontidão paranóide e hipocondríaca as condições que mais frequentemente afetam a saúde mental das enfermeiras.

Estudos sobre o trabalhador e o controle no trabalho ganharam fôlego nas últimas duas décadas, influenciado pelas redefinições dos processos de trabalho no contexto de reestruturação da economia mundial (ARAÚJO et al., 2003).

Reconhecemos, portanto, que a literatura científica tem sido enfática ao reconhecer as implicações do trabalho na saúde, assim como tem contribuído para o

conhecimento das fontes de desgaste para o trabalhador.

Na década de 90, Candeias et al. (1992) desenvolveram estudo na cidade de São Paulo, com o objetivo de mensurar o grau de stress dos atendentes de enfermagem, considerando para tal o ambiente do trabalho, pressões do fator tempo e características da personalidade. A coleta dos dados abordou tanto características relacionadas ao comportamento e percepções, quanto à falta de tempo no trabalho. Utilizaram para mensurar os sintomas de stress 30 diferentes aspectos baseados em uma escala proposta por Dietrich. As respostas deste grupo apontaram para dificuldades diariamente encontradas, dentre elas: dificuldades de execução de trabalho (trabalhar sem planejamento prévio, trabalhar permanentemente em um único lugar...), dificuldades de relacionamento interpessoal (contrariedades em relação aos colegas de trabalho sem busca de soluções), falta de tempo (atividades cansativas após o horário normal do trabalho, plantões no final de semana, acúmulo de serviço no mesmo período de tempo prejudicando atendimento aos pacientes) e supervisão incompetente (nenhuma valorização dos aspectos positivos das atividades realizadas). Como intervenção este grupo apontou sugestões que incluíam a redução da jornada de trabalho, maior integração entre os colegas, integração inter e intraprofissional e organização do serviço, o qual incluiria inserção de rotinas e distribuição mais equitativa do trabalho, a fim de minimizar estas cargas de trabalho.

Relacionando a demanda e o controle sobre o trabalho Bourbonnais et al. (1998) realizaram estudo com enfermeiros da província de Quebec, e com o objetivo de determinar se os enfermeiros que experienciavam tensão violenta no trabalho teriam alto índice de stress psicológico e exaustão emocional, da mesma forma que aqueles que não estiveram expostos a esta mesma tensão. Neste estudo, também, foi focado se o suporte social no trabalho modificaria a associação entre a tensão e a prevalência do stress psicológico e exaustão emocional nos enfermeiros. Vários dados obtidos merecem atenção especial, dentre estes, de que 30,9% dos enfermeiros são considerados expostos à alta tensão no trabalho, ou seja, experimentam a combinação da alta demanda psicológica e o baixo poder de decisão. A alta tensão seria proveniente do baixo suporte social no trabalho, sentimento de média ou alta insegurança no trabalho e uma vida cheia de acontecimentos tensos nos últimos doze meses.

Ao investigar a associação entre a demanda psicológica sobre o trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre as trabalhadoras de enfermagem, Araújo et al. (2003) encontraram 26,7% dos trabalhadores de enfermagem trabalhando sob alta exigência, ou seja, vivenciam alta demanda de trabalho e baixo controle sobre o mesmo. Predominaram trabalhadoras com carga semanal acima de 45 horas (57,5%), referindo desvalorização profissional (59,7%) e com tempo insuficiente para lazer (82,7%), a proporção de trabalhadoras com baixo suporte social foi muito elevada, chegando a 73,3%. Interessante destacar que a situação encontrada entre profissionais com baixa exigência, ou seja, com baixa demanda psicológica de trabalho e alto controle, é exatamente oposta à anterior, ou seja, predomina em mulheres com carga horária semanal abaixo de 44h (54,2%), com grande valorização no trabalho (70,1%) e com tempo suficiente para lazer em 52,5% destas. Com relação ao suporte social predominou o alto apoio recebido no trabalho (69,2%). As autoras consideraram na análise aspectos do trabalho profissional (ocupação, tempo na ocupação, carga horária de trabalho semanal, turno, tempo e setor de trabalho, suporte social e valorização profissional), do trabalho doméstico (carga horária semanal, sobrecarga doméstica, auxílio nas tarefas domésticas) e características sociodemográficos (idade, escolaridade, cor da pele auto-referida, chefia da família e história migratória). É válido destacar que este estudo registrou a elevada proporção de profissionais com alta exigência nos diversos setores de emergência, centro cirúrgico e centro de materiais e equipamentos.

No estudo, já citado, de Callaghan (2000) foi investigada a tensão induzida no trabalho, tensão somática, fadiga e intranquilidades gerais, em enfermeiros de Hong Kong, bem como as maneiras como estes lidavam com estas situações. Para facilitar a busca dos dados o estresse foi definido operacionalmente como sintomas físicos, psicológicos e relacionados à saúde e aos comportamentos relacionados à experiência profissional. Foi utilizado um questionário de Ansiedade-estresse (ASQ). Os resultados ressaltam a tensão nos ambientes de trabalho da enfermagem, pois 82% dos enfermeiros relataram que seu trabalho afeta diretamente a saúde, e 75,8% relatam que trabalham sob uma grande quantidade de tensão, considerando-se com saúde média e dizendo cansar-se rapidamente em suas atividades.

Direcionando-se, neste momento, para a UTI adulto, o estudo realizado com equipe de enfermagem por Matsuda & Évora (2003), avaliou componentes de insatisfação, através do questionário de índice de satisfação no trabalho (IST). Teve uma abordagem quantitativa, efetuada em três etapas: fase de pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção, distinguindo como categorias profissionais os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros. No grupo dos enfermeiros a autonomia e a interação não foram consideradas como sendo fatores de maior insatisfação e sim os conflitos intra-equipe e os aspectos relacionados à organização do trabalho. Fica evidenciado na análise de ambas as categorias, que a satisfação no trabalho é proveniente da autonomia, interação e remuneração. Após verificar os componentes pelo qual a equipe encontrava-se insatisfeita, foram levantadas sugestões para melhorias a curto e médio prazo. As intervenções sugeridas incluíam melhoria técnica, científica e administrativa da unidade. Também, investigando a insatisfação do trabalhador de enfermagem noturno, comparando com os grupos que trabalhavam rotineiramente no turno da noite, ou aqueles que faziam turnos rotativos noturnos Brooks (1997) evidenciou que o risco para desenvolver desgastes psíquicos é aumentado nos enfermeiros que realizam tarefas em turnos rotativos, onde estes referem sinais e sintomas como, indigestão, cansaço, distúrbios no sono, irritação, ausência de apetite, além de restrição da participação na vida social e grande solidão. Dejours (1991, p. 57), ressalta que “de uma relação desarmoniosa entre o conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) e a estrutura da personalidade pode emergir uma insatisfação e, correlativamente desgastes que são de natureza mental e não física”.

Shimizu e Ciampone (1999) buscaram explicitar e compreender as representações sociais das enfermeiras, acerca do trabalho em Unidade de Terapia Intensiva adulto e os modos de expressão de sofrimento e prazer ligados a este trabalho. Utilizaram a abordagem qualitativa a fim de possibilitar a busca dos significados a partir das narrativas dos sujeitos entrevistados. Este trabalho, segundo as autoras, permite afirmar que o grupo é sempre composto por um conjunto de instituições que compreendem as representações do que cada indivíduo traz consigo a respeito do outro, e que as vivências anteriores dos enfermeiros podem influenciar a

conduta grupal. As autoras, ao refletirem os resultados encontrados, enfatizaram a necessidade de aprofundar os estudos referentes às análises das implicações psicológicas, que as tarefas desenvolvidas pela enfermagem têm sobre o grupo que as desenvolve, além da necessidade de repensar o trabalho de forma a considerá-lo além do sofrimento, e sim como capaz de gerar prazer e satisfação aos indivíduos.

Em estudo referente às causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem em UTI neonatal, Hoga (2002), encontrou categorias que representam cargas psíquicas para o trabalhador da enfermagem, e que muitas vezes são encontradas também nos trabalhadores das UTI de adultos, dentre estas, encontrou-se: necessidade de enfrentamento de situações imprevisíveis (trabalho com situações de emergência, convívio com situações desconhecidas, nível de seqüela ou patologias...), necessidade de atenção concomitante a inúmeros fatores (monitoramento das condições clínicas com pacientes com risco de vida, manutenção da percepção delicada, repetição de procedimentos invasivos, atenção ao paciente e ao bom funcionamento dos materiais concomitantemente), dificuldade na relação interpessoal com familiares (cobrança dos familiares quanto à assistência prestada), relacionamentos difíceis com alguns membros da equipe multiprofissional (falta de entrosamento, atenção às relações hierárquicas), enfrentamento de condições socioeconômicas desfavoráveis (falta de condições financeiras para atividades de lazer...). Destaca como categoria os conflitos pessoais, no qual ficou relatada a sensação de sobrecarga por precisar sempre estar disponível para prestar cuidados, mesmo nas situações onde despertam sentimentos ambíguos no profissional.

Outra unidade que normalmente trabalha com alta demanda de trabalho é o Centro Cirúrgico, e com relação a este se viu um estudo que descreve os sintomas físicos de estresse, segundo o turno de trabalho na equipe de enfermagem - enfermeiros e técnicos de enfermagem (CARVALHO e LIMA, 2001). Foi encontrado como resultado em funcionários de ambos os turnos altas incidências (78,3%) de dores de cabeça ou musculares por tensão, sensação de fadiga (80,4%), diminuição do interesse sexual (69,6%), desânimo pela manhã ao se levantar (63,3%), dificuldades para dormir ou sono entrecortado (60,9%) e tendência à sudorese ou taquicardia (52,2%). Os funcionários que trabalham à noite ainda apresentam, além destes

sintomas, sensação de fôlego curto ou falta de ar (55,5%) e indisposição gástrica (66,6%). O desdobramento deste estudo pode concluir que esses sintomas, uma vez sentidos mesmo na ausência de uma doença, indicam desgaste desses trabalhadores, devendo ser avaliados pela liderança desta unidade hospitalar.

A partir desses estudos é possível visualizar a dificuldade em definir a tensão proveniente do trabalho. Os sintomas apontados como indicadores de estresse ocupacional são vários e possíveis de serem percebidos pelos trabalhadores, sugerindo desgastes. Dentre os estudos revisados pode ser observada uma quantidade de instrumentos de medidas, dificultando uma escolha aos pesquisadores. Destacamos, no entanto, que no Estado do Rio Grande do Sul está em andamento um programa de agravos à saúde mental, relacionado ao trabalho, onde este propõe o uso do SRQ-20 como instrumento de filtro/seleção não apenas para uma possível investigação diagnóstica, mas também para a orientação do acompanhamento dos casos de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, bem como para o desencadeamento de ações de vigilância sobre os mesmos, no âmbito da rede do SUS (NETO et al., 2005). Um conjunto de sintomas vivenciados nos últimos trinta dias foram traduzidos por transtornos psíquicos menores dos trabalhadores e mensurados por meio da escala SRQ-20, o qual será melhor detalhado no referencial teórico deste estudo.

Esse destaque, somado a alguns estudos sistematizados acima e que também escolhem o SRQ como instrumento de investigação de distúrbios psíquicos menores, reforçam o uso desse instrumento no meio acadêmico nacional e internacional.

Faz-se necessário, também, destacar que estes estudos contribuem notoriamente com o grupo de trabalhadores da enfermagem, à medida que nos apontam sugestões para o cotidiano do trabalho e em especial nas unidades críticas hospitalares.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Por se compreender a saúde como um processo histórico-social, cabe estudá-la a partir da inserção social específica dos grupos humanos, no caso, do processo de trabalho. As cargas de trabalho, enquanto categorias que sintetizam o impacto do processo de trabalho na saúde do trabalhador; as unidades críticas, enquanto o espaço onde essas interações ocorrem vêm complementar essa compreensão. Da mesma forma, o modelo demanda-controle de Karasek e Thorell e o Self Reporting Questionnaire serão considerados, enquanto priorizam variáveis do trabalho e da saúde de relevância para atender aos objetivos traçados por esse estudo.

3.1 Processo de trabalho em saúde

O conceito de trabalho segundo Marx (1968) é compreendido como o processo onde participa o homem, a natureza e o ser humano, que com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. O homem modifica esta natureza para suprir suas necessidades, e em consequência modifica sua própria natureza e é através do trabalho que o homem se realiza e se faz humano.

Quando pensamos em processo saúde-doença do trabalhador, visualiza-se o resultado da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores colocam em ação, para interferir nas suas próprias condições de vida e trabalho (HAAG, 1997).

Laurell e Noriega (1989) ao proporem uma fundamentação teórico metodológica para o estudo da relação trabalho-saúde, reforçam a compreensão da saúde enquanto processo histórico-social e do trabalho, nos conceitos de processo de produção, processo de valorização e processo de trabalho como elementos para

entender os determinantes da saúde do trabalhador. Ressaltam que a conformação concreta do trabalho é um dos elementos chave para a compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador, já que permite desentranhar de que forma se constitui o nexo psíquico dessa coletividade. Reforçam ainda que se torna necessário decompô-lo em seus elementos constitutivos para analisá-los, e depois voltar a reconstituí-los como processo global, resgatando seu movimento dinâmico com relação à saúde do trabalhador (LAURELL E NORIEGA, 1989).

Ao adotarem o conceito de processo de trabalho marxista, Laurell e Noriega (1989), procuram operacionalizar sua decomposição em seus três elementos básicos: objeto de trabalho, instrumento de trabalho e o próprio trabalho, reforçando que a análise do processo de trabalho precisa abrangê-lo nas suas duas vertentes, técnica e social. Ou seja, propõem que além das características mecânicas, físicas e químicas dos objetos de trabalho é necessário compreender porque e como se constituíram como tal. Para os instrumentos de trabalho, citam que deve ser compreendida sua relação técnica, mas também a materialização da relação entre capital e trabalho. E com relação ao trabalho, destacam que este precisa ser entendido como processos corporais, mas também, como uma expressão concreta da relação de exploração através da divisão e organização do trabalho.

Sodré (2002, p. 28) segue nesta mesma linha teórica e complementa que:

O estudo do processo do trabalho exprime historicamente as características de uma determinada sociedade, seu modo de produção, seus aspectos técnico-instrumentais, sua estrutura social; representa a forma como a sociedade está organizada e estruturada frente a este modo de produção característico. A fragmentação do processo de trabalho ocorre pela divisão do trabalho e a inserção de tecnologias que o reduzem ao cumprimento de tarefas simples e com um ritmo de operação imposto.

Uma aplicação desse modo de pensar foi realizado por Pires (1998, p.161), quando define estas categorias teóricas no âmbito do trabalho em saúde:

O processo de trabalho dos profissionais da saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto - o indivíduo ou grupo de doentes sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho- os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico de conhecimento que é o saber da

saúde e o produto final é a própria prestação da assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é conhecida. (PIRES, 1998, p.161)

Com certeza, não podemos deixar de pensar acerca da organização do trabalho, e para tanto, autores como Laurell e Noriega (1989) fazem reflexões sobre como a organização tem se configurado em uma tentativa constante de negação da capacidade crítica do trabalhador e também formação de novas relações sociais entre estes. O aumento do ritmo da produção, jornada de trabalho, controle do processo, incentivo à produção e complexidade entre outros, vem ao encontro do atendimento do aumento da demanda no sistema capitalista.

Segundo Sato (1996) seja qual for o modelo de organização que estiver implantado no trabalho, o que interessa à saúde mental do trabalhador é a possibilidade de que ele tenha controle sobre o seu contexto de trabalho, no qual realiza suas tarefas. Para obter este controle, segundo a mesma autora, são necessários três requisitos que precisam estar presentes e simultâneos: a familiaridade, o poder e o limite subjetivo. A familiaridade, aqui mencionada, refere-se à intimidade que o trabalhador tem com a tarefa, ou seja, quanto menos experiência tiver do trabalho, provável que tenha mais sofrimento e mais desgaste. O poder referido relaciona-se com a possibilidade de o trabalhador interferir no planejamento do trabalho de maneira que consiga modificar os contextos que geram incômodos, sofrimento ou esforço, e deve ser definido pela organização do trabalho. Por último o limite subjetivo, que evidencia o quanto, quando e como o trabalhador aumenta as demandas de trabalho diz que “este limite é subjetivo, visto que, cada um de nós sabe qual o limite suportável, não sendo possível alguém de fora dizer o quanto o outro agüenta no trabalho” (SATO, 1996, p. 9).

Minayo (1994, p. 23) enfoca neste sentido que:

[...] o trabalho na saúde é inegavelmente um trabalho repleto de inesperados. Cada ação significa um apoio para revitalização das pessoas, quer no âmbito de seu corpo, quer da psique ou de sua sociabilidade. Porém por mais objetividade que se possa introduzir é com pessoas que trabalhamos. E isto significa reconhecer limites, capacitar-se diante dos limites e pensar em soluções coletivas para os problemas. (MINAYO, 1994, p. 23)

Compreendo tal qual Kirchof (1999, p. 18) que para se entender as possibilidades de avanço dessa área de estudos, a relação trabalho e saúde, é preciso que se reconheça e integre o conhecimento dos trabalhadores, dos processos de trabalho, das práticas de saúde, compatibilizando esse conhecimento com as dimensões individuais e coletivas, biológicas e sociais, técnicas e políticas. Neste estudo estamos fazendo a tentativa de compatibilizar essas dimensões, explorando as variáveis sócio-demográficas, as demandas psicológicas e o controle sobre o trabalho, buscando desvendar os distúrbios psíquicos menores vividos pelo trabalhador de unidades críticas e avaliar a percepção do trabalhador sobre o suporte social obtido no trabalho, proveniente de colegas e chefias.

As estratégias de suporte social propostas pelos trabalhadores, para enfrentamento do trabalho são uma outra instância explorada pelo estudo e que valorizaria, de modo mais imediato, o conhecimento dos trabalhadores de unidades críticas sobre esse espaço de realização pessoal e profissional.

3.2 O trabalho em Unidades Críticas Hospitalares e os trabalhadores da enfermagem

A evolução científica e tecnológica que o mundo vem experimentando, tem acarretado em grandes modificações na assistência ao paciente, em especial ao paciente em estado crítico ou de alto risco. Este cuidado crítico/intensivo evoluiu através dos tempos, com reconhecimento histórico de que as necessidades dos pacientes com enfermidades agudas e com risco de morte ou danos, poderiam ser melhor tratadas se fossem agrupados em áreas específicas nos hospitais. (SOCIETY OF CRITICAL CARE – USA, 2005).

Conforme Oguisso e Schmidt (1999), tais modificações envolvendo maior complexidade de equipamentos e a necessidade de atenção permanente e contínua por parte de uma equipe multiprofissional de saúde, resultaram na criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Foi desde então, que se passou a entender a importância de

unidades que prestassem atendimento diferenciado e destinado aos pacientes com estado de gravidade aumentado.

Beck, Gonzáles e Leopardi (2002), descrevem que os trabalhadores de enfermagem que atuam em ambientes tensos e estressantes e com riscos que envolvem a saúde dos pacientes, ou mesmo com pacientes que requerem cuidados especiais, tanto no aspecto físico como emocional, trabalham em unidades críticas.

Dentre as unidades hospitalares consideradas críticas, podemos evidenciar as unidades de terapia intensiva tanto de atenção ao adulto quanto ao recém nascido e criança, centro cirúrgico, e pronto socorro/pronto atendimento.

Encontramos até nos dias de hoje características intrínsecas às unidades críticas, como rotina acelerada, ênfase no conhecimento técnico/científico e um clima de apreensão pelo possível agravamento do quadro dos sujeitos hospitalizados com risco iminente de morte. O enfermeiro intensivista percebe a unidade como um local onde vidas frágeis são vigilantemente observadas, cuidadas e preservadas (HUDAK e GALLO, 1997). No entanto, a assistência como um todo, não é direcionada somente a estes sujeitos e sim a uma tríade constituída dos sujeitos hospitalizados, sua família e os próprios trabalhadores da saúde, pois todos eles estão envolvidos na mesma luta, cada um compondo um dos ângulos deste processo (SEBASTIANI et al., 1995).

A essência de enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes especiais, mas em um processo de tomada de decisão baseada na sólida compreensão das condições dos indivíduos ali atendidos.

Neste sentido, Beck, Gonzáles e Leopardi (2002, p.151), descrevem que:

A equipe de enfermagem que desenvolve seu trabalho em unidade crítica, vive situações complexas e instigantes, sendo este universo conformado por características especiais, como equipes compostas por vários trabalhadores de saúde, ambiente hostil, situações de emergência que exigem empenho e habilidades dos trabalhadores, pacientes com diferentes faixas etárias, com risco de vida, dificuldade de relacionamento interpessoal, dentre outros.

