

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**ANÁLISE PSICOSSOCIAL DA SAÚDE DO
TRABALHADOR ENFERMEIRO DO MUNICÍPIO
DE GOIÂNIA-GO**

ENILSA VICENTE FERREIRA

Goiânia-GO

2007

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**ANÁLISE PSICOSSOCIAL DA SAÚDE DO
TRABALHADOR ENFERMEIRO DO MUNICÍPIO
DE GOIÂNIA-GO**

ENILSA VICENTE FERREIRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo S. Albuquerque

Goiânia-GO

2007



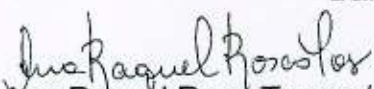
UNIVERSIDADE
Católica
DE GOIÁS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

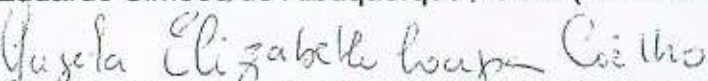
PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás • Brasil
Fone: (62) 3227.1071 • Fax: (62) 3227.1072
www.ucg.br • heck@ucg.br

Ata da sessão de apresentação e defesa da Dissertação de Conclusão de Mestrado pela mestranda Enilsa Vicente Ferreira. No dia 09 de março de 2007, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos professores Dra. Ana Raquel Rosa Torres, presidente, Dr. Eduardo Simões de Albuquerque (co-orientador), Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coelho (membro convidado) e Dr. Eric Santos Araújo (membro), para a arguição da mestranda ENILSA VICENTE FERREIRA, a respeito da dissertação de conclusão do Curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde sob o título "Análise psicossocial da saúde do trabalhador enfermeiro do município de Goiânia". A sessão iniciou-se às 16:00, na sala de aula do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, sob a presidência da Professora Dra. Ana Raquel Rosa Torres, que concedeu 30 minutos a mestranda para expor sinteticamente o trabalho. A seguir procedeu-se à arguição, finda a qual a sessão foi suspensa e a comissão se reuniu em separado para a avaliação e atribuição de nota. Discutido o trabalho e o desempenho da mestranda, foi o mesmo considerado aprovado com a nota 10,0 (dez) equivalente ao conceito A. A candidata foi declarada Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Universidade Católica de Goiás pela Presidenta da Banca Examinadora. Findos os trabalhos, deu a Presidente por encerrada a sessão, agradecendo a participação dos arguidores, do que se lavrou a presente ata que foi assinada por todos e entregue à Secretaria do Programa em Ciências Ambientais e Saúde, para os fins.

Banca Examinadora


Dra. Ana Raquel Rosa Torres / UCG (Presidente)


Dr. Eduardo Simões de Albuquerque / UCG (Co-orientador)


Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coelho / UCDB (Membro convidado)


Dr. Eric Santos Araújo / UCG (Membro convidado)

DEDICO ESTA DISSERTAÇÃO

Aos trabalhadores enfermeiros (as) que fizeram voz neste estudo.

À querida amiga e companheira de trabalho Tânia Mary, que muito me auxiliou na coleta dos dados.

À Laura Cristina, amiga de todas as horas, pela valiosa contribuição na digitação deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Lembrar de todas as pessoas que, de uma maneira ou de outra, colaboraram para que os objetivos desta pesquisa pudessem ser atingidos satisfatoriamente é, sem dúvida, uma tarefa tão trabalhosa quanto aquela a que me propus e que agora concluo.

Ao lado do prazer *sui generis* de fazer um curso de mestrado, existem trilhas que só poderiam ser percorridas com a companhia de alguém. Àqueles que me deram a mão e acompanharam nesse longo percurso, deixo registrado o meu mais autêntico reconhecimento e espero, a qualquer momento, poder retribuir o gesto de coleguismo e amizade que me foi tão importante.

Meu MUITO OBRIGADA:

A Deus, nosso Pai maior, pela presença constante e pelos inúmeros entraves vencidos e que me fizeram ser mais sensata em minhas decisões.

À minha família, cúmplice e fiel torcida nesta jornada, que acompanhou cada passo deste projeto. Em especial, aos meus filhos, Ângela e Osmar Regis, que me fazem lutar por um mundo melhor para todos, e a meu marido, José, companheiro de jornada evolutiva e de muitas construções.

Aos meus pais, que me ampararam, não só neste desafio, mas em todos os momentos de minha vida, devo a coragem de ousar e sonhar.