Os trabalhadores de enfermagem de unidades críticas precisam desenvolver suas habilidades técnicas e intelectuais para trabalharem com este tipo de pacientes, uma vez que deles serão exigidos intervenções rotineiras e prontidão para a tomada de

decisões frente aos acontecimentos. Beck (2001) reforça que é preciso reconhecer que existe uma situação de risco iminente de vida dentro destes ambientes, e que se faz necessário que o trabalhador perceba alguns fatores que podem interferir aumentando o seu risco, dentre eles: a habilidade destes para agirem de maneira adequada não aumentando o risco natural ou presumido, a adequação do ambiente para prestação da assistência, a existência de instrumentos de trabalho em quantidade e condições adequadas e o número de pessoal, bem como rotatividade destes no setor.

Porém, é fundamental ressaltar que apenas os ambientes de UTI, centro cirúrgico e pronto socorro/pronto atendimento, seu espaço e sua estrutura não são suficientes para prestar cuidado aos pacientes. É importante que o profissional imprima suas características pessoais na arte do cuidar.

Diante destes fatores é possível entender que os profissionais que atuam nestas unidades necessitam de constantes reflexões, relacionadas à sensibilização do cuidado que prestam. No cotidiano assistencial a equipe de enfermagem estabelece relação com diversas pessoas que possuem individualidade própria, problemas e características únicas, porém em muitas situações observo que o profissional, por várias razões, dentre elas a sobrecarga de trabalho, atende estas pessoas de forma impessoal, esquecendo que este ser apresenta identidade única, uma cultura e uma bagagem própria de conhecimentos que compõe sua história. Os dilemas éticos que os profissionais de UTI vivenciam em muitos momentos, dentre eles os binômios tecnologia X humanização, vida X morte, acabam propiciando alterações emocionais que favorecem o aparecimento de estresse e ansiedade (BARBOSA, 1999).

Hudak e Gallo (1997, p. 5) reforçam essa opinião:

A enfermagem em cuidados intensivos requer uma capacidade de lidar com situações cruciais, com uma velocidade e precisão que geralmente são necessárias em unidades assistenciais. Requer competência na interação de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, porque quando os distúrbios acometem um sistema orgânico, outros sistemas são envolvidos na tentativa de adaptar-se ao equilíbrio.

Na realidade, o excesso de trabalho demonstrado pela alta demanda, o conflito de papéis (dificuldade de estabelecer limites e a necessidade de aprovação), entre

outros, podem evidenciar situações de desgaste entre a equipe de enfermagem das unidades críticas. É pertinente entender que repercussões no trabalhador sejam oriundas das cargas de trabalho, onde muitas vezes aparecem sinais e sintomas de tensão e estresse no trabalho. Para Grandjean (1998, p. 163) estas manifestações no trabalho são causadas por discrepância entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo. É essencialmente um fenômeno subjetivo e depende da compreensão individual e da capacidade de gerenciar as exigências do trabalho.

Para Beck, Gonzáles e Leopardi (2002) o processo de trabalho de enfermagem está associado à organização social, ou seja, acabam por emergir questões relacionadas ao cotidiano dos trabalhadores, de forma que não conseguimos pensar nos aspectos do trabalho dissociado da vida do trabalhador. Segundo as mesmas autoras, a subjetividade do trabalhador manifesta-se em situações que são próprias das unidades críticas, dentre elas, a gravidade da doença, morte dos pacientes e associação que o profissional faz deste momento com outros já vividos. Ainda, as mesmas autoras destacam que estes fatores fazem com que a complexidade do trabalho seja potencializada, exigindo dos trabalhadores um modo particular de enfrentamento dessas situações, tornando esta experiência especial e intensa para cada trabalhador.

Portanto, neste estudo, pretendemos relacionar esse contexto de trabalho das unidades críticas, sua organização, com as possíveis repercussões psíquicas para o trabalhador. Para tanto, ainda precisamos reconhecer as cargas de trabalho com impacto no processo de adoecimento do trabalhador.

3.3 Conhecendo as cargas de trabalho

Para Facchini (1994, p. 180), as cargas de trabalho são:

[...] exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador (...) e permitem interpretar de forma particular o processo de trabalho, extraindo aqueles elementos específicos que caracterizam as reações biopsíquicas que se verificam no corpo do trabalhador. (FACCHINI, 1994, p. 180)

Partindo desta compreensão e tendo por referência teórica o modelo de determinação social da saúde e da doença de Laurell e Noriega (1989), Facchini (1994), recomendam uma substituição dos conceitos de risco e fator de risco pelo de carga de trabalho. Justifica essa escolha em função de que enquanto o primeiro conceito tende a identificar possíveis agentes ou substâncias capazes de determinar um efeito sobre a saúde, o conceito de cargas de trabalho vem contribuir para uma proposta de análise do processo de trabalho, sendo, portanto, atributos dos processos de trabalho em geral, mas particularizáveis para trabalhos determinados e cuja presença no ambiente de trabalho pode aumentar a probabilidade de que um grupo de trabalhadores expostos experimentem uma deterioração psicobiológica, comparada àqueles que não estiveram expostos ou estiveram menos expostos.

Laurell e Noriega (1989) descrevem as “cargas de trabalho” como uma categoria que leva em conta as condições do ambiente em que o trabalhador está inserido dentro do processo de trabalho. Cabe destacar Laurell e Noriega no que diz respeito às cargas de trabalho, enquanto buscam (1989, p. 110):

[...] ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos desde que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e ou efetiva corporal e psíquica. (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 110)

Facchini (1994), afirma que através da identificação das “cargas” é possível entender melhor como os elementos que constituem o processo de trabalho podem consumir a força ou ocasionar desgastes na saúde do trabalhador.

É possível, ainda, categorizar as cargas de trabalho, conforme a materialidade que assumem em relação ao corpo do trabalhador, em cargas com materialidade externa e com materialidade interna (LAURELL e NORIEGA, 1989). Segundo estes autores as cargas com materialidade externa adquirem sua importância não em si mesmas, mas pelas transformações que geram em suas interações com os processos corporais, e desta forma, agrupam-se nesta categoria as cargas mecânicas, físicas, químicas e biológicas.

Por outro lado, os mesmos autores, ressaltam que as cargas com materialidade interna só podem ser pensadas ou identificadas através do corpo do trabalhador, ou seja, somente adquirem materialidade no corpo humano “ao expressarem-se em transformações em seus processos internos”. Estas cargas não têm uma materialidade visível externa ao corpo humano, e para tal, citam as cargas fisiológicas e psíquicas, visto que, sua materialidade se dá pelos processos corporais transformados. Vale ressaltar, que “as cargas de um mesmo grupo podem se potencializar entre si de tal modo que não somente se somam como também incrementam seu efeito sobre os processos biopsíquicos humanos” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 113).

As cargas de trabalho podem ser particularizadas segundo sua natureza ou característica básica, permitindo desta maneira uma melhor identificação e são derivadas, principalmente, das exigências técnicas para a transformação do objeto e caracterizam um determinado ambiente de trabalho que interage cotidianamente com o trabalhador (FACCHINI, 1994). Exemplos citados são os ruídos, as vibrações, a temperatura, a umidade, a ventilação natural e artificial, conforme as particularidades de cada processo. Laurell e Noriega (1989) destacam que estas cargas ao atuarem sobre o corpo, sofrem uma mudança de qualidade tornando-se processos intra-corporais complexos.

As cargas orgânicas também ditas como cargas biológicas, são derivadas principalmente do objeto trabalho e das condições de higiene ambiental em que ocorre sua transformação. Neste tipo de carga está incluído qualquer organismo animal ou vegetal que possa determinar danos à saúde do trabalhador, como por exemplo, contato com bactérias, fungos, vírus, parasitas (FACCHINI, 1994).

As cargas químicas são derivadas, principalmente, do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos em sua transformação e também caracterizam o ambiente de trabalho e sua vida cotidiana com o trabalhador. Neste tipo de carga encontramos todas as substâncias químicas em forma de pós, gases, vapores, pastas ou líquidos (FACCHINI, 1994).

Segundo Laurell e Noriega (1989) as cargas químicas e as cargas biológicas, têm características que as tornam semelhantes, pois ambas têm materialidade externa ao corpo, porém, adquirem importância não em si mesmas, mas pelas transformações

que geram em sua interação com os processos corporais.

As cargas mecânicas são derivadas especialmente da tecnologia do trabalho, seja devido sua operação ou manutenção, aos materiais soltos no ambiente, ao próprio objeto de trabalho, e em particular, às condições de instalação e manutenção dos meios de produção (FACCHINI, 1994). Estas cargas são as mais visíveis, dentro daquelas cargas com materialidade externa, pois se convertem numa ruptura de continuidade instantânea ao corpo, resultando em contusões, feridas, fraturas, etc. (LAURELL e NORIEGA, 1989).

As cargas fisiológicas são derivadas fundamentalmente das diversas maneiras de realizar a atividade ocupacional e estão constituídas por elementos como o esforço físico e visual, os deslocamentos e movimentos exigidos, o espaço de trabalho disponível, as posições assumidas em sua execução, as horas extras de trabalho ou intensificação do trabalho e prolongamento da jornada, assim como os turnos noturnos e rotatividade (FACCHINI, 1994).

As cargas psíquicas estão constituídas por aqueles elementos do processo de trabalho que são, acima de tudo, uma fonte de estresse (FACCHINI, 1994). Neste sentido, pode-se considerar que estas cargas se relacionam com todos os elementos do processo de trabalho e, portanto, com as demais cargas de trabalho. Entre os elementos que constituem as cargas psíquicas cabe destacar o ritmo e a intensidade do trabalho, a atenção e responsabilidade que exige a tarefa, o grau de controle e iniciativa na sua execução, a intercomunicação dos trabalhadores durante a jornada, o caráter da supervisão, a consciência do risco que a tarefa implica e a quota de produção prefixada, assim como, o risco de perder o emprego.

Laurell e Noriega (1989) afirmam que as cargas fisiológicas e as psíquicas não podem ser analisadas isoladamente, pois estas cargas oferecem dificuldade de aferição, à medida que, ambas se materializam no corpo do trabalhador. Os mesmos autores ainda referem que estas cargas passam a adquirir materialidade no corpo humano à medida que se expressam nas transformações de seus processos internos, e desta forma, são pensadas, sobretudo em função das suas manifestações somáticas, podendo ser agrupadas em dois grandes grupos: sobrecarga psíquica e subcarga psíquica. Quando se refere à sobrecarga psíquica significa dizer que esta abrange situações de

tensão prolongada, e a subcarga psíquica, seria a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica.

As cargas psíquicas e fisiológicas foram ressaltadas pelos trabalhadores da UTI em estudo anterior (Apêndice I), como relevantes na divisão e organização do trabalho. Por isso entendemos como conveniente investigar as mesmas nos processos de desgaste e adoecimento desses trabalhadores, especialmente aqueles processos vinculados às situações vividas no trabalho.

Diante dessas definições, exploradas pelos autores entende-se que se faz necessário explorar o conceito de desgaste do trabalho, pois este “permite consignar as transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das cargas, nos processos biopsíquicos humanos” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p.115) Com este olhar, fica destacado que o desgaste é a perda de capacidade efetiva e ou potencial, biológico e psíquico, não se referindo a um processo isolado, e sim a um conjunto dos processos biopsíquicos. Quando pensamos em cargas psíquicas, temos que referendar o desgaste, pois este pode ou não se expressar como patologia no corpo humano. Segundo Santos e Trevizam (2001) as formas de desgaste psíquicas do trabalhador se expressam sob forma de irritabilidade, sensação de desânimo, distúrbios do sono e envelhecimento precoce.

Por estas razões fica implícita a dificuldade de mostrar claramente o desgaste do trabalhador, especialmente porque na maior parte ele é inespecífico e não se expressa com clareza em elementos facilmente mensuráveis ou observáveis. No entanto, para Laurell e Noriega (1989) é certo que as cargas de trabalho, e, portanto, o padrão de desgaste de um grupo de trabalhadores determinado, tem origem na maneira específica como se articulam a base técnica, a organização e a divisão do trabalho e desta forma, à medida que se analisa o processo de trabalho pode-se predizer quais são as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste. Alguns estudos apresentam a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho como dimensões psicossociais do trabalho, onde estes poderiam determinar distúrbios psíquicos (ARAÚJO, 1999; ARAÚJO, GRAÇA & ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; DANTAS, MENDES & ARAÚJO, 2004; REIS et al., 2005; SOBRINHO et al., 2006). Esses conceitos estão sistematizados em um modelo de análise do trabalho, que será apresentado a seguir.

3.4 O modelo demanda-controle proposto por Karasek e Theorell

Segundo Alves et al. (2004) e Araújo (1999), Roberto Karasek foi pioneiro no estudo das fontes geradoras de stress nos ambientes de trabalho e as suas repercussões na saúde. Na realidade este pesquisador estudou desde a década de 1970 métodos que verificassem a demanda e o controle sobre o trabalho, sob o risco de adoecimento do trabalhador. Elaborou, desde então, um questionário com 49 perguntas que enfocavam o controle e a demanda no trabalho, ficando postulado desta forma o modelo demanda-controle de Karasek. Em 1988, na Suécia, foi efetuada por Theorell a versão reduzida deste questionário, composto por 17 questões, sendo destas, cinco para avaliar a demanda, seis para avaliar o controle e seis para avaliar o suporte social.

Karasek (1979) escreveu amplamente sobre o gerenciamento do estresse na tensão do trabalho. Destaca que este modelo não resulta somente de um simples envolvimento do trabalhador no trabalho, mas dos efeitos da ligação das demandas do trabalho com a liberdade de tomarem decisões aproveitáveis diante das demandas existentes. Desta forma enfatiza que o estresse mental resulta da interação das demandas do trabalho e o poder de decisão no trabalho, clarificando contradições anteriores que eram baseadas na separação destes dois efeitos. Aborda, acerca disto, que a combinação do baixo poder de tomada de decisão e existência de pesadas demandas psicológicas no trabalho, estão associadas ao estresse mental, e que esta mesma condição acaba estando associada à insatisfação no trabalho.

Karasek (apud ALVES et al., 2004) define como demandas psicológicas as pressões da natureza, sejam estas quantitativas ou qualitativas. Cita como exemplo para as demandas quantitativas a velocidade e o tempo utilizado para a realização de um trabalho, e para as demandas qualitativas, os conflitos surgidos das demandas contraditórias no dia-a-dia de trabalho.

Segundo Araújo et al. (2003) o conceito de controle, na perspectiva psicossocial, foi em primeira instância desenvolvido por psicólogos, e marcado por ter capacidade de influenciar os eventos da vida e efeitos na auto-estima ou no desenvolvimento de sentimentos de depressão. Pode-se compreender o controle como a possibilidade que o trabalhador tem para utilizar suas habilidades intelectuais para

realizar seus trabalhos, inclusive tomar as decisões necessárias e pertinentes. Araújo (1999) ressalta que o controle exercido pela profissional de enfermagem é empregado a partir destes dois componentes: uso de habilidades e autoridade para decidir sobre questões relacionadas ao próprio trabalho.

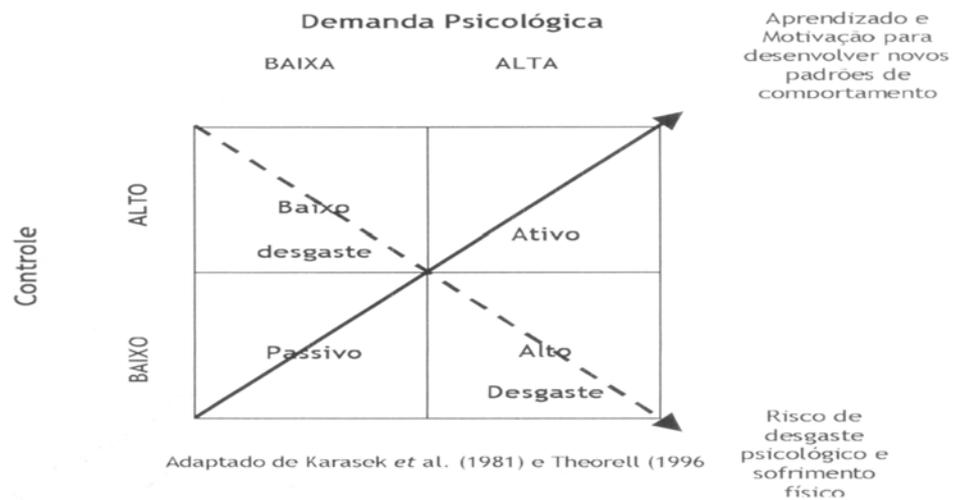
Karasek (apud ALVES et al., 2004, p. 38), define o controle como:

A amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos. (KARASEK apud ALVES et al., 2004, p. 38)

Para verificarmos os desgastes provenientes das cargas psíquicas de trabalho podemos citar escalas, que mensuram variáveis e que auxiliam nestes diagnósticos para com os trabalhadores. Neste estudo detalharemos com mais riqueza de detalhes acerca da versão resumida da escala “Job Stress Scale”, proposta por Karasek e Theorell e traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Alves et al. (2004).

Nesta escala são utilizados escores para descrever a demanda e controle do trabalho, assim como, o suporte social que o trabalhador recebe. Alves (2004) relata que Johnson e Hall (1988) incluíram no modelo Karasek a percepção do apoio social no ambiente de trabalho, ou seja, aquele apoio que o trabalhador recebe e que é proveniente dos colegas, colaboradores e coordenadores ou chefes. Segundo a mesma autora é importante definir este nível de apoio no trabalho, pois, a sua escassez também pode gerar conseqüências negativas à saúde. Este modelo pode ser representado como mostra a figura a seguir:

FIGURA 1 - ESQUEMA DO MODELO DE DEMANDA-CONTROLE DE KARASEK



Fonte: Alves, M. G. (2004), p. 38.

Figura 1 - Modelo Adaptado de Karasek (1979) e Theorell (1996)

A figura nº. 1 nos revela que podem acontecer quatro experiências no ambiente psicossocial do trabalho, geradas pela simultaneidade de maiores ou menores níveis de demandas psicológicas e controle, quais sejam, alto desgaste do trabalho, trabalho ativo, trabalho passivo e baixo desgaste.

Neste sentido, e baseado no modelo demanda-control proposto por Karasek e Theorell, Alves et al. (2004) descrevem que o alto desgaste do trabalhador surge na medida em que o trabalhador enfrenta situações de alta demanda psicológica, com pouco controle sobre seu processo de trabalho. Araújo et al. (2003) destaca que são estas as situações nas quais aparecem a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, dentre elas, fadiga, ansiedade, depressão e doença física. Alves (2004) ainda acrescenta que o desgaste psicológico vai ocorrer quando o indivíduo submetido a situações de estresse ou sofrimento, não consegue sentir-se capaz de responder adequadamente ao estímulo, pois o mesmo tem pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. Segundo a mesma autora, se o tempo de exposição é curto o organismo logo se recupera, porém, se o tempo é longo o desgaste passa a acumular-se.

Existe outra situação que merece atenção, que é o trabalho passivo, onde o

trabalhador vivencia uma baixa demanda psicológica com baixo controle do seu processo de trabalho, podendo resultar em desmotivação. Para Alves (2004), esta é a segunda mais problemática exposição à saúde do trabalhador, na qual, o mesmo acabará produzindo uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. Destaca, ainda que:

O trabalhador sente-se em um estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Os trabalhos mecanizados também provocam essa sensação. O desinteresse parece se generalizar para outras esferas da vida (ALVES, 2004, p. 39).

O trabalho ativo é descrito por Alves (2004), como sendo aquele em que o trabalhador experimenta uma alta demanda psicológica, com um alto controle sobre o seu trabalho. Destaca ainda que neste tipo de trabalho é permitido ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, o que pode significar dizer que ele consegue utilizar sua potencialidade intelectual para tal. Podemos dizer que este tipo de trabalho favorece ao trabalhador elaborar estratégias para minimizar seus desgastes.

Existe ainda nesta escala um quarto escore, e segundo os mesmos autores a situação de trabalho ideal, ou seja, a situação de trabalho de baixo desgaste, pois o trabalhador experimenta baixas demandas psicológicas com alto controle sobre o seu processo de trabalho. Fica este tipo de trabalho, segundo Alves (2004), configurado como um estado extremamente desejado, ideal e que leva a uma espécie de situação de relaxamento para o trabalhador.

Para Karasek (1979) é fundamental que aconteça revisão no processo de trabalho, de forma que permita aumentar o poder nas tomadas de decisões. Desta maneira, um amplo número de trabalhadores reduziriam seu estresse mental, pois conseguiriam manejar mais facilmente com as demandas provenientes do trabalho.

Entendemos, a partir destes autores a importância de não olharmos somente para a manutenção e promoção da integridade da saúde física do trabalhador, e sim, para um conjunto que inclua o atendimento da saúde mental destes, utilizando-se, para

tal, de métodos de reconhecimento de determinados problemas que evidenciem estes distúrbios e ou comprometimentos.

3.5 Os distúrbios psiquiátricos menores e o Self Reporting Questionnaire

O Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) compõe-se de 20 questões do tipo sim/não que abordam sintomas e problemas comumente presentes em pessoas com desordem neurótica (WHO, 1994). Portanto, neste estudo, toda vez que nos referirmos a distúrbios psíquicos menores estaremos nos referindo às desordens neuróticas, tais como depressão, ansiedade, distúrbios psicossomáticos, neurastenia.

O SRQ-20 ajuda na identificação precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental do trabalhador e é recomendado pela OMS como método de screening para distúrbios psiquiátricos menores, sendo muito útil para estudos comunitários e em atenção primária à saúde (MARI e WILLIAMS, 1986). Foi criado a partir de quatro outros instrumentos pesquisados pela Organização Mundial de Saúde (2003) e foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986), revelando-se um instrumento com boa sensibilidade e especificidade em seus resultados.

O SRQ-20 pode ser aplicado sob forma de entrevista ou questionário. Foi originalmente designado para ser respondido sob forma de questionário, mas está sendo adequadamente utilizado através de entrevistas (WHO, 1994). Na verdade, entende-se a importância de conhecer o nível cultural dos respondentes, para o pesquisador fazer a opção de entregar para os próprios sujeitos responderem, ou de conduzir as perguntas e registrar suas respostas no formulário específico, utilizando-se da entrevista para tal.

As questões a serem respondidas são sobre sintomas e problemas, que tenham ocorrido no período do mês anterior às respostas. Cada um dos vinte itens tem escore zero (0) e um (1). O escore um indica que os sintomas estavam presentes durante o mês passado, ao passo que, o escore 0 indica que este sintoma esteve ausente. Desta forma, a variação de escores está entre 0 e 20, sendo estes o mínimo e o máximo

escore nesta ordem (WHO, 1994).

O SRQ-20 apresenta-se de modo simples e objetivo, fácil de avaliar e que cobre importantes áreas da psicopatologia. Somente é necessário seguir as orientações mencionadas para o seu uso apropriado e sem vieses (WHO, 1994).

4 METODOLOGIA

Segundo Minayo (1994) a metodologia pode ser entendida como um caminho ou instrumental próprio para a abordagem da realidade incluindo, desta forma, as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador.

Levando em conta essas considerações apresento uma descrição do tipo de estudo, do campo da pesquisa, dos sujeitos participantes, da coleta de dados e construção do banco de dados, os procedimentos de análise dos dados e os aspectos éticos envolvidos neste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo está delineado como um estudo agregado-observacional de base institucional, para coletar as opiniões referidas pelo grupo de trabalhadores de unidades críticas, tendo o investigador um papel passivo com relação ao objeto da investigação, em uma temporalidade instantânea ou seccional, mais conhecido na epidemiologia como estudo transversal (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999). Neste tipo de estudo, objetiva-se verificar a prevalência ou frequência de uma determinada característica de uma dada realidade em um determinado momento (GOLDIM, 2000). Para descrição e análise dos dados utilizou-se uma abordagem quantitativa dos resultados.

Este estudo elencou como variáveis independentes, as demandas psicológicas identificadas no trabalho realizado nas unidades críticas hospitalares e também o controle que o trabalhador tem sobre seu trabalho; as características sócio-demográficas da população, bem como, o suporte social identificado pelo trabalhador, foram consideradas como co-variáveis. Como desfecho, ou variável dependente, o

estudo priorizou os distúrbios psíquicos menores (DPM).

4.2 Definição do campo da pesquisa

O contexto onde foi desenvolvida a pesquisa foi um hospital regional de médio porte que se localiza em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Esta instituição é uma empresa filantrópica de direito privado, reconhecido como utilidade pública federal, estadual e municipal. A mesma tem um papel importante na saúde da região, sendo referência para esta população. Possui uma capacidade para internação de 175 pacientes.

Possui alta complexidade em urgência e emergência, oncologia, e engloba uma fundação denominada de Fundação de Deformidade Lábio Palatais (FUNDEF). Atende, ainda, gestantes de alto risco, tem credenciamento para captação e doação de órgãos, transplante de rins e de córnea, cirurgia cardíaca e neurologia. Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como, o serviço de hemodinâmica cardíaca e neurológica, prestando atendimento de urgência nas 24 horas. Atualmente está inserindo em seus atendimentos de alta complexidade os serviços de radioterapia, medicina nuclear e ressonância magnética.

Os serviços médico-hospitalares são prestados por meio de 21 convênios, sendo que a maior demanda de atendimento está representada em 67% de pacientes conveniados ao SUS. Possui em seu quadro funcional 497 funcionários. Destes 27 são enfermeiros, 154 técnicos de enfermagem e 37 auxiliares de enfermagem, representando 51,7% da totalidade dos trabalhadores da instituição. O corpo clínico é composto por 132 médicos, o setor administrativo concentra 75 funcionários e as áreas de apoio 130 funcionários, onde estão incluídos profissionais como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social que compõem a equipe interdisciplinar para assistência à pacientes e familiares.

A equipe de enfermagem é subordinada hierarquicamente à coordenadora dos serviços de enfermagem, que responde diretamente à direção técnica e direção

administrativa. Os trabalhadores de enfermagem desta instituição são contratados para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

O hospital em estudo é considerado como hospital escola regional, com programa de integração formal com a Universidade local, dispõe de campo de estágio e aulas práticas para os cursos de enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia e tecnólogo em tomografia/densitometria/mamografia. Na área administrativa é campo de estágio em serviços de contabilidade, administração, recursos humanos, secretariado executivo e informática.

A Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI Adulto) conta em sua estrutura física com 12 leitos, destinados para atendimento de clínica de diversas especialidades, e têm aumentado significativamente a demanda de pacientes coronariopatas, especialmente aqueles que têm indicação para realização de cirurgia cardíaca, pois tem como rotina o recebimento do pós-operatório imediato nesta unidade. Atendeu em média 89 pacientes/mês no ano de 2005, com uma taxa de 90% de ocupação e com 12% de óbitos (Relatório da UTI Adulto da instituição estudada, 2005).

Em seu quadro funcional conta com 31 trabalhadores na equipe de enfermagem, sendo destes 04 enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem. O índice de rotatividade do quadro funcional ficou em 1,32% no último ano e trabalhou-se com zero horas extras.

Dispõe de plantonista médico nas 24 horas, sendo no turno da manhã um médico rotineiro intensivista, e nos outros turnos com médicos de diversas especialidades e qualificados para atendimento em UTI.

A UTI neonatal/pediátrica dispõe de 07 leitos em sua estrutura física, para atender à demanda regional, sendo cadastrada pelo Sistema Único de Saúde com 03 leitos neonatais e 04 leitos pediátricos. É uma unidade que atende a internações de diversas especialidades, sendo que o maior índice de internações ocorre por prematuridade. No último ano, apresentou uma média de ocupação bastante variável, ficando em torno de 16 internações mês, com média de permanência de 7,59 dias e 4,60 % de óbito.

O número de trabalhadores da enfermagem lotados nesta unidade é de 04 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem para assistência nas 24 horas. Esta unidade

está buscando credenciamento junto ao Ministério da Saúde para tornar-se um “Hospital Amigo da Criança” e realiza treinamento voltado para o aleitamento materno para todo seu quadro funcional. O método mãe canguru é praticado na unidade, visto que recebe recém nascidos de baixo peso. O índice de rotatividade do quadro funcional ficou em 1,04% no último ano e trabalhou-se com zero horas extras.

Dispõe de plantonista médico nas 24 horas, sendo que os médicos possuem titulação de especialista em terapia intensiva.

Ambas as Unidades de Terapia Intensiva da instituição estudada, contam com uma equipe multiprofissional para completar seu atendimento, composta por psicóloga, nutricionista, fisioterapeutas e assistente social, e são classificadas a partir de sua complexidade como nível II, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.432/GM/MS de 12.08.1998, atendendo a todos os requisitos tecnológicos e humanos exigidos. Vale ressaltar que os enfermeiros da UTI Pediátrica/neonatal deste serviço, por terem 07 leitos na estrutura física de sua unidade e por esta estar localizada ao lado da UTI adulto, nos dias em que a UTI adulto ultrapassa a ocupação de 10 leitos, estes ficam responsáveis por 2 pacientes da UTI Adulto. Isto acontece para que os enfermeiros não ultrapassem os 10 pacientes sob sua responsabilidade, conforme norteia a portaria citada anteriormente.

O centro cirúrgico conta em sua estrutura física com 08 salas de cirurgia e 20 leitos na sala de recuperação pós-anestésica, destinados ao atendimento de pequenas, médias e grandes cirurgias. Esta unidade realizou em média 511 cirurgias/mês no ano de 2005. Em seu quadro funcional conta com 52 trabalhadores, sendo destes 04 enfermeiros, 44 técnicos de enfermagem e 04 auxiliares de enfermagem. Ao finalizar o ano de 2005, o centro cirúrgico apresentou em seu relatório um índice de 1,29% de rotatividade funcional e com zero horas extras.

O pronto socorro e pronto atendimento do hospital contam juntos em sua estrutura física com 09 consultórios médicos e 13 leitos de observação. Atende a demanda de urgência e emergência regional, totalizando juntos uma média de 3900 atendimentos/mês no ano de 2005. Trabalham nesta unidade 04 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem, e 01 auxiliar de enfermagem, totalizando o quadro com 23 trabalhadores. No ano de 2005 a unidade apresentou um índice de rotatividade no

quadro da enfermagem de 2,69% e com zero horas extras.

Além dos enfermeiros que pertencem a cada uma das unidades descritas, a instituição hospitalar destina 06 enfermeiros substitutos para atendê-las nos dias de folgas, férias ou afastamentos dos enfermeiros fixos. Estes enfermeiros, portanto, por participarem ativamente da assistência aos pacientes destas unidades, serão incluídos no estudo.

4.3 Definição dos sujeitos

Segundo Gil (1999), população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características, ou seja, pode ser entendida como o total de habitantes ou elementos de um determinado lugar ou ambiente.

As unidades críticas estudadas contam com uma população de 130 trabalhadores da equipe de enfermagem, que atendem sua demanda nos três turnos de trabalho. Pormenorizando, temos 30 trabalhadores da enfermagem na UTI adulto, 52 no centro cirúrgico/SRPA, 23 no pronto socorro/pronto atendimento, 18 na UTI pediátrica/neonatal e ainda 06 enfermeiros substitutos que atendem todas estas unidades.

Por ser uma população pequena foram estudados todos os trabalhadores das unidades críticas, não fazendo nenhum processo de amostragem. A seguir fica descrito o quadro funcional que atende as unidades críticas desta instituição, distribuído por número, função que ocupa e unidade em que trabalha.

Quadro 1 - População alvo do estudo, por setor e por categoria de trabalho

Setor	Nº. total de trabalhadores	Nº. de Enfermeiros	Nº. de Auxiliares	Nº. de Técnicos
CC/SRPA	52	04	04	44
UTI Ped	18	04	-	14
UTI	31	04	-	27
URG/EMER	23	04	01	18
Enfermeiros Substitutos	06	06	-	-
TOTAL	130	22	05	103

Fonte: própria pesquisadora

Desta forma, o critério de inclusão para participação da pesquisa foi de que os participantes fossem trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que atuassem em uma destas unidades críticas, considerando, inclusive, aqueles que estivessem afastados por motivos de saúde. Para a participação fez-se necessário que estes se dispusessem a responder voluntariamente a entrevista proposta, após terem assinado o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

O critério de exclusão para os trabalhadores do estudo foi restringido àqueles que estivessem afastados em licença por gestação.

4.4 Coleta de Dados

Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento que contempla o perfil sócio demográfico do trabalhador, a versão resumida da “Job Stress Scale” e o “Self Reporting Questionnaire-20”, todos instrumentos já utilizados em estudos brasileiros (PITTA, 1994; REGO, 1992; ARAÚJO, 1999; ALVES, 2004 E MARI & WILIAMS, 1986) .

O instrumento de coleta de dados foi dividido em sete blocos, todos com respostas pré-definidas (Apêndice II).

O primeiro e segundo blocos foram elaborados para obter um perfil sócio-

demográfico dos trabalhadores. Estes blocos compuseram-se de 17 questões. O primeiro bloco, identificado no instrumento como “Bloco A”, contém 07 perguntas apresentando variáveis como sexo, idade, estado civil, escolaridade e número de filhos. O segundo bloco identificado no instrumento como “Bloco B”, está composto por 10 questões que possibilitaram identificar a função que este trabalhador da enfermagem exercia na instituição, bem como, o tempo que trabalhava nesta função, tempo de trabalho no setor crítico, turno de seu trabalho e jornada de trabalho semanal. Além disso, neste mesmo bloco foi possível verificar se desenvolvia uma carga horária semanal em outro trabalho e se este outro trabalho era na área da enfermagem, assim como, identificar se este era desenvolvido na mesma função, em uma unidade crítica ou não crítica.

Os próximos três blocos, na seqüência definidos como “Bloco C”, “Bloco D” e “Bloco S”, referem-se a “Job Stress Scale” que, conforme já mencionado anteriormente, é um questionário adaptado e traduzido para o português por ALVES et al. (2004). Este instrumento é composto por 17 questões fechadas que buscavam, através de uma escala de Likert ou de graduação, a opinião do trabalhador, acerca da demanda, controle e suporte social no trabalho.

O sexto bloco do instrumento, descrito como “Bloco Q”, é na íntegra o “Self Reporting Questionnaire (SRQ)-20”.

Torna-se fundamental para fidedignidade nas respostas, seguir as orientações que estão dispostas no guia de uso proposto pela Divisão de Saúde Mental de Genebra (WHO, 1994). A primeira orientação que precisa ser transmitida aos sujeitos é que os questionamentos estão sendo feitos para o desenvolvimento de um estudo, e desta forma, fica assegurado que as respostas são sigilosas e de posse somente do pesquisador.

Fundamental importância é deixar claro que todas as 20 questões estão relacionadas a certas dores e problemas que possam estar atorrendo-os nos últimos trinta dias. Orientar que deve ser marcado SIM naquela questão em que esteja descrito o seu problema, e NÃO naquelas questões em que os problemas não tenham aparecidos nos últimos 30 dias.

É importante, também, solicitar que não seja discutido com outras pessoas se

estas têm ou não têm os sintomas ou problemas, para evitar confusões nas respostas. Caso o respondente encontre-se inseguro sobre a presença de algum dos sintomas ou problemas, orientá-lo que responda ao escore que melhor se adapte à sua vivência.

E por último, no sétimo bloco, identificado no instrumento por “Bloco M”, uma única questão, referente às estratégias de suporte social que o trabalhador sugere para melhorar o seu ambiente de trabalho.

Optaram-se pelas letras C, D, S, Q e M para denominação dos blocos do instrumento, pois estas letras têm as iniciais do item avaliado, ou seja, a letra C refere-se ao controle sobre o trabalho, D à demanda psicológica, S ao suporte social destinado ao trabalhador, Q ao questionari (SRQ-20), e M às melhorias sugeridas pelos trabalhadores para o seu ambiente de trabalho.

O instrumento foi aplicado sob forma de entrevista, aos trabalhadores de enfermagem, das unidades críticas de uma instituição hospitalar do interior do Rio Grande do Sul (RS), no período de dezembro/2005 a janeiro/2006.

Com o objetivo de não interferir nas respostas dos entrevistados ou aumentar as chances de viés nos resultados, a pesquisadora não realizou as entrevistas, visto que, a mesma é trabalhadora do quadro da enfermagem da instituição pesquisada.

Optou-se então por selecionar duas acadêmicas de enfermagem para aplicar as entrevistas. A escolha das acadêmicas deu-se pelo perfil de responsabilidade e comprometimento demonstrado pelas mesmas nos estágios curriculares, nesta instituição, bem como, pelo interesse demonstrado para realizar tal atividade voluntariamente.

Ambas as acadêmicas receberam uma capacitação para realizar as entrevistas e, sob orientação da pesquisadora, aplicaram teste piloto a 03 pessoas que não são do corpo funcional da enfermagem, mas que atuam nesta instituição hospitalar nas áreas críticas, sendo estas, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga. Optou-se por aplicar o teste piloto em outros profissionais, para poder considerar a resposta de todos os trabalhadores da enfermagem no resultado da pesquisa.

Após constatarmos que o roteiro da entrevista não precisava ter nenhum tipo de alteração na sua redação e ou composição, e para melhor organização e otimização do processo, destinou-se uma das acadêmicas para entrevistar os trabalhadores da

enfermagem do centro cirúrgico e sala de recuperação e outra para os trabalhadores do pronto socorro/pronto atendimento, UTI pediátrica/neonatal e UTI adulto. Esta divisão não sobrecarregou nenhuma das coletadoras.

A pesquisadora entrou em contato com as enfermeiras responsáveis por estes setores para que, através delas, fossem avisadas as equipes de todos os turnos que estariam sendo incluídas nesta pesquisa, e que acadêmicas de enfermagem iriam realizar a coleta de dados através de uma entrevista com respostas pessoais e objetivas.

Além disto, a partir deste contato, foi obtida a listagem dos nomes dos trabalhadores e sua distribuição por turno de trabalho, o que viabilizou que as acadêmicas organizassem seu cronograma de entrevistas, de forma a ter acesso à todos os trabalhadores.

Cada trabalhador ao responder a entrevista era identificado através de um código numérico, com o objetivo de manter seu anonimato e facilitar sua inserção no banco de dados.

Os dados foram, inicialmente, organizados no banco de dados do Epiinfo 6-0 (1994) onde cada respondente recebeu um código numérico entre 001 e 127. Este banco possibilitou o armazenamento de todos os dados para posterior análise.

4.5 Análise dos dados

Para extração das freqüências e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Sphinx (1995), o qual proporcionou definir com precisão e confiabilidade os resultados encontrados.

Para a descrição dos dados de demanda psicológica e de controle no trabalho foi utilizado o Modelo Demanda-Controle de Karasek (1981) e Thorell (1996), que se encontra subdividido em quatro grupos distintos de trabalho, ou seja, trabalho com alto desgaste, trabalho ativo, trabalho de baixo desgaste e trabalho passivo.

Em um primeiro momento, foram descritas, por meio das freqüências absolutas e relativas, a população segundo suas características sócio-demográficas.

A seguir foi caracterizado, separadamente, o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica. Foram analisadas separadamente as dimensões “demanda psicológica” e “controle”, atribuindo escore a estes. A “baixa demanda psicológica” recebeu um escore até 12, a “demanda intermediária” entre 13 e 15 e “alta demanda psicológica acima de 15”. Para analisar o controle os escores atribuídos foram de até 15 para “baixo controle”, entre 16 e 18 para o “controle intermediário” e acima de 18 para “alto controle” do trabalhador.

Para construção destes indicadores baseamo-nos em Alves (2004), utilizando conforme esta autora, a média dos somatórios dos escores obtidos para cada indicador (controle alto/baixo e demanda alta/baixa). Considerou-se como grupo de maior exposição aquele incluído na combinação alta demanda/baixo controle (trabalho de alto desgaste). Como exposição intermediária os grupos com alta demanda e alto controle (trabalho ativo) e baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo). Como grupo não exposto considerou-se o grupo classificado como alto controle e baixa demanda (baixo desgaste).

Para a definição dos quadrantes de exposição ao estresse no trabalho, baseados nestas dimensões, foram utilizados os mesmos pontos de corte propostos por Alves (2004), chegando, desta forma, aos grupos de maior exposição, exposição intermediária e baixa exposição. Porém, foi desta vez estabelecido o ponto de corte através da mediana dos escores. Este parâmetro escolhido para a formação dos quadrantes de exposição ao trabalho, deveu-se ao fato de permitir a aglutinação dos sujeitos que estão inseridos nas categorias de exposição intermediária. Ficaram então definidos para a “baixa demanda psicológica” os escores de 05 a 14 inclusive, e os escores superiores a 14 até 20, como “alta demanda psicológica”. No caso do controle, foram considerados os escores entre 06 e 17 inclusive, o “menor controle” e os escores acima de 17 até 24 como “maior controle”.

Com relação ao suporte social, foi avaliada separadamente a percepção dos trabalhadores sobre o suporte recebido em seu âmbito de trabalho e, após feita a relação do suporte recebido com os grupos de exposição ao estresse no trabalho e a frequência de DPM. Os escores atribuídos para análise do suporte social recebido pelos trabalhadores, foram de até 17 para “baixo suporte social”, entre 18 e 21 para

“suporte intermediário”, e acima de 21 para “alto suporte social”.