Às minhas irmãs, Clenilda e Irenilda, que sempre me incentivaram e torceram por mim.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Raquel, que com dedicação e competência irrigou insistentemente, adubou com dose certa e fez a poda necessária a todas as idéias aqui semeadas.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Eduardo S. de Albuquerque, que com paciência e dedicação aceitou co-orientar este trabalho.

Aos professores do curso de mestrado, por dar fala, cor e afeto aos sonhos que a princípio não tinham nitidez.

À Profa. Me. Suzana Oellers, pela incrível disposição em fazer a revisão de toda esta obra, trabalho desgastante, mas que foi exercido de maneira criteriosa e profissional.

Aos colegas de mestrado, companheiros de dúvidas e construções, especialmente à Norma, pela parceria e amizade durante o curso.

À minha coordenadora e amiga de longa data, Elsia, pela compreensão, apoio, carinho e incentivo durante toda esta caminhada.

Aos meus diretores Sebastião e Peters, e aos colegas de trabalho, tanto da educação quanto os da enfermagem, que tantas vezes aceitaram minhas ausências para que este projeto deixasse o mundo das idéias e se fizesse matéria.

À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e aos administradores dos hospitais particulares e/ou conveniados ao Sistema Único de Saúde, que autorizaram a realização desta pesquisa entre seus trabalhadores.

A todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a execução deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivos: a. traçar o perfil de bem-estar psicossocial do(a)s trabalhadore(a)s enfermeiro(a)s de Goiânia-GO; e b. comparar os perfis entre aqueles atuantes na rede pública e privada. O(A)s participantes foram 321 enfermeiros(as) que estavam atuando na profissão. Os resultados indicaram que não existiu diferença entre aqueles que atuavam no setor público e no privado quanto à percepção da eficiência do desempenho das atividades profissionais. Em ambos os tipos de instituição, o grau de eficiência percebido foi baixo. Já em relação aos níveis de satisfação e bem-estar, os resultados obtidos indicaram que os(as) trabalhadores(as) do setor privado estavam mais satisfeitos, apresentando também níveis de bem-estar físico e psicológico mais elevados. Esses resultados são discutidos enfatizando as diferenças nas condições de trabalho entre os setores público e privado.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; bem-estar psicossocial; saúde do(a) enfermeiro(a).

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL ANALYSIS OF NURSES' HEALTH IN GOIÂNIA-GO, BRAZIL

This study aimed to: a. outline the psychosocial well-being of nurses working in Goiânia-GO, a capital city in the Midwestern Region of Brazil; and b. compare the profiles of those working in the public and private sectors. The participants were 321 active nurses. The results indicated no difference between workers in the public or the private sector regarding the perception of the efficiency in their professional activities performance. In both kinds of institution the degree of perceived efficiency was low. As to the level of satisfaction and well-being, the results obtained indicated that the workers in the private sector were more satisfied, also presenting higher levels of physical and psychological well-being. These results are discussed emphasizing the differences between the working conditions in the public and private sectors.

Key words: worker health; psychosocial well-being; nurse's health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de instituição em que trabalham.	46
Tabela 2.	Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de cargo/função em que atuam.	47
Tabela 3.	Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício da função.	48
Tabela 4.	Distribuição dos participantes de acordo com a carga horária semanal de trabalho.	48
Tabela 5.	Distribuição dos participantes de acordo com a carga horária semanal de trabalho.	49
Tabela 6.	Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de cargo/função em que atuam como segundo vínculo empregatício.	50
Tabela 7.	Distribuição da carga horária cumprida no segundo cargo pelos participantes.	50
Tabela 8.	Distribuição das justificativas dadas pelos participantes para a auto-avaliação do grau de eficiência profissional.	52
Tabela 9.	Médias (desvio-padrão) e teste t da comparação dos níveis de eficiência, satisfação e bem-estar psicossocial dos participantes.	53
Tabela 10.	Médias (desvio-padrão) e teste t da comparação dos valores de salários recebidos pelos participantes no setor público e no setor privado.	53
Tabela 11.	Distribuição dos participantes da amostra em relação ao tempo da última licença para tratamento de saúde.	54
Tabela 12.	Distribuição das justificativas dadas pelos participantes para a licença para tratamento de saúde.	55

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE TABELAS	
1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 História da enfermagem: uma profissão cuidadora	16
2.2 O trabalho e a saúde dos enfermeiros	23
3 METODOLOGIA	42
3.1 Participantes	42
3.2 Instrumento	43
3.3 Procedimento	44
3.4 Análises estatísticas	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Dados sociodemográficos dos participantes	45
4.2 Nível de bem-estar psicossocial dos participantes	51
5 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	59
BIBLIOGRAFIA	64
APÊNDICES	65
APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
APÊNDICE B. QUESTIONÁRIOS SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESCALA DE BEM-ESTAR	68

1 INTRODUÇÃO

Desde as primeiras civilizações, nas manifestações mais primárias e elementares, a história tem tido sempre uma função social. Essa função é a de registrar e legitimar a trajetória do desenvolvimento humano desde as eras mais remotas, destacando o que de mais importante aconteceu e as contribuições trazidas para a humanidade.