Para analisar os DPM utilizou-se um ponto de corte específico por sexo, considerando para homens a referência para DPM um escore igual ou superior a 6 e para mulheres escore igual ou superior a 8, uma vez que representam os melhores pontos de sensibilidade e especificidade do instrumento (MARI e WILIAMS, 1986). Posteriormente este resultado foi relacionado aos quadrantes de exposição ao estresse no trabalho, bem como, ao suporte social.

Para finalizar foram agrupadas em categorias as respostas encontradas no Bloco M, conforme as sugestões dos trabalhadores, para melhorias do suporte social no seu ambiente de trabalho.

4.6 Dimensões éticas

Penso ser relevante cumprir todos os aspectos éticos que envolvem os indivíduos, e principalmente transcender o olhar dirigido e, muitas vezes viciado, para um conjunto de exigências e normas às quais estamos submetidos.

Caponi et al. (1995, p. 167) descrevem a importância do profissional estar comprometido eticamente não somente em suas atitudes individuais, e sim em um contexto social e sendo co-responsável neste processo. Para tal, cita que “o comportamento ético não deve ser unicamente relacionado aos atos que favoreçam o bem-estar do cliente, ou por outro lado, que garantam a segurança dos profissionais, mas deve abranger ambos, entender que somos todos atores sociais neste processo, com responsabilidades, direitos e deveres de cidadãos”. Ressaltam ainda que o Código de Ética atende aos anseios da justiça e eficiência quanto à assistência da saúde da população.

Levando em consideração a relevância de observar as considerações éticas, primeiramente, apresentou-se a proposta da pesquisa a ser desenvolvida, ao diretor técnico do hospital (Apêndice III) a qual explicitava os objetivos e a temática.

A partir desta aceitação, onde a instituição concordou em servir como campo de pesquisa, procedeu-se o encaminhamento do projeto de dissertação ao comitê de ética

da UFSC.

A partir destas liberações, foi entrado em contato com as enfermeiras responsáveis de cada unidade crítica, a fim de buscar seu apoio, disseminando entre os trabalhadores de enfermagem a importância da participação como sujeitos para este estudo.

Foram selecionadas duas acadêmicas do curso de enfermagem para realizar as entrevistas, com a intenção de não haver viés nas respostas ou causar algum tipo de constrangimento ou temor, visto que a pesquisadora faz parte do grupo de trabalhadores da instituição pesquisada.

Todos os trabalhadores foram entrevistados, somente após a assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice IV), que foi preenchido, datado e assinado em duas (02) vias. Segundo Goldim (2000), o consentimento informado é um elemento característico do atual exercício das pesquisas em saúde, e não é apenas uma doutrina legal, mas um direito moral das pessoas envolvidas gerando obrigações morais para os pesquisadores.

Foi agendado, previamente, com cada sujeito participante da pesquisa a data, local e tempo necessário para responder às questões da pesquisa. Observou-se em todos os momentos que os sujeitos da pesquisa estivessem sozinhos, somente com a entrevistadora.

As entrevistas foram codificadas com números seqüenciais que garantem o anonimato do sujeito, e serão armazenadas sob responsabilidade da pesquisadora por 05 anos, conforme sugerido pela Resolução MS 196/96 e por Goldim (2000).

Para inclusão dos sujeitos nesta pesquisa em todos os momentos foram observados os princípios éticos que constam na Resolução 196/96, que dispõe normas sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), tais como, a clarificação de que a participação é voluntária independente de qualquer benefício ou constrangimento, da liberdade de desistência a qualquer momento se assim o desejar, e da garantia do sigilo e do anonimato nas informações prestadas.

5 RESULTADOS

Dos 130 trabalhadores que poderiam participar do estudo, 127 foram entrevistados e onde somente 2,4% não responderam ao questionário. Foram entrevistados trabalhadores das unidades críticas da instituição que serviu como campo para este estudo, sendo que, dos três que foram excluídos da amostra, duas estavam em licença maternidade e um por ser o coordenador deste estudo, e que também faz parte do grupo de trabalhadores de enfermagem da UTI Adulto. Foram envolvidos diretamente na pesquisa os trabalhadores do centro cirúrgico/SRPA, unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica/neonatal e do pronto socorro/pronto atendimento.

A apresentação dos resultados obedece à seguinte ordem: perfil sociodemográfico do trabalhador de enfermagem, perfil profissional, controle sobre o trabalho, demanda psicológica e suporte social percebido. Após descritos esses dados apresentar-se-á a associação das variáveis do modelo demanda-controle, com o tipo de trabalho e com os distúrbios psíquicos menores.

As estratégias para a melhoria do suporte social no ambiente de trabalho serão enfatizadas ao final. Para melhor sistematização, os dados serão apresentados em forma de tabela.

Na tabela 1, a seguir, está apresentado o perfil sociodemográfico dos trabalhadores entrevistados.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico do trabalhador de enfermagem em unidade crítica. Lajeado, RS, 2006.

Dados de identificação do Trabalhador	Frequência (n =127pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
CATEGORIA PROFISSIONAL			
- enfermeiro	21	16,5	16,5
- técnico de enfermagem	102	80,4	96,9
-auxiliar de enfermagem	04	3,1	100
SETOR			
-UTI Adulto	29	22,9	22,9
-UTI Ped/ neo	18	14,2	37,1
-Centro cirúrgico/SRPA	52	40,9	78,0
-PA/PS	23	18,1	96,1
-Substituição	05	3,9	100
SEXO			
- masculino	19	15	15
- feminino	108	85	100
IDADE*:			
- 18-27 anos	58	45,7	45,7
- 28-37 anos	43	33,9	79,6
- 38-47 anos	18	14,2	93,7
-acima de 47 anos	08	6,3	100
SITUAÇÃO CONJUGAL			
- sem companheiro	61	48	48
- com companheiro	66	52	100
ESCOLARIDADE:			
- até 12 anos de estudo	86	67,7	67,7
- graduação incompleta	20	15,7	83,5
- graduação completa	16	12,6	96,1
- pós graduação	05	3,9	100
Nº DE FILHOS			
- nenhum	75	59,1	59,1
- 01 filho	26	20,5	79,5
- 02 filhos	21	16,5	96,1
- 03 filhos	05	3,9	100
TOTAL	127 sujeitos	100%	100%

* Observação: idade mínima = 18 anos, idade máxima = 58 anos, idade média = 31,08 anos e desvio-padrão = 8,65 anos.

Dentre os pesquisados fica evidenciada a grande predominância de técnicos de enfermagem (80,3%).

É possível verificar que a grande maioria dos sujeitos, (40,9%), trabalham no Centro cirúrgico/SRPA, seguido pela UTI adulto (22,9%), pronto socorro/pronto atendimento (18,1%), e UTI pediátrico/neonatal (14,2%).

O sexo feminino prevalece entre os entrevistados, (85%), sendo a idade média de 31 anos, variando de 18 anos até 58 anos (DP = 8,65).

A situação conjugal se equivale, com uma prevalência pouco diferenciada entre pessoas que estão solteiras ou sem companheiro (48%), e aquelas que estão casadas ou

com companheiro (52%). Não apareceu nesta amostra situação de viuvez.

Podemos observar, com relação a filhos, que a proporção também é muito próxima, ou seja, 59,1% não possuem filhos, enquanto que os demais 40,9% possuem entre um e três filhos no máximo.

A grande maioria (67,7%) tem até 12 anos de estudo, no entanto, percebe-se que 15,7% dos sujeitos apresentam graduação incompleta, 12,6% graduação completa e 3,9% possuem pós-graduação.

Tabela 2 - Perfil profissional do trabalhador de enfermagem em unidade crítica. Lajeado, RS, 2006.

Informações profissionais do Trabalhador	Frequência (n =127pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
TRABALHO NA FUNÇÃO			
- menos de 01 ano	13	10,2	10,2
- de 01 a 05 anos	65	51,2	61,4
- de 06 a 10 anos	23	18,1	79,5
- de 11 a 15 anos	08	6,3	85,8
- de 16 a 20 anos	08	6,3	92,1
- mais de 20 anos	10	7,9	100
TRABALHO NO SETOR			
- menos de 01 ano	23	18,1	18,1
- de 01 a 05 anos	75	59,1	77,2
- de 06 a 10 anos	11	8,7	85,8
- de 11 a 15 anos	10	7,9	93,7
- de 16 a 20 anos	04	3,1	96,9
- mais de 20 anos	04	3,1	100
TURNO DE TRABALHO			
- 07 às 13 horas	33	26,0	26,0
- 13 às 19 horas	27	21,3	47,3
- 19 às 07 horas (12X 36)	40	31,5	78,7
- 07às 13h/ 14 às 16h (8h)	09	7,1	85,8
- 10 às 12h/ 13 às 19h(8h)	08	6,3	92,1
- substituição*	10	7,9	100
JORNADA DE TRABALHO			
- 40 horas	127	100	100
OUTROS TRABALHOS NA ENFERMAGEM:			
- NÃO	90	70,9	70,9
- SIM	37	29,1	100
RENDA FAMILIAR**			
- até 05 salários mínimos	82	64,6	64,6
- de 06 a 10 salários mínimos	39	30,7	95,3
- mais de 10 salários mínimos	06	4,7	100
TOTAL	127 sujeitos	100%	100%

* Outros trabalhadores além dos enfermeiros referiram fazer horário de substituição.

** Um salário mínimo= R\$ 350,00. A renda familiar variou entre um salário e 50 salários mínimos, resultando uma média = 5,50 salários mínimos e Desvio-padrão = 5,19 salários mínimos.

Quanto às informações profissionais dos sujeitos respondentes, pouco mais da metade, 51,2%, trabalha de um a cinco anos na função, seguido por 18,1% que trabalham entre seis e 10 anos. Os outros sujeitos aparecem em menor frequência com menos de um ano na função 10,2% e entre 11 e 20 anos 12,6%. Acima de 20 anos uma minoria, 7,9% .

Os dados acerca do tempo de trabalho nos setores equivalem ao tempo de trabalho na função. Pode-se destacar que 59,1% trabalham entre um e cinco anos no setor, seguido por 18,1 com menos de um ano de atuação. O turno diurno abrange 47,3% dos sujeitos respondentes, seguidos por 31,5% no turno da noite, e 21,3% em horários alternativos, ou seja, oito horas por dia ou substituição de férias e folgas. O horário de trabalho cumprido por estes profissionais não tem distinção, sendo que todos cumprem 40 horas semanais na instituição estudada.

Mais da metade dos respondentes, 64,2% referem terem uma renda familiar de até 05 salários mínimos, 30,7% de 06 a 10 salários mínimos e 4% com mais de 10 salários mínimos. Cabe salientar que o mínimo recebido como renda familiar foi de um salário mínimo e no outro extremo, o máximo foi de 50 salários mínimos. A média da renda familiar ficou em 5,50 salários mínimos com um desvio-padrão de 5,19 salários mínimos. O salário mínimo utilizado como referência deste estudo, teve como base o piso salarial do estado do Rio Grande do Sul, que no mês da pesquisa era de R\$ 350,00.

Destaca-se nesta amostra que 70,9% dos respondentes não atuam em outro emprego, neste momento, ou seja, somente 29,1% possuem outra atividade paralela à enfermagem. Pela importância que esses trabalhadores podem ter no estudo, serão melhor detalhadas as características desse outro emprego na tabela 3.

Tabela 3 - Trabalhadores de enfermagem com outro trabalho na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.

OUTRA JORNADA DE TRABALHO	Frequência (n =37pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
NA MESMA FUNÇÃO			
- Não	02	5,4	5,4
- Sim	35	94,6	100
EM UNIDADE CRÍTICA			
- Não	22	59,5	59,5
- Sim	15	40,5	40,5
JORNADA DE TRABALHO NA OUTRA INSTITUIÇÃO			
- 20 a 36 horas	27	96,3	96,3
- acima de 36 horas	10	3,7	100
TURNO DE TRABALHO:			
- 07 às 13 horas	12	32	32
- 13 às 19 horas	09	24	56
- 19 às 07 horas (12X 36)	13	35	91
- 07às 13h/ 14 às 16h (8h)	02	6	97
- 10 às 12h/ 13 às 19h(8h)	01	3	100
Total	37 sujeitos	100%	100%

Aqui tratamos dos 29,1% dos trabalhadores, que têm outra jornada de trabalho além desta desempenhada na instituição de estudo. Destes, 94,6% desempenham sua outra jornada na mesma função profissional, sendo 40,5% em unidades críticas hospitalares. Observa-se, também, que a carga horária em 100% dos casos é pouco menor que na instituição de estudo, sendo que, 96,3% dos respondentes perfazem de 20 a 36 horas semanais nesta outra jornada e 3,7% acima de 36 horas semanais. O turno de trabalho prevalente é o turno da noite com 35%, seguido pelo turno da manhã ou tarde, com 32% e 24% respectivamente. O horário alternativo, neste caso de 8 horas/dia, acontece para 3% dos trabalhadores.

As tabelas número quatro e cinco versam sobre o controle que o trabalhador das unidades críticas estudadas, refere que exerce sobre o seu trabalho.

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores de unidades críticas segundo o controle sobre o Trabalho. Lajeado, RS, 2006.

CONTROLE NO TRABALHO	Frequência (n =127pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
BAIXO CONTROLE Escore < 16	33	26	26
CONTROLE INTERMEDIÁRIO Escore entre 16-18	69	54,3	80,3
ALTO CONTROLE Escore > 18	25	19,7	100
Total	127	100	100

Tabela 5 - Frequência dos indicadores de controle sobre o trabalho dos trabalhadores da enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

Indicadores de controle	Nunca ou quase nunca	Raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Total
Possibilidade de aprender coisas novas	-	3,9	29,1	66,9	100,0
Exigência de habilidade ou conhecimentos especializados	1,6	0,8	15,7	81,9	100,0
Exigência de iniciativa	-	1,6	18,1	80,3	100,0
Repetição da mesma tarefa	0,8	2,4	17,3	79,5	100,0
Opção de escolha de como fazer o trabalho	18,1	15,0	53,5	13,4	100,0
Opção de escolha do que fazer no trabalho	54,3	22,8	19,7	3,1	100,0

Na Tabela 4 observamos que o controle intermediário prevalece nas respostas com 54,3%, seguido pelo baixo controle com 26% e alto controle com 19,7%.

Sabemos que as unidades críticas têm uma característica peculiar e que colocam o trabalhador a realizar atendimento de imediato, conviver com pacientes gravemente enfermos e contato com alta tecnologia, exigindo desta forma um conhecimento especializado para cumprimento de suas tarefas, com qualidade. Ficam explícitos estes conceitos nas repostas apresentadas nas questões: “Seu trabalho exige muitas habilidades ou conhecimentos especializados?” ”Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?”, “Seu trabalho exige que tome iniciativa?”, onde nesta seqüência aparece “freqüentemente” na resposta a porcentagem de 81,9%, 80,3% e 66,9%.

No outro extremo encontramos as respostas às questões “Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?” e “Você pode escolher como fazer o seu trabalho” que apresentam somente 3,1% e 13,4% na resposta “frequentemente”, conferindo ao trabalhador a autonomia que exercem sobre o seu trabalho.

As tabelas 6 e 7 referem-se à demanda psicológica no trabalho.

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores de unidades críticas segundo a demanda psicológica no trabalho. Lajeado, RS, 2006.

DEMANDA PSICOLÓGICA	Frequência (n =127pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
BAIXA DEMANDA escore < 13	28	22	22
DEMANDA INTERMEDIÁRIA escore=13- 15	58	45,7	67,7
ALTA DEMANDA escore> 15	41	32,3	100
TOTAL	127 sujeitos	100	100

Tabela 7 - Frequência dos indicadores da demanda psicológica no trabalho em trabalhadores de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

Indicadores de controle	Nunca ou quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Total
Frequência de tarefas de trabalho com muita rapidez	0,8	5,5	28,3	65,4	100,0
Frequência de trabalhos intensos	0,8	5,5	39,4	54,3	100,0
Exigências demasiadas no trabalho	7,1	14,2	51,2	27,6	100,0
Suficiência de tempo para cumprir as tarefas	2,4	7,9	23,6	66,1	100,0
Trabalho costuma apresentar exigências contraditórias	12,6	17,3	43,3	26,8	100,0

Da amostra estudada, 32,3% entendem que enfrentam uma alta demanda psicológica no seu trabalho, enquanto que 45,7% referem perceber uma demanda intermediária e 22% uma baixa demanda psicológica. Dentre as questões relacionadas à demanda psicológica destacaram-se as questões: “Com que frequência você tem que trabalhar intensamente?” com 66,1% de respostas “frequentemente”, a questão “Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?”, com

65,4%; e a questão “Você tem tempo suficiente para cumprir todas as suas tarefas no seu trabalho?”, com 2,4% na alternativa “nunca ou quase nunca”.

As tabelas 08 e 09 nos mostram o suporte social que o trabalhador percebe em seu dia-a-dia de trabalho.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de unidades críticas segundo o suporte social no trabalho. Lajeado, RS, 2006.

SUORTE SOCIAL	Frequência (n =127pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
BAIXO SUPORTE Escore < 18	52	41	41
SUPORTE INTERMEDIÁRIO Escore entre 18- 21	44	35	76
ALTO SUPORTE Escore> 21	31	24	100
TOTAL	127 sujeitos	100%	100%

Tabela 9 - Frequência dos indicadores do suporte social no trabalho, segundo os trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

Indicadores de Suporte Social no trabalho	Discordo	Discordo mais que concordo	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente	Total
Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	4,7	37,8	45,7	11,8	100,0
No trabalho nos relacionamos bem uns com os outros	5,5	21,3	44,9	28,3	100,0
Eu posso contar com o apoio dos meus colegas no trabalho	3,1	15,0	44,9	37,0	100,0
Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem	10,2	19,7	44,1	26,0	100,0
No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	0,8	4,7	27,6	66,9	100,0
Eu gosto de trabalhar com meus colegas	1,6	6,3	32,3	59,8	100,0

Grande parte da amostra (41%) referiram receber um baixo suporte no seu dia-a-dia, enquanto que 35% apontam ter um suporte social intermediário e 26% relatam um alto suporte social. Vale destacar que mesmo com estes achados, 66,9% dos respondentes marcaram a alternativa “concordo totalmente” para a questão “No meu trabalho eu me relaciono bem com meu chefe”, bem como, para a questão “Eu gosto

de trabalhar com meus colegas”. Fica evidenciado, também, na alternativa “concordo mais que discordo”, as questões: “Existe um ambiente calmo onde trabalho”, “No trabalho nos relacionamos bem uns com os outros”, “Eu posso contar com o apoio dos meus colegas no trabalho” e “Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem”.

A seguir serão apresentados as tabelas 10, 11, 12 e 13, que referem-se à prevalência e indicadores dos DPM nos trabalhadores entrevistados.

Tabela 10 - Prevalência de distúrbios psíquicos menores entre os trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

SRQ- 20	Frequência (n =127pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
Sem DPM	73	57,5	57,5
Com DPM	54	42,5	100
TOTAL	127 sujeitos	100%	100%

Tabela 11 - Frequência dos indicadores de distúrbios psíquicos menores, em trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

Itens de controle	Não	Sim	Total
Freqüentes dores de cabeça	53,5	46,5	100,0
Falta de apetite	90,6	9,4	100,0
Dorme mal	49,6	50,4	100,0
Assusta-se com facilidade	74,0	26,0	100,0
Tremores nas mãos	78,7	21,3	100,0
Nervoso, tenso ou preocupado	34,6	65,4	100,0
Má digestão	63,0	37,0	100,0
Dificuldades de pensar com clareza	68,5	31,5	100,0
Sentimento de tristeza	49,6	50,4	100,0
Chora com freqüência acima do normal	70,9	29,1	100,0
Dificuldades em encontrar satisfação nas atividades diárias	70,1	29,9	100,0
Dificuldades para tomar decisão	78,0	22,0	100,0
Dificuldades no serviço	82,7	17,3	100,0
Incapacidade em desempenhar algo útil na vida	96,9	3,1	100,0
Perda de interesse pelas coisas	74,0	26,0	100,0
Sente-se uma pessoa inútil	95,3	4,7	100,0
Idéia para acabar com a vida	94,5	5,5	100,0
Cansaço permanente	67,7	32,3	100,0
Sensações desagradáveis no estômago	63,8	36,2	100,0
Cansa com facilidade	69,3	30,7	100,0

A partir da tabela 10 encontramos que 42,5% dos entrevistados estavam no último mês, com sinais e sintomas de DPM, conforme o Self Reporting Questionnaire (SRQ) - 20. Na tabela 11 fica evidente que alguns sintomas prevalecem. As respostas com maior prevalência foram: “Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?” com 65,4%,

seguido por “Tem se sentido triste ultimamente?” e “Dorme mal” ambas com 50,4%, “Tem dores de cabeça frequentemente?” com 46,5% “Tem má digestão?”, com 37% e por fim “Tem sensações desagradáveis no estomago?”, com 36,2%. Com expressão mínima apareceram as questões: “Tem tido idéia de acabar com a vida?” com 5,5%, “Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?” com 4,7% e “É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?” com 3,1%. No entanto, estas três últimas questões merecem absoluta atenção de nossa parte, pelo teor da gravidade que as mesmas representam ao trabalhador no seu contexto.

Tabela 12 - Prevalência de distúrbios psíquicos menores nos trabalhadores de unidades críticas que possuem outra atividade na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.

SRQ- 20	Frequência (n =37pessoas)	Percentual (%)	Cumulativo (%)
Sem DPM	25	67,6	67,6
Com DPM	12	32,4	100
TOTAL	37 sujeitos	100%	100%

Esta tabela é construída com base no estrato contendo 37 observações. A dependência é significativa (Qui2= 4.57, gl= 1, 1-p= 96,74%).

Tabela 13 - Frequência dos indicadores de distúrbio psíquico menor (SRQ), em trabalhadores de enfermagem que possuem outro trabalho na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.

Itens de controle	Não	Sim	Total
Frequentes dores de cabeça	54,1	45,9	100,0
Falta de apetite	97,3	2,7	100,0
Dorme mal	43,2	56,8	100,0
Assusta-se com facilidade	78,4	21,6	100,0
Tremores nas mãos	83,8	16,2	100,0
Nervoso, tenso ou preocupado	37,8	62,2	100,0
Má digestão	64,9	35,1	100,0
Dificuldades de pensar com clareza	75,7	24,3	100,0
Sentimento de tristeza	51,4	48,6	100,0
Chora com frequência acima do normal	78,4	21,6	100,0
Dificuldades em encontrar satisfação nas atividades diárias	81,1	18,9	100,0
Dificuldades para tomar decisão	86,5	13,5	100,0
Dificuldades no serviço	83,8	16,2	100,0
Incapacidade em desempenhar algo útil na vida	97,3	2,7	100,0
Perda de interesse pelas coisas	81,1	18,9	100,0
Sente-se uma pessoa inútil	100,0	0,0	100,0
Idéia para acabar com a vida	100,0	0,0	100,0
Cansaço permanente	67,6	32,4	100,0
Sensações desagradáveis no estômago	64,9	35,1	100,0
Cansa com facilidade	78,4	21,6	100,0

Observação: Este tabela é construída com base no estrato contendo 37 observações.

A tabela 12 mostra-nos a prevalência de DPM, naqueles trabalhadores de unidades críticas, que desempenham outra atividade paralela à enfermagem. Percebemos que a taxa global de DPM neste grupo de trabalhadores é de 32,4%. Neste grupo de entrevistados, que correspondem a 29,1% da amostra, as principais afirmativas referidas e pormenorizadas na tabela 13, foram: “Sente-se nervoso, tenso ou preocupado” (62,2%), “Tem sentimento de tristeza” (48,6%) e “Apresenta freqüentes dores de cabeça” (45,9%). Estas primeiras duas questões, também, foram encontradas como sendo de maior prevalência na amostra total dos respondentes deste estudo. No entanto, diferente dos resultados encontrados com 100% dos entrevistados, observamos que para esta parcela de trabalhadores, que atuam em outros trabalhos na enfermagem, não houve nenhum respondente para as questões “Sente-se uma pessoa inútil” e, “Tem idéia de acabar com a sua própria vida”.

Tabela 14 - Prevalência de distúrbio psíquico menor entre os trabalhadores das unidades críticas com e sem outro trabalho na enfermagem. Lajeado, RS, 2006.

Outro trabalho na enfermagem	DPM					
	Com DPM		Sem DPM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Com outro trabalho	12	32,4	25	67,6	37	29,1
Sem outro trabalho	42	46,6	48	53,4	90	70,9
TOTAL	54	42,5	73	57,5	127	100

A tabela 14 apresenta dados referentes aos DPM dos trabalhadores que têm somente um trabalho, em uma das unidades críticas investigadas e aqueles que apresentam paralelamente outro trabalho na enfermagem.

Verifica-se que o coeficiente global de DPM, para aquele grupo que têm outro trabalho na enfermagem é menor (32,4%), do que aqueles que trabalham exclusivamente em uma unidade das unidades críticas (46,6%). Esta relação, no entanto, apresentou uma dependência pouco significativa ($Qui^2 = 2,17$, $gl = 1$, $1 - p = 85,96\%$), conforme explicitado na tabela.

Pensamos, contudo, que este fato merece atenção por parte dos sistemas de saúde do trabalhador, e com vistas à continuidade desta investigação, visto que, outro emprego na vida de um profissional poderá ser causador de prazer à medida que

ofereça um melhor aporte financeiro e por consequência uma melhor qualidade de vida. Muitas vezes, imputa-se sobrecarga para aqueles que desempenham uma jornada maior de trabalho, no entanto, a partir desses dados fica uma lacuna que merece ser investigada.

A tabela a seguir apresenta como a população do estudo ficou distribuída, ao aplicar-se o Modelo Demanda-Controle de Karasek (1979) e Thoerell (1996), definindo tipos de trabalho.

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas, segundo os tipos de trabalho. Lajeado, RS. 2006

TIPOS DE TRABALHO	Número de participantes	% de participantes
Alto Desgaste	56	44,1
Ativo	28	22,0
Passivo	25	19,7
Baixo Desgaste	18	14,2
Total de entrevistados	127	100,0

Verificamos na tabela 15 que os trabalhadores distribuem-se em números semelhantes, entre os tipos de trabalho com alto desgaste e desgaste intermediário, e com prevalência bem menor para o trabalho de baixo desgaste. Encontramos neste grupo de trabalhadores de enfermagem das unidades críticas, que 44,1% percebem seu trabalho como de alto desgaste, 41,7% como de desgaste intermediário. Destes 28 trabalhadores (22%), estão em trabalho ativo e 25 trabalhadores 19,7%, em trabalho passivo, e uma minoria 14,2% , em trabalho de baixo desgaste.

Tabela 16 - Trabalhadores de enfermagem por grupos do modelo demanda-controle segundo características do trabalho profissional

TIPOS DE TRABALHO X CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	Demanda – Controle							
	Baixa Exigência		Trabalho Passivo		Trabalho Ativo		Alta Exigência	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Categoria								
Enfermeira	3	(14,3)	2	(9,5)	12	(57,1)	4	(19,1)
Técnico e Auxiliar de enfermagem	15	(14,2)	23	(21,7)	16	(15,1)	52	(49,1)
Sector de trabalho								
Uti adulto	9	(31,0)	6	(20,7)	5	(17,2)	9	(31,0)
Uti ped/neo	4	(22,2)	9	(50,0)	1	(5,6)	4	(22,2)
CC/SRPA	3	(5,8)	7	(13,5)	9	(17,3)	33	(63,5)
PS/PA	2	(8,7)	3	(13,0)	8	(34,8)	10	(43,5)
Substituição	-		-		5	(100)	-	
Horário de trabalho								
07- 13 h	4	(12,1)	5	(15,2)	7	(21,2)	17	(51,5)
13-19 h	2	(7,4)	10	(37,0)	3	(11,1)	12	(44,4)
19- 07 h	8	(20,0)	10	(25,0)	11	(27,5)	11	(27,5)
8h dia	2	(11,8)	-		2	(11,8)	13	(76,4)
Substituição	2	(20,0)	-		5	(50,0)	3	(30,0)
Tempo de trabalho na enfermagem								
Menos de 1 ano	3	(23,2)	1	(7,7)	5	(38,5)	4	(30,8)
De 01 a 05 anos	8	(12,2)	12	(18,5)	11	(16,9)	34	(52,3)
De 06 a 10 anos	5	(21,7)	5	(21,7)	6	(26,1)	7	(30,5)
De 11 a 15 anos	-		6	(75,0)	1	(12,5)	1	(12,5)
Acima de 15 anos	2	(11,1)	1	(5,6)	5	(27,8)	10	(55,6)

Os valores da tabela são os percentuais em linha estabelecidos sobre 127 observações. As regras do Qui2 não são aplicáveis.

As tabelas 15 e 16 nos oferecem resultados muito significativos, no entanto, não possuem uma significância estatística com grau de confiança entre 1 e 5%. De qualquer forma, consideramos importante descrever junto da análise o tipo de trabalho relacionando-o às características profissionais do trabalhador, bem como ao quadrante demanda-controle de Karasek (1979) e Thoerell (1996), visto que, nos oferece um panorama do nosso estudo.

Observamos, com relação à função exercida pelos trabalhadores, que os enfermeiros percebem seu trabalho fundamentalmente como ativo em 57,1% dos respondentes, ao passo que, os grupos de técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, com 49,1% de alto desgaste.

A seguir pormenorizaremos os resultados que apresentam a relação entre as

variáveis do modelo demanda- controle, ao tipo de trabalho (tabela 17) e as variáveis do modelo demanda controle, a DPM (tabela 18).

Tabela 17 - Relação entre tipos de trabalho e demanda psicológica, controle sobre o trabalho e suporte social em trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

Tipo de trabalho X VARIÁVEIS	Demanda – Controle							
	Baixo Desgaste		Trabalho Passivo		Trabalho Ativo		Alto Desgaste	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Demanda psicológica								
Baixa	9	(50,0)	19	(76,0)	16	(57,1)	-	
Intermediária	9	(50,0)	6	(24,0)	12	(42,9)	27	(48,2)
Alta	-		-				29	(51,8)
Controle								
Baixo	-		7	(28,0)	-		26	(46,4)
Intermediário	6	(33,3)	18	(72,0)	15	(53,6)	30	(53,6)
Alto	12	(66,7)	-		13	(46,7)	-	
Suporte social								
Baixo	5	(27,8)	5	(20,0)	7	(25,0)	35	(52,5)
Intermediário	5	(27,8)	8	(32,0)	17	(60,7)	14	(25,0)
Alto	8	(44,4)	12	(48,0)	4	(14,3)	7	(12,5)

Na tabela 17 fica evidenciada a relação que existe entre a alta demanda psicológica para o trabalho de alto desgaste, assim como, a relação inversa entre o suporte social e controle para o desgaste no trabalho.

Observamos que dentre os respondentes de um trabalho de alto desgaste, 51,8% destes referem altas demandas psicológicas, ou seja, muitas situações onde lhes é exigido nível alto de concentração, interrupção de tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas com outros trabalhadores, trabalho realizado com pressão do tempo, entre outros. Por outro lado, dentre os trabalhadores do grupo de baixo desgaste, 50% referem ter uma baixa demanda psicológica e 50% uma demanda psicológica intermediária, não tem sido encontrados trabalhadores neste grupo, referindo uma alta demanda psicológica.

Ainda, evidenciou-se que quanto menor suporte social o trabalhador percebe, maior o desgaste que refere no seu trabalho. A tabela 17 esclarece esta percepção dos trabalhadores e mostra que dentre os trabalhadores do grupo de baixo desgaste no trabalho, 44,4% referiram receber um alto suporte social, ao passo que, no grupo de

alto desgaste no trabalho, e somente 12,5% referem receber um alto suporte social. Ou seja, o baixo controle sobre o trabalho parece, realmente, contribuir para o trabalhador desenvolver um trabalho com alto desgaste.

Conseguimos também evidenciar na tabela 17, números que expressam a relação inversa do controle sobre o trabalho, com o desgaste no trabalho, pois, dos trabalhadores no grupo de alto desgaste, 46,4% referiram um baixo controle, enquanto que, dos trabalhadores no grupo de baixo desgaste, 66,7% referem um alto controle sobre o seu trabalho.

Tabela 18 - Relação entre DPM e demanda psicológica, suporte social e tipos de trabalho em trabalhadores de enfermagem de unidades áreas críticas. Lajeado, RS, 2006.

DPM/ VARIÁVEIS	SIM	(%)	NÃO	(%)	TOTAL (%)
DPM	54	(42,5)	73	(57,5)	
DEMANDA PSICOLÓGICA					
Baixa	7	(25,0)	21	(75,0)	100
Intermediária	23	(39,7)	35	(60,3)	
Alta	24	(58,5)	17	(41,5)	
SUORTE SOCIAL					
Baixo	27	(51,9)	25	(48,1)	100
Intermediário	18	(40,9)	26	(59,1)	
Alto	9	(29,0)	22	(71,0)	
TIPOS DE TRABALHO					
Baixo desgaste	5	(27,8)	13	(72,2)	100
Passivo	7	(28,0)	18	(72,0)	
Ativo	15	(53,6)	13	(46,4)	
Alto desgaste	27	(48,2)	29	(51,8)	

Neste estudo, com trabalhadores de unidades críticas hospitalares, evidenciamos um grande número de DPM, totalizando 42,5% da população estudada.

Neste estudo foi evidenciada uma relação direta dos DPM, com a demanda psicológica vivenciada pelos trabalhadores, percebendo-se que daqueles trabalhadores que referem uma alta demanda psicológica, 58,5% apresentam DPM, ao passo que, aqueles que vivenciam uma baixa demanda psicológica, somente 25% apresentam DPM. Se considerarmos que, neste estudo, a prevalência global de DPM foi de 42,5%, percebe-se um aumento desse acometimento ao ser relacionado com uma maior demanda psicológica.

Observou-se, também, uma associação indireta das variáveis, suporte social e DPM, ou seja, pode-se interpretar que quanto maior o suporte social, menor a ocorrência de DPM.

Parece que o suporte social pode influenciar a presença ou ausência de DPM. Pois, como visualizamos na tabela 18, dos trabalhadores que referem um alto suporte social, 29% apresentam respostas afirmativas para DPM, enquanto que, daqueles que referem ter um baixo suporte social, 51,9% apresentam DPM. Entendemos desta forma, que no caso dos trabalhadores das unidades críticas, aqueles que recebem um baixo suporte social apresentam mais chance de desenvolver DPM, do que aqueles que recebem um alto suporte social.

Nos resultados da tabela 18 fica evidenciado, também, que no trabalho de alto desgaste temos 48,2% dos trabalhadores com DPM, ao passo que somente 27,8% dos trabalhadores com baixo desgaste possuem DPM.

Entretanto, nesta pesquisa evidenciamos uma baixa relação entre os DPM e as situações de desgaste, conforme pode ser observado na tabela 19.

Tabela 19 - Prevalência de DPM considerando a exposição ao desgaste no trabalho, em número de situações e percentual

Exposição ao desgaste	DPM					
	CASOS DE DPM		CASOS SEM DPM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ttrabalho de baixo desgaste	5	(27,8)	13	(72,2)	18	(100)
Ttrabalho de alto desgaste	27	(48,2)	29	(51,8)	56	(100)
TOTAL	32	(43,2)	42	(56,8)	74	(100)

Os dados desta tabela foram baseados nos 74 trabalhadores que compõem o grupo de trabalho de baixo desgaste e de alto desgaste.

Por meio dessa tabela pode-se perceber que a dependência entre os trabalhadores com DPM e que possuem baixo ou alto desgaste é pouco significativa ($\chi^2 = 2,32$, $gl = 1$, $p = 87,21\%$), ou seja, não se confirma a hipótese de que os trabalhadores expostos ao alto desgaste no seu trabalho, possuem uma prevalência maior de DPM do que aqueles que estão expostos ao baixo desgaste no seu trabalho.

Esta relação não se confirma, principalmente, pelo fato de que não há uma diferença significativa entre a prevalência de DPM, nos trabalhadores que estão

expostos ao alto desgaste no trabalho.

Tabela 20 - Sugestões das melhorias relacionadas pelos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas. Lajeado, RS, 2006.

SUGESTÕES DE MELHORIAS	PERCENTAGEM	CUMULATIVO
Medidas de gerenciamento Institucional	32,3	32,3
Medidas de gerenciamento de Enfermagem	9,4	41,7
Medidas de organização interna da unidade	9,4	51,1
Medidas de suporte pessoal e de Grupo	36,2	87,3
Não opinou	12,7	100
TOTAL	100%	100%

Ao serem solicitados a sugerir estratégias para melhorar seu ambiente de trabalho, observamos que 12,7% dos respondentes optaram por não opinar sobre esta questão. No entanto, dos 87,3% que o fizeram, na maior parte, relataram medidas de suporte pessoal e de grupo (36,2%), seguido por medidas de gerenciamento institucional (32,3%). Sugestões sobre o gerenciamento de enfermagem e a organização interna das unidades compuseram 9,4% das respostas, cada uma delas.

Percebemos que as primeiras sugestões estão relacionadas diretamente ao suporte social recebido no trabalho, seja este, individual ou de grupo. As sugestões que estão incluídas nesta categoria, a partir das respostas dos trabalhadores, foram para que pudesse ser disponibilizado atendimento psicológico individualizado e de grupo aos funcionários, e que pudessem ser trabalhados aspectos de atendimento humanizado, bem como, melhor integração entre o próprio grupo de enfermagem especialmente com as chefias. Apontaram, também, como relevante que esta integração seja estendida ao grupo médico, sendo que poderia começar pela participação dos mesmos no programa interno de humanização. É fundamental relevar este tipo de apontamento, pois o trabalhador precisa desenvolver estratégias de enfrentamento perante suas dificuldades.

As próximas sugestões todas se referem às questões de gerenciamento e organização. Notou-se, no entanto, que as medidas de gerenciamento institucional ficaram mais salientes, conforme já descrito anteriormente. Dentre estas medidas apareceram a necessidade de aumento salarial, reconsideração da política de

pagamento de horas extras, aumento do número de funcionários nestas unidades, diminuição da carga horária de 40 horas para 36 horas, assemelhando-se aos outros hospitais regionais, valorização do profissional oferecendo mais oportunidades de cursos e capacitações, um maior apoio institucional para as decisões e autonomia dos profissionais da enfermagem.

As medidas de gerenciamento de enfermagem que foram citadas, referiram-se à necessidade de haver uma maior interação da equipe toda com os enfermeiros, da importância das reuniões sistemáticas buscando a qualificação da equipe e com isto possibilitar um trabalho de equipe com menor sobrecarga de todos e implantação do revezamento de horários e turnos de forma sistemática.

Com relação às medidas de organização interna das unidades, foi sugerida a implantação de artifícios para diminuir as cargas de trabalho físicas, dentre elas diminuição do ruído e barulhos e adequação da luminosidade. Para as cargas de trabalho psíquicas, foi sugerida a implantação de música ambiental contínua, pensando no bem estar dos pacientes e equipe, bem como, a padronização de rotinas e atividades, e número adequado com conseqüente disponibilidade de equipamentos de alta tecnologia.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir será apresentada a discussão dos resultados desta pesquisa. Esta discussão será sustentada por estudos que versam sobre a temática, ajudando-nos, assim, a encontrar parâmetros para compreendê-los melhor no contexto da enfermagem.

Como vimos no referencial teórico deste estudo, Karasek (1979) e Thoerell (1996), propuseram quatro experiências no ambiente psicossocial do trabalho, geradas pela simultaneidade de maiores ou menores níveis de demandas psicológicas e controle, quais sejam, alto desgaste no trabalho, trabalho ativo, trabalho passivo e baixo desgaste.

Comparando-se esses resultados aos encontrados por Araújo (1999), no estudo realizado com trabalhadoras da enfermagem em um hospital de Salvador, percebemos um aumento nos índices encontrados pelo mesmo. Ou seja, enquanto Araújo encontrou que 19,3% das trabalhadoras percebem-se no grupo de trabalho ativo, nosso estudo encontrou 22%, sendo que, os demais apresentaram proporções bem aumentadas. No trabalho passivo nosso estudo apresentou um acréscimo de 5%, mas o estudo de Araújo teve o dobro do percentual para trabalho de baixo desgaste, sendo que o nosso teve 14 percentuais a mais no resultado para trabalho de alto desgaste. É interessante essa comparação, por estarmos trabalhando com populações semelhantes, de trabalhadores de enfermagem em ambiente hospitalar, e, mais ainda porque mostra uma tendência de trabalho de alto desgaste nas áreas críticas.

Pode-se, então considerar que o resultado de 44% para trabalho de alto desgaste, encontrado nesta pesquisa, seja bastante relevante para ser considerado nas políticas de saúde do trabalhador, voltadas à unidades críticas. Os demais resultados, quanto ao tipo de trabalho também são expressivos, mostrando que parece haver maior percentual de trabalho ativo em áreas críticas e menor para trabalho de baixo desgaste.

Recentemente, Sobrinho et al. (2006) investigaram os aspectos psicossociais do

trabalho dos médicos, utilizando o modelo demanda-controle e fizeram associação à saúde mental destes, utilizando o SRQ-20. Encontraram como resultados que os médicos caracterizam predominantemente seu trabalho como de alto desgaste, ou seja, alta demanda psicológica e baixo controle sobre a sua atividade.

É importante aqui destacar que não se encontrou estudo com a população de trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. Os estudos encontrados com profissionais da área da saúde foram realizados com profissionais da enfermagem, em hospital geral, com dentistas e também com médicos.

O estudo desenvolvido por Araújo et al. (2003), com trabalhadoras da enfermagem, em parte converge com os resultados encontrados em nosso estudo, pois, descrevem que houve um predomínio de enfermeiras no quadrante de trabalho ativo. Por outro lado, neste mesmo estudo, encontraram que o trabalho passivo foi predominante na categoria dos auxiliares de enfermagem, divergindo desta forma dos nossos resultados, que apontou para um predomínio de técnicos e auxiliares de enfermagem no quadrante de alto desgaste no trabalho.

O trabalho com alto desgaste, conforme Karasek (1979), deriva fundamentalmente da demanda psicológica elevada, estando associada com o baixo controle do trabalhador sobre suas atividades. O trabalho ativo confere um desgaste intermediário ao trabalhador, pois leva o trabalhador a vivenciar uma alta demanda com o alto controle no seu trabalho.

É importante relevar neste caso, os tipos de atividades que cada função realiza no seu dia-a-dia. Entende-se que cada componente da equipe recebe atribuições variadas e de sua competência, podendo interferir de forma significativa na maneira como observa seu trabalho. Percebemos, no dia-a-dia de enfermagem que o técnico de enfermagem volta-se a atividades assistenciais junto ao paciente, enquanto que, o enfermeiro acaba desempenhando outras atividades, como educação e gerenciamento junto da assistência técnica. Seguindo a mesma lógica podemos relacionar essas diferenças com cargas de trabalho diferenciadas, pois enfermeiros, técnicos e auxiliares desempenham atividades diferenciadas junto ao paciente e, da mesma forma, se inserem na equipe de trabalho.

Ao pensar-se, portanto, na saúde desses trabalhadores é fundamental considerar

esses atributos diferenciados que a específica inserção no trabalho determina, ou seja, modificando processos que seriam lógicos para o adoecimento, como no caso, por exemplo, dos trabalhadores com outro emprego que apresentam menores prevalências para DPM. Talvez os DPM sejam provenientes mais diretos das cargas psíquicas do que do desgaste físico e, pelo pequeno número de enfermeiros na nossa população (16,5%), esse resultado não possa ser expresso.

Autores como Santos e Trevizan (2001) reforçam, a partir de sua pesquisa com enfermeiros, o excesso de demanda psicológica que os mesmos encontram no seu dia-a-dia, e destacam como exemplo o constante corre-corre no trabalho devido à insuficiência de pessoal, a insuficiência de material, excessivo número de tarefas, constante improvisação e ao ritmo acelerado e desordenado. Ponderam, ainda que, estas variáveis acarretam um considerável desgaste ao trabalhador. Este tipo de trabalho pode ser compreendido como atividades gerenciais, desempenhadas por este grupo de profissionais. Por outro lado, Siqueira, Watanobe e Ventola (1995) concluem que auxiliares de enfermagem estão mais próximos da parte operacional ou assistencial do paciente, do que gerencial, mas ocorre que a sua atividade de lidar com dor, sofrimento e morte acaba interferindo na organização, condições de trabalho, e expondo estes trabalhadores a um desgaste físico e mental considerável.

Essas características do processo de trabalho são um importante aspecto a ser melhor considerado, em outro estudo, no qual se planeje na coleta de dados a observação dos trabalhos e atividades específicas por função.

De qualquer forma, percebemos que, mesmo os profissionais tendo suas atividades definidas com enfoques diferenciados, em ambas as categorias o desgaste físico e mental é mencionado pelos autores, como consequência da rotina à qual estes estão submetidos no trabalho em saúde, seja este um trabalho eminentemente assistencial ou gerencial, ou até mesmo aquele que agrega os dois tipos de atividades.

Não podemos deixar de lembrar, que mesmo sendo minoria os respondentes que executam outro tipo de atividade profissional, estes constituem uma população eminentemente feminina (85%), às quais é conferida uma jornada de trabalho no mínimo dupla (se contarmos com o trabalho desempenhado em seus lares) e em 29,1% dos casos triplas (quando desempenham outra atividade na enfermagem), visto que,

considera-se a jornada executada em casa por estas trabalhadoras. Para Fernandes et al. (2002) a questão do desdobramento da jornada de trabalho feminino pode levar à fadiga crônica e exaustão física e mental. Na verdade estes mesmos autores ponderam que, em seu estudo realizado com enfermeiras e suas representações sobre a relação da saúde com trabalho, ficou pontuado que:

[...] tanto a dupla como a tripla jornada de trabalho significa uma sobrecarga e um desgaste que impõe um permanente esforço de articulações das esferas doméstica e profissional que implicam em sérias repercussões sobre a saúde da mulher (FERNANDES et al., 2002, p. 6).

Pitta (1994), ao investigar as categorias profissionais que atuam em ambiente hospitalar, evidenciou que na condição feminina está aumentada a prevalência de sintomas psíquicos.

No entanto, neste estudo, por termos uma população masculina muito reduzida (15%), ficamos impedidos de realizar esse tipo de análise.

É relevante destacar que dentre as unidades estudadas, prevalecem no CC/SRPA (63,5%) os trabalhadores respondentes que avaliam o seu trabalho como de alto desgaste ($Qui2 = 49,60$, $gl = 12$, $1 - p = >99,99\%$), seguido pelos trabalhadores do PS e PA (43,5%). Krahl (2001) cita que o profissional de enfermagem vivencia em seu dia-a-dia situações e relações que podem desencadear uma gama de conflitos com ele próprio, com quem ele convive e também com o ambiente. Reforça que no centro cirúrgico esses conflitos parecem acentuar-se, pois o ambiente é crítico, o convívio é muito intenso entre os profissionais e as relações parecem ser mais fortes. Segundo a mesma autora, neste tipo de ambiente o profissional da enfermagem vivencia o sofrimento do paciente, luta constantemente com a vida e a morte e com esforços muitas vezes sobre-humanos para que a vida vença. Essas são características do processo de trabalho em CC/SRA que reforçam as cargas de trabalho psíquicas. No relato de Krahl (2001), evidenciamos convergência para as respostas emitidas pelos trabalhadores deste estudo, pois, percebemos que dentre os ambientes estudados este é o que se destacou com maior prevalência de trabalho com alto desgaste.

O turno de trabalho que expressivamente surge dentro do trabalho de alto

desgaste (a dependência é significativa $Qui2 = 28,27$, $gl = 15$, $1 - p = 98,01\%$) é o turno de oito horas/dia (21,3%) que corresponde quando a pessoa trabalha todos os dias no turno da manhã e tarde (76,5%), seguido pelo turno da manhã, ou seja, das 07 às 13 horas (51,5%). Neste estudo, a grande maioria dos respondentes que percebem seu trabalho como de alto desgaste, fazem uma jornada prolongada de 8 horas/dia. Metzner e Fischer (2001) reforçam em seu estudo a importância de os trabalhadores desenvolverem hábitos saudáveis para atuarem em turnos de jornada prolongada, dentre eles, o hábito de dormir bem e praticar atividades físicas.

Ao se levar em conta as discussões políticas atuais sobre a jornada de trabalho para o pessoal de enfermagem, ou seja, a luta das agremiações sindicais pela garantia de 30 horas semanais, percebe-se a importância desse movimento na melhoria das condições de trabalho.

Neste estudo, o percentual de trabalhadores em alta demanda psicológica foi de 32,3 e foi constatada relação entre a demanda psicológica e desgaste no trabalho, sugerindo desta forma, que nesta amostra o aumento da demanda psicológica aproximaria o trabalhador ao grupo de trabalho de alto desgaste .

Quanto à demanda psicológica e ao desgaste no trabalho, Assunção (2003) descreve que, para os trabalhadores, esta é uma possibilidade a ser conseguida pelos resultados desejados através da hierarquia, ao poder contar com condições ideais para executar suas atividades, e, especialmente, obter o apoio necessário para dar conta das demandas complexas inusitadas e não previstas no dia-a-dia.

Alves (2004) encontrou no resultado de sua pesquisa, que dentre a população feminina trabalhadora de uma universidade, cerca de 41% situaram-se entre a categoria com escores que referem a alta demanda psicológica, relacionada ao trabalho de alto desgaste.

Mostrando em seus resultados que o estresse estava relacionado à grande demanda no trabalho e também ao número de horas extras que eram excessivos, Jackson e Polanyi (2002), realizaram um estudo na população Canadense, onde 35% indicavam estresse no trabalho. Os mesmos autores citaram que o estresse gerado pelo aumento da demanda, estava sendo o mais presente entre os profissionais, de modo geral, e até mesmo entre os gerentes. Ressalta-se, no entanto, que esses autores não

usaram o modelo demanda-controle, referindo-se à demanda em geral.

Ficou, ainda, evidente a relação entre o suporte social e o desgaste no trabalho, ou seja, a diminuição da percepção do suporte social tem relação com o aumento do desgaste no trabalho.

Alves (2004) encontrou como resultado no cruzamento de demanda e controle com suporte social, que as trabalhadoras que se encontravam com menores escores de apoio social no trabalho, apresentavam quatro vezes mais chance de estarem em grupo de trabalho de alto desgaste, se comparadas àquelas com escores maiores de suporte social.

Também, no estudo de Araújo (1999), encontram-se resultados que se assemelham aos nossos. A proporção de trabalhadoras de enfermagem com baixo suporte social foi expressivamente elevada (73,3%), no quadrante de alto desgaste, contrastando com as proporções para trabalhadoras em baixo desgaste e trabalho ativo, nas quais esta situação se inverteu, predominando alto suporte (69,2% e 68,5%, respectivamente).

Ao focar a relação entre o desgaste no trabalho e o controle sobre o trabalho Araújo, Graça e Araújo (2003), revelam que os resultados produzidos quando da investigação de demanda-controle e doenças cardiovasculares, em geral, tem apontado resultados mais expressivos com o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho, do que com a demanda. Este resultado reforça que, a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui para ter autonomia e tomar as decisões que precisa, no seu trabalho e também a possibilidade de ser criativo, desenvolver suas habilidades e buscar novos conhecimentos, são aspectos do controle sobre o trabalho Karasek (apud ALVES, 2004) que precisam ser melhor desenvolvidos nas relações de trabalho.

Ao se relacionar os DPM com demanda psicológica, suporte social e os tipos de trabalho do modelo demanda-controle, encontramos estudos em outras populações com coeficientes menores desse acometimento, exceto em um estudo desenvolvido com professores da rede municipal de Vitória da Conquista, cujo resultado atingiu 55,9% dos respondentes (REIS et al., 2005). É bom enfatizar que estes outros estudos usam o SRQ como técnica de “screening”, por isso adquirem importância comparativa para este estudo, enquanto fontes ilustrativas dos níveis de DPM que têm sido

encontrados em trabalhadores brasileiros. São eles os estudos de (LUDEMIR e MELO FILHO, 2002; LUDEMIR, 2005; ARAÚJO, GRAÇA e ARAÚJO, 2003; REIS et al., 2005; SANTOS e ULGUI, 2006; ARAÚJO, 1999; SOBRINHO et al., 2006; e PITTA, 1994).

Ludemir e Melo Filho (2002) encontraram uma prevalência de 35% de DPM associados às condições de vida e estrutura ocupacional dos respondentes da região de Olinda/ PE. Posteriormente Ludemir (2005) investigou a associação entre os DPM e as relações de trabalho informais, e encontrou que 35,4% dos trabalhadores informais apresentam DPM, sobressaindo-se àqueles que têm trabalho formal com 20,7%. Os participantes deste estudo apresentaram relações de trabalho formais; com isso observamos que os trabalhadores da saúde, de unidades críticas, apresentaram uma taxa global de DPM superior a outros tipos de trabalhos formais.

Araújo, Graça e Araújo (2003), investigaram os aspectos psicossociais e a saúde mental de cirurgiões dentistas e professores universitários através do SRQ-20. Nos seus resultados encontraram uma prevalência global de DPM de 24,6%, para os cirurgiões dentistas e 19,1% para os professores universitários. No entanto, com o grupo de professores municipais de ensino, Reis et al. (2005) encontram DPM com 55,9% de prevalência. Santos e Ulgui (2006) identificaram uma prevalência de DPM de 15,3% em trabalhadores de duas empresas portuárias marítimas de São Francisco do Sul/SC.

Mais voltado a trabalhadores da área da saúde, os estudos de Araújo (1999); Sobrinho et al. (2006) e Pitta (1994) apresentaram uma prevalência menor de DPM do que a encontrada nesta dissertação. Cabe, no entanto, ressaltar que nenhum destes estudos foi realizado com trabalhadores de unidades críticas hospitalares, de forma que impossibilita uma análise comparativa mais precisa entre os achados.

Araújo (1999) investigou a ocorrência de DPM, em mulheres trabalhadoras de enfermagem, em um hospital público de Salvador/ BH obtendo como resultado uma prevalência de 33,3%. Sobrinho et al. (2006) constataram 26% de DPM na categoria profissional de médicos e Pitta (1994), 20,8% de prevalência de DPM em trabalhadores de um hospital. Neste estudo a prevalência global de DPM foi de 42,5%.

Parece que os trabalhadores da área da saúde encontram-se bastante vulneráveis

aos distúrbios psíquicos menores, pois como conseguimos observar a menor ocorrência foi de 20,8% deste acometimento e entre todos os funcionários do hospital estudado, o que pode ter subestimado esse valor. De qualquer modo esse aspecto deve ser considerado preocupante, do ponto de vista da saúde ocupacional destes profissionais.

Quanto à relação entre DPM e demanda psicológica em nosso estudo foram encontrados resultados convergentes com outros trabalhadores na área saúde. Araújo et al. (2003) relatam que com trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, encontrou resultados estatisticamente significantes (α 5%) de alta demanda psicológica no trabalho e DPM, sendo muito expressiva a diferença entre os estratos da baixa demanda com 18,9% de DPM e a alta demanda com 56,1% de DPM nas trabalhadoras. A prevalência global de distúrbios psíquicos menores encontrados foi 33,3%.

Sobrinho et al. (2006), em estudo desenvolvido com médicos de Salvador/Bahia constatou que a prevalência de DPM está fortemente associada à demanda psicológica do trabalho (α 5%). Reforçam que os resultados encontrados por eles sugerem que a demanda psicológica tem um papel mais relevante que o controle na produção de sofrimento psíquico.

Neste sentido, Araújo, Graça e Araújo (2003) constataram em seus estudos com cirurgiões dentistas e com professores, que em ambas as categorias os aspectos relacionados à demanda psicológica do trabalho estavam fortemente associados à prevalência de DPM ($p = 0,000$). Importante comentar que entre os professores aqueles que referiram alta demanda psicológica apresentaram três vezes mais DPM do que os que referiram baixa demanda psicológica. Com os dentistas esta diferença aumentou para 6,5 vezes entre a baixa e a alta demanda psicológica.

Foi evidenciado em nosso estudo que quanto maior o suporte social percebido pelo trabalhador, menor a ocorrência de DPM. Outros estudos convergem com estes resultados, e enfatizam a importância de um alto suporte social no trabalho. Estudo desenvolvido por Baba, Galperin e Lituchy (1999), já apontava que o suporte social oferecido pela gerência, beneficiaria não somente o grupo de enfermagem e sim o hospital onde estão inseridos. Este resultado é de extrema valia para ser refletido, visto

que, a gestão institucional precisa estar de acordo em promover atividades que aumentem o suporte aos trabalhadores, e desta forma, encontrará pessoas mais motivadas e comprometidas com o seu trabalho. Da mesma forma Bourbonnais et al. (1998), citam que no dia-a-dia dos enfermeiros a deficiência no suporte social está significativamente associada ao stress psicológico e exaustão emocional, o que resulta frequentemente em tensão violenta e sintomas psicológicos. Os autores não explicitam o teste feito nem o nível de significância estipulado.

Contudo, no estudo de Araújo et al. (2003) a hipótese de que o suporte social fosse modificador de efeito da associação entre demanda-controle e DPM não se confirmou. Em relação ao suporte social, resultados similares aos de Araújo et al. (2003), foram encontrados entre o pessoal de enfermagem, no estudo de Bourbonnais et al. (1998), na província de Quebec, evidenciando que a ausência de suporte social no trabalho, embora associada ao sofrimento psíquico e à exaustão emocional, não modificou a associação entre demanda-controle do trabalho e indicadores de saúde mental avaliados.

Também, em seu estudo, Reis et al. (2005) encontraram que a prevalência de DPM, foi significativamente mais elevada naqueles trabalhadores com baixo suporte social.

O desgaste no trabalho (maior ou menor) apresentou uma relação direta com os DPM, ou seja, para um aumento do desgaste ocorreu um aumento da prevalência de DPM. Outros estudos corroboram estes resultados, como o estudo de Araújo, Graça e Araújo (2003) em que observaram que o quadrante de alto desgaste, concentrou as maiores prevalências de distúrbios psíquicos menores. Estes resultados encontrados confirmam a principal predição do modelo demanda-controle, onde o trabalho de alto desgaste concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores. Ficou, também, demonstrado, nesse mesmo estudo, que o quadrante de baixo desgaste foi o que menos registrou prevalência de DPM

O mesmo aconteceu com o estudo de Reis et al. (2005), no qual a prevalência global de DPM foi, significativamente, mais elevada nos professores com trabalho de alto desgaste (77,8%), seguido por trabalho ativo (62,4%), trabalho passivo (51,8%) e por último o trabalho com baixo desgaste (45,1%).

Araújo (1999) ao considerar o controle e a demanda, simultaneamente, e relacionando com os DPM dos trabalhadores da enfermagem estudados, obteve como resultado uma menor prevalência de DPM em trabalhos de baixo desgaste, prevalências intermediárias nos trabalhadores que referiam vivenciar trabalho ativo e passivo, e mais elevada nos trabalhadores que estavam no grupo de trabalho de alto desgaste. As diferenças encontradas, tomando-se o grupo de baixo desgaste como grupo não exposto, foram estatisticamente significantes, exceto para trabalho passivo.

No entanto, ao se considerar os grupos de menor e maior exposição ao desgaste no trabalho, não houve uma diferença estatística significativa para esse resultado. Talvez esse resultado nos mostre a dinâmica com que ocorrem essas relações no trabalho, tal qual se emprega ao modelo-demanda-controle, isto é, embora possa haver a influência de desgaste para a prevalência de DPM, isto não se dá de modo isolado, mas levando-se em conta as outras variáveis do modelo. Para obter essa análise, teríamos que ampliar os níveis de uso da estatística, optando por modelos mais complexos, o que não foi objetivo desse estudo.

As sugestões feitas pelos trabalhadores, sobre melhorias de suporte social no trabalho, foram organizadas nas categorias de “medidas de gerenciamento institucional”, “medidas de gerenciamento da enfermagem”, “medidas de organização interna da unidade” e “medidas de suporte pessoal de grupo”, sendo essas últimas as mais frequentes. Bandeira e Barroso (2005) citam acerca disto que é necessário um conjunto de estratégias intencionais para que as pessoas se adaptem às circunstâncias adversas e onde através destas, podem diminuir sua sobrecarga utilizando para tal os recursos pessoais. O estudo de Griep et al. (2005, p. 711) revela que:

[...] tanto a percepção da pouca disponibilidade de apoio pode influenciar na pior avaliação do estado de saúde física e ou mental, como diversos graus de doença ou mal estar podem desencadear isolamento, e portanto menor nível de apoio social. (GRIEP et al., 2005, p. 711)

Em estudo realizado por Behar et al. (1990), com mulheres trabalhadoras em hospitais, buscando verificar a associação entre estresse no trabalho e o status de sua saúde mental, foi exposto o benefício que traria ao ambiente de trabalho, encontros ou

reuniões com um psicólogo, especialmente se fosse treinado para tal e fosse de fora do ambiente de trabalho. Balsanelli, Santos e Soler (2002) apontam que em resultado final de seu estudo com enfermeiros em unidades complexas, que estes concordaram que deveria haver uma equipe multidisciplinar, para orientar e atender os profissionais que atuam junto de pacientes críticos e com risco de morte.

Na pesquisa realizada por Siqueira, Watanobe e Ventola (1995), com auxiliares de enfermagem e que teve como objetivo principal avaliar seus desgastes físicos e mentais foi ressaltado que os baixos salários da categoria, também, eram grande fonte de insatisfação e revelariam a própria desvalorização dos profissionais pelos hospitais. Os mesmos autores descrevem acerca deste fato que:

[...] um fator condicionante para a baixa remuneração e desvalorização do pessoal de enfermagem está relacionado aos valores cristãos de fraternidade e caridade, e que a despeito da progressiva profissionalização do serviço de enfermagem, sua imagem persistiu vinculada a valores como bondade e humanismo, restando o nível reivindicatório da categoria. (SIQUEIRA, WATANOBE e VENTOLA, 1995, p. 52).

Entendemos, neste sentido, que pode até ser que esses valores persistam, mas tão somente porque vem reforçar o que o sistema valoriza, ou seja, o trabalho ainda é o grande produtor de mais-valia e, levando-se em conta a quantidade necessária de pessoal da enfermagem para a produção dos serviços, o sistema empregador tende a arrochar, no seu máximo, a remuneração do trabalho. Também, nessas sugestões trazidas pelos trabalhadores podem ser percebidas as diferenças no tratamento institucional aos profissionais, no sentido de que as decisões tomadas nem sempre contemplam a dinâmica necessária ao serviço, mas a interesses profissionais particulares e corporativos, o que dificulta em muito as relações de trabalho.

Neste instante, fica apontada pelos profissionais, a necessidade do apoio institucional para a autonomia e tomada de decisão dos profissionais da enfermagem. A instituição estudada tem se preocupado com estas questões, onde se percebe o interesse neste sentido, através do desenvolvimento de atividades para fortalecer a liderança de todos os coordenadores de setores, e incluídos nestes estão os enfermeiros, por serem considerados profissionais que estão à frente das tomadas de

decisões no cotidiano hospitalar. Glina et al. (2001, p. 614) destacam neste sentido que “... de maneira geral, pode-se afirmar que quanto menor a autonomia do trabalhador na organização de sua atividade, maiores as possibilidades de que a atividade gere transtornos à saúde mental”.

Santos e Trevizan (2001) enfatizam que, se a organização do trabalho ocorre de modo autoritário, não permitindo mudanças, com certeza irá dificultar a adaptação do trabalhador ao meio organizacional que lhe foi imposto. Defendem ainda que, é necessário que haja alguma forma de flexibilização, um espaço imaginário que estimule a criatividade e a autonomia. Ponderam outrossim, que quando isso não é possível, instalam-se as sensações de desconforto físico, mal-estar psicológico e insatisfações.

Quanto às medidas de gerenciamento de enfermagem, Behar et al. (1990), em seu estudo versa sobre esta questão dizendo que as “enfermeiras chefes” podem desenvolver uma atmosfera, na qual os membros da equipe são encorajados a identificar seus fatores de estresse, e minimizá-los através de diálogos e discussões no ambiente de trabalho. Revicki & May (1989) enfatizam que foi constatado, em sua pesquisa realizada com enfermeiras, que o bom clima da organização hospitalar é fortemente associado às atitudes/comportamentos da supervisão, e que isto refletiria na satisfação no trabalho e estaria positivamente associado ao bom relacionamento entre o grupo de trabalho.

Levando em conta as medidas de organização interna, propostas pelos trabalhadores das unidades críticas destacamos o estudo de Dantas, Mendes e Araújo (2004, p. 66), que reforçam estes achados em seu estudo quando descrevem que “... a carga de trabalho aumenta quando a flexibilidade da organização de trabalho e as alternativas operatórias frente à variabilidade das situações de trabalho diminuem”. Recomendam, neste sentido, que as estratégias de promoção da saúde no trabalho com vistas a reduzir a carga de trabalho e o desgaste do trabalhador, estejam relacionadas a tornar mais flexível à organização do trabalho, e para tal, descrevem ser fundamental:

- permitir a ampliação da tomada de decisão do trabalhador com a adaptação aos modos operatórios;
- aumentar o controle sobre o próprio trabalho, ou seja, oferecer condições para

que o trabalhador possa desenvolver habilidades para aplicar a sua criatividade, aprender coisas novas, diversificar suas tarefas, e ampliar sua autonomia e capacidade decisória;

- regular as demandas que estejam relacionadas às exigências psicológicas a que o trabalhador está submetido na execução de suas tarefas, dentre estas, o trabalho excessivo, demandas conflitantes, ritmo excessivo e alta complexidade no trabalho, dentre outras.

Cabe, ainda, destacar que foi importante a utilização do modelo de Karasek (1979) e Thoerell, através da escala reduzida Job Control Scale, para classificar os tipos de trabalho. Esse modelo, pelo uso que vem tendo em estudos e pela relativa simplicidade de aplicação e de análise, proporciona validade e comparabilidade aos resultados. Da mesma maneira expressamos a operacionalidade proporcionada pelo SRQ-20 para obter como desfecho final a suspeita de DPM nos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas. Entendemos, também, que uma amostra maior poderia ter-nos apontado outros resultados que com esta amostra não foi possível obter.

Como enfermeira trabalhadora deste tipo de unidade hospitalar, no entanto, entendo que foi da mesma forma importante, ter obtido junto aos trabalhadores alternativas que poderão minimizar seu desgaste cotidiano.

No próximo capítulo serão apresentadas as considerações finais deste estudo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, é importante lembrar que a realidade do mundo do trabalho é mais complexa que a tentativa de aproximação, que se faz por meio dos resultados de uma pesquisa. Não podemos esquecer que o resultado final deste tipo de estudo é sempre provisório e condicionado ao momento histórico que vivemos.

O estudo desenvolvido nesta dissertação foi de corte transversal, o que proporcionou-nos investigar uma relação da exposição ao desgaste do trabalhador com a prevalência de DPM, permitindo-nos realizar as avaliações necessárias, retratando as variáveis de uma dada população e em um dado momento. Isto pode ser considerada uma limitação deste estudo, visto que, os resultados encontrados espelham apenas um momento de uma realidade.

A necessidade de estudar esta temática, emergiu fortemente de uma prática assistencial desenvolvida no decorrer do curso de mestrado, pois, ficou evidenciado, naqueles encontros, o quanto os trabalhadores da UTI adulto, deparavam-se e muitas vezes desconheciam as cargas de trabalho que faziam parte do seu cotidiano.

Ao ampliar a percepção de que o paciente crítico encontra-se em unidades como centro cirúrgico, unidades de urgência e emergência, e unidades de tratamento intensivo, foi que esta dissertação estendeu-se aos trabalhadores da enfermagem destas unidades da instituição hospitalar, onde desenvolvo minha práxis diária há mais de dez anos.

Esta experiência, no entanto, colocou-me face a face a um grande desafio. O desafio principal de despir-me do conhecimento empírico do dia-a-dia de trabalhadora da enfermagem, para colocar-me na condição de pesquisadora, obedecendo a todos os preceitos que regem esse outro trabalho.

É mister destacar que cada um de nós tem uma bagagem própria de conhecimentos e vivências, mas entendo ser necessário ponderar que mergulhar no mundo da pesquisa quantitativa, para mim foi um grande desafio, que se reverteu em

superações à medida que passava a compreender este universo, aumentando minha vontade de busca.

Da mesma forma é necessário destacar, que após termos um maior conhecimento desta metodologia, foi percebido que muitos aspectos merecem uma ampliação investigatória, pois ficou claro que outras variáveis poderiam enriquecer os dados encontrados.

A partir deste estudo, e da investigação realizada, vivencio com certeza um novo olhar ao mundo do trabalho em que estou inserida. Os conceitos que estão imbricados no referencial teórico foram fundamentais na elaboração desta dissertação, mas percebo o quanto foram especiais e necessários, para a compreensão da temática da saúde, enquanto um fenômeno a ser olhado e investigado, a partir da inserção social e histórica dos sujeitos estudados.

Para o profissional enfermeiro é rico demais entender como o controle sobre o seu trabalho é praticado, como as demandas psicológicas se fazem presentes, e também, reconhecer onde encontra fontes de suporte que influenciam no equilíbrio do profissional e mais tarde, com certeza, na motivação para desempenhar um bom trabalho.

Retomando a questão de pesquisa, ou seja, se os distúrbios psíquicos menores estão relacionados ao estresse no trabalho, segundo o modelo demanda-controle de Karasek, na população de enfermagem em unidades críticas, avalio o alcance dos objetivos propostos.

Atendendo ao nosso primeiro objetivo, nesta pesquisa, houve uma caracterização da população do estudo, segundo as variáveis demográficas, variáveis de exposição ao desgaste no trabalho, a percepção do suporte social no trabalho e a prevalência de DPM, às quais mostraram que o trabalhador de enfermagem de unidades críticas está exposto aos desgastes do trabalho, tanto ou mais que os demais trabalhadores na saúde e que a exposição aos distúrbios psíquicos menores parece ser maior para esse trabalhador.

Dos trabalhadores que participaram deste estudo a grande maioria foram mulheres (85%), com idade média de 31 anos, e com predominância na categoria de técnico de enfermagem (80,3%). A maior parte dos respondentes trabalham no Centro

cirúrgico (40,9%), seguido pela UTI adulto (22,9%), pronto socorro/pronto atendimento (18,1%), e UTI pediátrica/neonatal (14,2%). Fato que merece ser destacado é de que nesta amostra 70,9% dos respondentes não atuam em qualquer outra atividade empregatícia paralela. Daqueles que tem outro emprego, 94,6% desempenham a outra jornada na mesma função profissional, sendo 40,5% em unidades críticas hospitalares.

Esclarecemos que os dados sóciodemográficos e dados profissionais do trabalhador não puderam ser analisados, visto que, não possuíram uma significância estatística com grau de confiança entre 1 e 5%, e em razão disto, foram somente descritos.

É factível afirmar que os resultados encontrados confirmaram a hipótese de que os trabalhadores de unidades críticas, vivenciam um trabalho com alto desgaste. Encontramos que 44,1% dos trabalhadores percebem uma alta demanda psicológica, envolvida em suas atividades e ao mesmo tempo um baixo controle sob estas, o que configura, conforme o modelo demanda controle de Karasek, um trabalho de alto desgaste. Karasek (apud ARAÚJO et al. 2003) estabelecem que o trabalho realizado com estas condições é nocivo à saúde dos trabalhadores, sendo um preditor da maioria das reações adversas produzidas no trabalho. O trabalho de alto desgaste (44,1%) neste estudo foi seguido pelo desgaste intermediário, com 22,0% no trabalho ativo e 19,7% no trabalho passivo. O trabalho de baixo desgaste encontrou-se em somente 14,2% dos trabalhadores destas unidades. No entanto, foi verificado neste sentido que a categoria profissional merece um olhar diferenciado, pois encontrou-se que dentre os enfermeiros a maior parte percebeu seu trabalho como ativo, e foi dentre os auxiliares e técnicos de enfermagem que predominou o trabalho de alto desgaste. É importante, este achado, visto que encontramos no estudo de Araújo et al. (2003) esta relação do enfermeiro com o trabalho ativo, e bem diferente com os auxiliares de enfermagem que concluiu que a maioria encontrava-se no grupo de trabalho passivo. Isto vem reforçar o quanto às diferenciações próprias do processo de trabalho e da inserção desse trabalhador, no ambiente de trabalho, são determinantes de importantes diferenças na forma de vivenciar as cargas de trabalho.

Por outro lado, ao investigarmos neste estudo a relação existente entre a

demanda psicológica, o suporte social e o controle do trabalhador sobre seu trabalho, encontramos associações relevantes para o desgaste no trabalho, e desta forma atendemos ao segundo objetivo proposto.

Dentre as associações observamos que a alta demanda psicológica está associada ao desgaste no trabalho, ou seja, ficou confirmado com esta população que o aumento isolado da demanda psicológica do trabalho influencia, favorecendo o trabalho de alto desgaste.

Obtivemos, também, com relação ao desgaste no trabalho, que outras associações foram encontradas, sendo estas o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e o suporte social oferecido ao mesmo. Com isso, entendemos que nesta população estudada quanto menor o controle que o trabalhador referia ter sobre o seu trabalho, maior o desgaste no trabalho, ou seja, o conduzia a um trabalho de alto desgaste. Da mesma forma, foi analisado que quanto menor o suporte social recebido maior a associação com o trabalho de alto desgaste.

Com relação à prevalência global de DPM encontramos que 42,5% dos trabalhadores apresentam sintomas para tal. Isto demonstra um número expressivo e alarmante, por assim dizer, de profissionais com este acometimento. Faz-nos pensar imediatamente em colocar em prática nos ambientes de trabalho, alternativas apontadas por estes trabalhadores, para diminuir esta possível prevalência de DPM. Ressaltamos que o SRQ não tem finalidade diagnóstica, conforme ressaltado: “Use of the SRQ as a screening instrument, or more precisaly, as a case-finding instrument (WHO, 1994, p.1)”.

Portanto, podemos apenas depreender que há um aumento do sofrimento psíquico, sem, contudo, afirmar que os distúrbios psíquicos menores estão presentes em todos esses trabalhadores.

Identificou-se, também, a associação entre a demanda psicológica e a prevalência de DPM, assim como, entre o desgaste no trabalho e a prevalência de DPM entre estes trabalhadores. O contrário ocorre com o suporte social, pois neste caso, evidenciou-se que o suporte social recebido pelos trabalhadores das unidades críticas, diminuía a prevalência de DPM. Todos estes resultados foram corroborados com outros estudos e já mencionados anteriormente na análise dos resultados.

O terceiro objetivo tencionado neste estudo, residiu em associar o tipo de trabalho percebido pelos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas e a prevalência de DPM. Neste sentido, foi evidenciado que os trabalhadores de enfermagem destas unidades mais acometidos pela DPM, estão dentre aqueles que entendem seu trabalho como ativo (53,6%), seguido por aqueles de alto desgaste (48,2%). O trabalho passivo e o trabalho de baixo desgaste têm o menor número de trabalhadores expostos aos DPM, com 28,0% e 27,8% respectivamente.

No entanto, aos fazermos a associação dos trabalhadores com DPM e que possuem baixo ou alto desgaste, apreciamos que esta é pouco significativa (qui 2= 2,32, gl = 1, p = 87,21%), ou seja, não se confirmou a hipótese de que os trabalhadores expostos ao alto desgaste no seu trabalho, possuem uma prevalência maior de DPM do que aqueles que estão expostos ao baixo desgaste no seu trabalho. Isto deve-se fundamentalmente, ao fato de que não houve uma diferença significativa entre a prevalência de DPM, nos trabalhadores que estão expostos ao alto desgaste no trabalho.

A partir destes resultados foi buscado junto aos trabalhadores entrevistados, estratégias de melhoria do suporte social para serem desenvolvidas no seu ambiente de trabalho, com o objetivo de minimizar os desgastes provenientes das cargas de trabalho.

Pensamos que essas alternativas podem influenciar positivamente nos desdobramentos do controle, demanda psicológica e suporte social, e refletirem-se na melhoria da saúde mental do coletivo da enfermagem.

As sugestões mais evidenciadas referiram-se à necessidade de serem intensificadas as medidas de suporte social dentro da instituição, tanto individual como no coletivo, questões de gerenciamento institucional e de enfermagem, também organização interna das unidades.

A partir destas alternativas, apontadas pelos trabalhadores, entendemos que a prática do trabalho em equipe requer mudanças. Os trabalhadores precisam inovar seus processos através da troca de saberes e práticas.

A gestão organizacional do trabalho precisa promover uma gestão participativa, de forma que inclua os trabalhadores, motivando-os e co-responsabilizando-os nas

mudanças e melhorias no âmbito do trabalho. Reconhecemos que o processo de construção do saber dos trabalhadores, das unidades críticas envolve a análise do cotidiano dos seus serviços, de forma que todos os atores estejam envolvidos.

Parece-nos claro, no entanto, que à medida que as informações permeiam entre todos os seguimentos institucionais, poderá haver a promoção da autonomia e controle sobre o trabalho.

Emergiu nesta alternativa a possibilidade de integração melhor entre os componentes da equipe, inclusive com chefias e grupo de médicos, além de ser ponderada a importância de disponibilizar um atendimento psicológico individualizado e de grupo aos funcionários que pudessem ser trabalhados nos aspectos de atendimento humanizado.

Anteriormente, nas sugestões dos trabalhadores, foi lembrada por eles a necessidade de ser-lhes oferecidas oportunidades mais amplas de cursos e capacitações, e também de um maior apoio da gestão para as decisões e autonomia dos profissionais da enfermagem.

Entendemos, no entanto, que modificar a práxis não depende somente dos trabalhadores. Para tanto, precisa-se lançar espaços de trocas de saberes entre estes, possibilitando-os a terem um comportamento criativo e audaz, permitindo-se, desta forma, uma real reflexão do seu cotidiano, e que esta possa ser utilizada como um norte para repensar sua prática e os resultados encontrados no serviço.

O repensar nas medidas de organização interna das unidades críticas, que foram trazidas como sugestões de melhorias, também, suscitam em reflexão pelo coletivo acerca do seu ambiente de trabalho, possibilitando trazer modificações geradas a partir de troca de idéias. Com certeza, após este tipo de participação, as implantações resultarão em eficiência, satisfação, motivação, comprometimento, autonomia e, o que mais se deseja, a melhoria do estado de saúde dos trabalhadores.

Contudo, a partir dos resultados encontrados nos parece evidente ponderar que na medida em que os trabalhadores vão se inserindo na transformação do seu processo de trabalho de forma criativa e valorizada, os resultados tendem a uma melhor organização dos ambientes de trabalho, pois estes se sentirão incluídos na implementação de projetos, ampliação de normalizações e, sobretudo, no controle e

manutenção dos processos.

Para finalizar, é possível afirmar que após ter participado, ativamente, deste processo de pesquisar junto dos trabalhadores de enfermagem de unidades críticas e ter refletido acerca desta temática, penso, também, ser fundamental clarear a estes o significado e o impacto que a demanda psicológica e controle tem sobre o trabalho cotidiano. Neste sentido, fica registrado um comprometimento de retorno destes resultados, bem como, o esforço para a colocação em prática das melhorias propostas que envolvem a práxis diária.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.G.M., et al. Versão resumida da “Job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v.2, n. 38, p. 164-171, 2004.

ALVES, M.G.M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde**. Tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

ARAÚJO, T.M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. Tese de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1999.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 8, p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T. M., et al. Aspectos Psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores da enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 37, p. 24-33, 2003.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Caderno & Saúde coletiva**, v. 4, n. 8, p. 1005-1018, 2003.

BABA, V. V.; GALPERIN, L. B.; LITUCHY, T. R. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. **Internacional Journal of Nursing Studies**, n. 36, p.163-169, 1999.

BALSANELLI, A. P.; SANTOS, K. J.; SOLER, A. O. G. O trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. **Nursing: revista técnica de enfermagem**, v. 05, n. 44, p. 23-28, jan. 2002.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, n. 1, v. 54, p. 34-36, 2005.

BARBOSA, S.F.F. **A transcedência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos - (re) invenção possível**. Blumenal: Nova Letra, 1999, 128p.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem**. Série Teses em enfermagem, n. 29, 2001.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. O “estado de alerta” dos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 11, n.1, p.151-168, jan./abr. 2002.

BEHAR, E., et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. **British journal of industrial medicine**, v. 47, p. 20-28, 1990.

BOURBONNAIS, R., et al. Job Strain, Psychological distress, and burnout in nurses. **American Journal of industrial medicine**. n. 34, p. 20-28, 1998.

BORSOI. 1992. In: HOGA, L. A. K. Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. **Acta Paulista Enfermagem**, São paulo, v.15, n. 2, abr./jun. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 sobre pesquisas em seres humanos. **Revista de Bioética**, n. 24, 1996.

BROOKS, I. The lights are bright? Debating the future of the permanent night shift. **Journal of Management in Medicine**, v. 11, n. 2, p. 58-70, 1997.

CALLAGHAN, P. Factores related to stress and doping among Chinese nurses in Hong Kong. **Journal Adv. Nursing**, v. 6, n. 31, p. 1518-1527, 2000.

CANDEIAS, N. M. F., et al. "Stress" em atendentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 75, p. 38-44, jan./jun. 1992.

CAPONI, G., et al. **A saúde como desafio ético**. In: I Seminário internacional de filosofia e saúde - Anais. Florianópolis, 1995. 196p.

CARVALHO, D. V.; LIMA, E. D. P. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Revista Nursing**, p. 31-34, mar. 2001.

DANTAS, J.; MENDES, R.; ARAÚJO, T.M. Hipertensão Arterial e Fatores Psicossociais no Trabalho em uma Refinaria de Petróleo. **Revista Brás. Méd. Trab.**, Belo Horizonte, v. 2, n.1, p. 55-68, jan./mar. 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 4. ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 1991.

EPINFO 6-0. Programa para análise de dados. 1994.

FACCHINI, L. A. **Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador**. Isto é Trabalho de Gente? Vida doença e trabalho no Brasil. São Paulo, 1994.

FERNANDES, J. D., et al. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr. 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLINA, D. M. R., et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Caderno de saúde publica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 607-616, mai./jun. 2001.

- GRIEP, R. H., et al. Validade de constructo de escala de apoio social de Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró- Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p. 703-714, mai./jun. 2005.
- GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 180 p.
- GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. Traduzido por João Pedro Stein. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- HAAG, G. S., et al. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB, 1997.
- HOGA, L. A. K. Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.15, n. 2, abr./jun. 2002.
- HUDAK, C. M.; GALLO, B. M.. **Cuidados intensivos em enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1013 p.
- JACKSON, A.; POLANYI, M. **Working Conditions as a Determinant of Health: Life-Span Conference**. Toronto, 2002.
- JOHNSON & HALL. 1988. In: ALVES, M.G.M., et al. Versão resumida da “Job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 38, p. 164-171, 2004.
- KARASEK, R. A. J. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, jun. 1979.
- _____. In: ALVES, M.G.M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde**. Tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.
- _____. In: ARAÚJO, T. M., et al. Aspectos Psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores da enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 37, p. 24-33, 2003.
- KIRCHHOF, A. L. C. **Tendências temáticas sobre a relação trabalho e saúde: uma contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros**. Pelotas: UFPEL, 1999.
- KRAHL, M. **Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro no centro cirúrgico**. Passo Fundo: UPF, 2001.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1968. v. 1.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste do operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LUDEMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.

- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brit. Jour. of Psych.**, n. 148, p. 23-26, 1986.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da equipe de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco. **Revista Biblioteca Central**. UEM, v. 2, n. 1, p.11-18, jan./jun. 2003.
- METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista saúde pública**, São Paulo, v. 35, p. 548-553, dez. 2001.
- MINAYO, M. C. S., et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. Portaria n. 3432, de 22 de agosto de 1998.
- _____. Transtornos mentais e do comportamento relacionado ao trabalho. In: **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001.
- NETO, F. D. M. M., et al. **Protocolo de agravos à saúde mental relacionado ao trabalho**. Brasília: MS, 2005.
- OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. São Paulo: LTR, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de auxílio a aplicação do SRQ-20**. Disponível em <<http://www.who.org.br>>. Acessado em 13 set. 2003.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.
- PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- RELATÓRIO DA UTI ADULTO. Lajeado: HBB, 2005.
- REIS, E. J. F. B, et al. **Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 21, p. 1480-1490, set./out. 2005.
- REVICKI, D. A.; MAY, H. J. Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. **Behavioral Medicine**, p. 30-36, 1989.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- SANTOS, M. S.; TREVIZAN, M. A. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. **Revista técnica de enfermagem: Nursing**, n. 52, set. 2001.
- SANTOS, J. F. S.; ULGUIN, A. P. Transtornos Psíquicos Menores, Percepção do Estresse e atividade física de trabalhadores de área portuária. **International Journal of Psychiatry**. n.

11, mar. 2006.

SATO, L. Saúde mental e trabalho para uma ação estratégica em saúde mental do trabalhador. In: **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: Conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: CUT/FUNDACENTRO, 1996.

SEBASTIANI, R. W et al. **Psicología hospitalar**: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1995.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Revista Esc. Enf.** São Paulo: USP, v. 33, n. 1, p. 95-106, mar. 1999.

SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Revista latino- americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 45-57, 1995.

SOBRINHO, C. L. N., et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006.

SOCIETY OF CRITICAL CARE-USA. **Resumo histórico das UTIs segundo a Society of critical care-USA**. Disponível em <<http://www.medicinaintensiva.com.br>> Acessado em 01 set. 2005.

SODRÉ, Francis. **O campo político da saúde do trabalhador**. Dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz. São Paulo, 2002.

SPHINX. Software para pesquisa e análise de dados. 1995. Disponível em <<http://www.sphinxbrasil.com/po/>>. Acessado em 01 abr. 2006.

THEORELL. 1996. In: KARASEK, R. A. J. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, jun. 1979.

WHO, M. P. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**: Division of Mental Health World Health Organization Geneva.1994.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resumo dos dados obtidos na prática assistencial

Resumo dos dados obtidos na prática assistencial

O desenvolvimento desta prática se deu com o grupo de trabalhadores da enfermagem que atuam em um UTI Adulto de uma instituição hospitalar de médio porte do interior do estado do RS, composta por 10 leitos destinados ao atendimento de pacientes de alta complexidade.

Todas as atividades da prática assistencial foram cumpridas tendo como elemento norteador o Modelo Genérico de um Encontro Vivencial sugerido pela metodologia adotada.

Somente no primeiro encontro fez-se necessário utilizar a etapa de apresentação do facilitador e proposta de trabalho, jogo de apresentação dos membros do grupo e estabelecimento de contrato com o grupo. As demais etapas, ou seja, aquecimento, experimento, processamento e avaliação com encerramento foram rigorosamente respeitados em todos os encontros.

Durante os quatro encontros deu-se a exploração da temática “cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem que atuam em UTI”. Buscou-se trazer subsídio literário como forma de proporcionar uma familiarização de conhecimentos aos trabalhadores, a fim de incitar o processo reflexivo e viabilizar encontros dialógicos fundamentados teoricamente que proporcionassem aprendizagem significativa ao grupo na medida em que pudessem estabelecer relação com sua prática diária.

Ao finalizar os quatro encontros pode-se relatar que houve participação efetiva de 14 trabalhadores de enfermagem da UTI, ou seja, 58% dos trabalhadores de enfermagem desta unidade. Neste grupo 64% dos participantes eram do sexo feminino, jovens, 86% com idade entre 21 a 30 anos de idade e a maior parte, ou seja, 64% atuando entre 01 e 05 na profissão de enfermagem, e 87% do total desta amostra com atuação em UTI entre 01 e 05 anos.

A maior parte deles, ou seja, 57% trabalham em outro emprego, e destes 75% trabalham na área da enfermagem, fazendo uma jornada de trabalho maior que 40 horas semanais. Ficaram distribuídos os turnos de trabalho com 78% dos trabalhadores no turno do dia, 14% no turno da noite, e 8% nos turnos alternados, ou seja, substituindo férias e folgas da UTI. Neste grupo a maior parte com 92% eram técnicos de enfermagem e somente 8% dos participantes eram enfermeiros.

O grupo de trabalhadores identificou claramente os tipos de cargas de trabalho nas suas atividades e trouxe exemplos de sua prática na qual evidenciam presença de todas elas. Citamos abaixo os resultados apontados pelo grupo:

- Com relação às cargas físicas citaram como vivências no seu dia-a-dia os alarmes dos equipamentos em geral (monitores, respiradores e bomba de infusão); bip contínuo de monitores; luz artificial; ar condicionado contínuo- temperatura diferente; barulho de aspiração contínua em pós operatório de CC; exposição frequente ao RX. Ao responderem o instrumento para quantificar sua exposição, a maior parte dos participantes com 77% disse que não ocorrem mudanças bruscas de temperatura na UTI e que a temperatura dentro do ambiente é boa, ou seja, não é tida nem como quente ou como fria. O ruído relatado aparece continuamente nas respostas de 70% dos participantes, porém, não chega a interferir na comunicação verbal para 54% dos respondentes. A iluminação desta unidade não gera maiores relatos, assim como, a exposição ao RX, pois evidenciamos em ambas as respostas que praticamente na sua totalidade geram respostas satisfatórias, com 87% considerando a iluminação adequada e 70% relatando que eventualmente expõem-se a radiação ionizante dentro da UTI.

- Com relação às cargas orgânicas e cargas químicas citaram poucos exemplos da sua prática, dentre eles, o manuseio de dejetos e secreções; manipulação de determinados medicamentos e a resistência a microorganismos para a primeira, e Manuseio de cidex; manuseio de produtos de assepsia (álcool iodado, PVPI, idofor, clorexedine) para a segunda. No entanto, chama atenção ao responderem o instrumento que avaliava a sua exposição, pois, aparece claramente que 100% dos participantes trabalham em algum momento com a possibilidade de contaminar-se com

qualquer tipo de secreção, e 100% entram em contato com essas substâncias químicas apontadas no seu dia-a-dia.

- As cargas mecânicas surgem com exemplos bastante palpáveis para o grupo, dentre eles, o manuseio de diferentes equipamentos de alta tecnologia; sucateamento e falta de alguns equipamentos e materiais de rotina; encaminhamento freqüente dos materiais para a manutenção. Fica pontuado por 100% dos participantes que em algum momento trabalha-se com equipamentos que precisam de reparos.

- Com relação às cargas fisiológicas foram descritos várias situações com freqüência exarcebadas no seu dia-a-dia de trabalho, dentre elas, o espaço físico restrito, boxes pequenos; manuseio com equipamentos e pacientes com excesso de peso; atividades que exigem esforços repetitivos e cansativos; alta rotatividade de pacientes que exige esforço físico na transferência do paciente; freqüente transporte para exames (tomografia, RX, ecografia); muito tempo em pé ou em posições desconfortáveis. Merece ser destacado que 100% dos respondentes referem que realizam atividades que lhe exigem esforço físico, e que precisam trabalhar com posições desconfortáveis ou permanecer por muito tempo na mesma posição. A maior parte, ou seja, 70% dos participantes precisam prolongar suas atividades de trabalho, seja por trabalhar em outro emprego (57%) ou prolongar a jornada no próprio trabalho.

- As cargas psíquicas apontadas têm relação com todas as outras cargas, e aparecem enfaticamente nos relatos e apontamentos escritos dos trabalhadores, e podemos citar exemplos, dentre eles a relação com: número restrito de trabalhadores, pressão pelo zelo dos materiais, burocracia demasiada, situações inesperadas, necessidade constante de ser ágil e prático, paciente com risco de morte, diagnósticos de alta complexidade, rotinas não cumpridas por algumas pessoas, descaso de alguns profissionais nas situações de dificuldade, falta de revisão sistemática das rotinas, rótulos, exclusão e diferença de tratamento para alguns pacientes, falta de coleguismo e de união, ambiente fechado, aumento da sobrecarga no mesmo espaço de tempo e mudança no perfil dos pacientes.

É enfático como as cargas de trabalho identificadas explicitam o quanto o trabalho em UTI representa a este grupo prazer e sofrimento, oriundos especialmente dos desgastes que são provenientes das cargas de trabalho fisiológica e psíquica. O

grupo ressaltou como necessário que os resultados desta prática assistencial fossem levados ao conhecimento da gestão da instituição para que pudessem saber da existência das cargas de trabalho e seus desgastes, afim de os trabalhadores poderem participar mais ativamente em ações referentes à saúde do trabalhador da instituição. Nesta perspectiva, entende-se que foi possível sensibilizar os trabalhadores de enfermagem para refletirem acerca das cargas de trabalho, possibilitando desta forma que os mesmos, encontrassem coletivamente alternativas para minimizar os desgastes do processo de trabalho da UTI adulto.

APÊNDICE II

Instrumento de coleta de dados

DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM E OS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM UNIDADES CRÍTICAS

-ROTEIRO DE ENTREVISTA-

Código: __ __ __

BLOCO A

Perfil sociodemográfico do trabalhador

- A01 - Qual sua categoria profissional?**
- 1- enfermeiro
 - 2-téc enfermagem
 - 3-aux enfermagem
- A02 - Qual unidade você trabalha nesta instituição?**
- 1-UTI ad
 - 2-UTI neo/ped
 - 3-Centro Cirúrgico/ SRPA
 - 4- PS/PA
 - 5- Substituição
- A03 - Sexo:**
- 1- masculino
 - 2- feminino
- A04 - Idade em anos completos:** __ __ anos completos
- A05 - Situação Conjugal:**
- 1- solteiro ou sem companheiro
 - 2- casado ou com companheiro
 - 3- viúvo
- A06- Escolaridade**
- 1- até 08 anos de estudo
 - 2- até 12 anos de estudo
 - 3- graduação incompleta
 - 4- graduação completa
 - 5- pós – graduação

A07- Número de filhos

- 0- nenhum
- 1- um filho
- 2- dois filhos
- 3- três filhos
- 4- mais de três filhos

BLOCO B

Perfil profissional do trabalhador

B01 - Tempo que trabalha na função

- 1- menos de 1 ano
- 2- de 01 a 05 anos
- 3- de 06 a 10 anos
- 4- de 11 a 15 anos
- 5- de 16 a 20 anos
- 6- mais de 20 anos

B02 - Tempo de trabalho no setor

- 1- menos de 1 ano
- 2- de 01 a 05 anos
- 3- de 06 a 10 anos
- 4- de 11 a 15 anos
- 5- de 16 a 20 anos
- 6- mais de 20 anos

B03 - Turno de trabalho

- 1- 07 às 13 horas
- 2- 13 às 19 horas
- 3- 19 às 07 horas (12x36)
- 4- 07-13h/ 14-16 h(8h)
- 5- 10-12h/ 13-19h (8h)
- 6- substituição

B04 - Jornada de trabalho semanal nesta instituição

__ __ horas

B05 - Outros trabalhos na enfermagem

- 0 não
- 1 sim

Se a resposta for não, passe para a questão B10

B06 - Se sim, na mesma função?

- 0 não
- 1 sim

- B07 - Em unidade crítica?** 0 não
1 sim
- B08 - Turno de trabalho**
1- 07 às 13 horas
2- 13 às 19 horas
3- 19 às 07 horas (12x36)
4- 07-13h/ 14-16 h(8h)
5- 10-12h/ 13-19h (8h)
6- substituição
- B09 - Jornada de trabalho semanal nesta instituição** ___ ___ horas
- B10 - Renda familiar em salários mínimos** ___ ___ SM

BLOCO C

Controle no trabalho

- C01 - Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?**
4-frequentemente
3- às vezes
2-Raramente
1-Nunca ou quase nunca
- C02 - Seu trabalho exige muitas habilidades ou conhecimentos especializados?**
1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente
- C03 - Seu trabalho exige que tome iniciativas?**
1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente
- C04 - No seu trabalho você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?**
4- Nunca ou quase nunca
3- Raramente
2- Às vezes

1- Frequentemente

C05 - Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente

C06 - Você pode escolher oque fazer no seu trabalho?

1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente

BLOCO D

Demanda no trabalho

D01 - Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente

D02 - Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)

1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente

D03 - Seu trabalho exige demais de você?

1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente

D04 - Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

1-frequentemente
2- às vezes
3-Raramente
4-Nunca ou quase nunca

D05 - O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordante

1- Nunca ou quase nunca
2- Raramente
3- Às vezes
4- Frequentemente

BLOCO S

Suporte no trabalho

S01 - Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho

- 1- discordo
- 2- discordo mais que concordo
- 3- concordo mais que discordo
- 4- concordo totalmente

S02 - No trabalho nos relacionamos bem uns com os outros

- 1- discordo
- 2- discordo mais que concordo
- 3- concordo mais que discordo
- 4- concordo totalmente

S03 - Eu posso contar com o apoio dos meus colegas no trabalho

- 1- discordo
- 2- discordo mais que concordo
- 3- concordo mais que discordo
- 4- concordo totalmente

S04 - Se eu não estiver num bom dia meus colegas compreendem

- 1- discordo
- 2- discordo mais que concordo
- 3- concordo mais que discordo
- 4- concordo totalmente

S05 - No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes

- 1- discordo
- 2- discordo mais que concordo
- 3- concordo mais que discordo
- 4- concordo totalmente

S06 - Eu gosto de trabalhar com meus colegas

- 1- discordo
- 2- discordo mais que concordo
- 3- concordo mais que discordo
- 4- concordo totalmente

BLOCO Q

- Q01 - Tem dores de cabeça freqüentemente?**
0 Não
1 Sim
- Q02 - Tem falta de apetite?**
0 Não
1 Sim
- Q03 - Dorme mal?**
0 Não
1 Sim
- Q04 - Assusta-se com facilidade?**
0 Não
1 Sim
- Q05 - Tem tremores nas mãos?**
0 Não
1 Sim
- Q06 - Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?**
0 Não
1 Sim
- Q07 - Tem má digestão?**
0 Não
1 Sim
- Q08 - Tem dificuldade de pensar com clareza?**
0 Não
1 Sim
- Q09 - Tem se sentido triste ultimamente?**
0 Não
1 Sim
- Q10 - Tem chorado mais do que de costume?**
0 Não
1 Sim
- Q11 - Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?**
0 Não
1 Sim
- Q12 - Tem dificuldade em tomar decisões?**
0 Não
1 Sim
- Q13 - Tem dificuldade no serviço, no emprego? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)**
0 Não

- Q14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?** 1 Sim
0 Não
1 Sim
- Q15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?** 0 Não
1 Sim
- Q16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?** 0 Não
1 Sim
- Q17 - Tem tido a idéia de acabar com a vida?** 0 Não
1 Sim
- Q18 - Sente-se cansado o tempo todo?** 0 Não
1 Sim
- Q19 - Tem sensações desagradáveis no estômago?** 0 Não
1 Sim
- Q20 - Você se cansa com facilidade?** 0 Não
1 Sim

M01 - Que estratégias você sugere para melhorar este ambiente de trabalho?

APÊNDICE III

Proposta de pesquisa a ser desenvolvida

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Florianópolis, 07 de novembro de 2005

À Direção Técnica

Sr. Diretor

Ao cumprimentá-lo cordialmente, venho solicitar sua aprovação e a aprovação da coordenação de enfermagem, para realizar nesta instituição a coleta de dados para a dissertação de mestrado intitulada “Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas”, sob a orientação da professora Dr^a. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof.

O objetivo desta pesquisa é investigar a relação existente entre a demanda do trabalho e o controle do trabalhador sobre seu trabalho na unidade de terapia intensiva adulto, pronto socorro/ pronto atendimento, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, e associar distúrbios psíquicos menores com o trabalho realizado nestas unidades. Este é um estudo descritivo e exploratório, o qual também levará em conta o suporte social do trabalhador no desempenho do seu trabalho e as cargas de trabalho identificadas.

Salientamos que será preservada a identidade da instituição e dos sujeitos participantes, conforme Resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos, bem como, ser-lhes-á dado o direito de desistir de sua participação a qualquer momento, assim que manifestem essa vontade.

A presente pesquisa visa atender requisitos do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, para obtenção da

qualificação de mestre em enfermagem, e será desenvolvida no período de novembro e dezembro de 2005.

Conhecedora de unidades de assistência crítica penso que a o resultado desta pesquisa poderá contribuir para a saúde dos trabalhadores, assim como, para a melhoria do processo de trabalho nestas unidades.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo em que me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente

Mda. Tatiana Ruviaro do Amaral

(Ciente) Prof. Dr. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

APÊNDICE IV

Termo de Consentimento Informado

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando uma pesquisa intitulada “Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas” que visa atender requisitos do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, para obtenção da qualificação de mestre em enfermagem. O objetivo desta pesquisa é investigar a relação existente entre a demanda do trabalho, suporte social e o controle do trabalhador sobre seu trabalho na unidade de terapia intensiva adulto, pronto socorro/pronto atendimento, centro cirúrgico, e unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, assim como, associar os distúrbios psíquicos menores com o trabalho realizado nestas unidades, e buscar junto aos trabalhadores estratégias individuais e coletivas de suporte social que possam levar a melhoria do seu dia-a-dia de trabalho, minimizando os desgastes provenientes das cargas de trabalho.

Para tanto, solicito sua colaboração para o preenchimento dos dados que serão coletados através de uma entrevista. O mesmo não implica em riscos ou desconfortos para você. Os benefícios deste estudo serão melhores avaliados em médio prazo, contudo, entende-se que através dos seus resultados, poderão trazer retornos significativos para melhoria no processo de trabalho da enfermagem nas unidades críticas hospitalares. Por isso peço que você leia atentamente, preencha, e assine esse termo se assim o desejar.

Pelo presente Termo de Consentimento Informado declaro que eu fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento:

- da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da coleta de dados, benefícios e outro assuntos relacionados com a pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de minhas atividades profissionais;

- de que os resultados serão utilizados e publicados a critério exclusivo da pesquisadora, desde que, preservada integralmente o sigilo e a minha identidade enquanto sujeito participante.

A pesquisadora desta pesquisa é Tatiana Ruviaro do Amaral (Fone: 51-9956-9448, email: tatiama@certelnet.com.br), sob orientação da Dr. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Informado, sendo que uma das vias ficou em minha posse e outra em posse do pesquisador.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

Lajeado...../...../ 200 .