As atividades laborais também foram se desenvolvendo de acordo com a evolução humana. Assim é que o homem, no desejo de dominar o ambiente e o mundo, de encontrar extensões às suas capacidades limitadas e de aumentar a produção buscando o desenvolvimento socioeconômico, procura adaptar o meio e modificá-lo de acordo com suas conveniências. Com isso, tem de conviver também com influências negativas advindas do processo de transformação.

Porém, não foi só o homem que sofreu todo esse processo de mudança gerado com a transformação da sociedade, da política, dos meios de comunicação e, mais especificamente, do trabalho. O meio ambiente também passou por transformações em virtude da ação do homem na ânsia de aumentar sua capacidade. Como resultado, podem ser citadas as devastações da natureza, como o desmatamento na região da Amazônia, a poluição de rios com produtos químicos utilizados em garimpos, indústrias e agricultura, a extinção de animais resultantes das queimadas. Todos esses danos causados ao meio ambiente também trazem prejuízos à saúde do ser humano, porque, ao promover transformações no meio, o indivíduo está interferindo, mesmo que indiretamente, no habitat natural de alguns agentes etiológicos, os quais poderão causar doenças no homem. Como exemplos

podem-se relacionar o desmatamento com a febre amarela silvestre, as doenças como verminoses e câncer de pulmão com a intoxicação por mercúrio utilizados nos garimpos, a cólera e várias outras doenças de origem hídrica com a contaminação da água.

Sendo o meio ambiente o local no qual se sedimentam todas as espécies de vida e a saúde, que é o bem maior do ser humano, e também pelo fato de a área de estudo desta mestranda-pesquisadora ser a de Ciências Ambientais e Saúde, foram pesquisadas as alterações na saúde dos trabalhadores enfermeiros que pudessem ser relacionadas com o ambiente em que eles desenvolvem suas atividades laborais.

Foi nesse cenário, então, que se iniciaram a discussão e as indagações acerca dos enfermeiros. Qual a condição de saúde dos trabalhadores enfermeiros do município de Goiânia-GO? Quais as patologias que mais os acometem? Em que condições de trabalho eles desempenham suas atividades?

As diferentes nuances em relação aos conceitos de saúde e doença no ambiente onde são desenvolvidas as atividades de enfermagem sempre foram objeto de observação da autora desta pesquisa, durante sua formação como enfermeira e no exercício da profissão. No desenvolvimento de suas atividades, foi-lhe oportunizado trabalhar tanto em instituições públicas como privadas, locais onde pôde perceber as diversas cargas a que as trabalhadoras em enfermagem podem estar expostas e as possíveis implicações para a sua saúde. Essa diversidade está presente em todos os campos de atividade da enfermagem, variando somente em termos da intensidade de exposição a que estão submetidos os profissionais desta área.

Um outro intuito da pesquisadora foi o de fomentar dados que servirão como referência para outros trabalhos científicos sobre o ambiente no qual as atividades do trabalho são desenvolvidas e sua relação com a saúde dos profissionais de enfermagem.

Observa-se também que, independentemente do fato de o estabelecimento de saúde pertencer ao sistema público ou ao privado, as cargas de trabalho às quais os trabalhadores da área de enfermagem estão expostos não apresentam muita diferença. Segundo Silva (1988), essas cargas estão divididas em:

a) Cargas biológicas – tais como contato com pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas ou com secreções, o que caracteriza a interação com o objeto de trabalho;

b) Cargas físicas – em decorrência dos ruídos provenientes dos aparelhos utilizados, tais como monitores, respiradores, ar-condicionado e provenientes dos aparelhos de outros serviços, como os usados para limpeza; concentração e trânsito de pessoas;

c) Cargas químicas – caracterizadas pela exposição a substâncias químicas de modo geral, substâncias de uso medicamentoso, poeira, fumaça e materiais de borracha;

d) Cargas mecânicas – provenientes de manipulações dos materiais perfurocortantes (agulhas, tesouras, bisturis); quedas (pisos encerados, escadas); agressões (pacientes confusos ou sedados); prensão de dedos ou mãos (maca monta-carga);

e) Cargas fisiológicas – caracterizadas pela manipulação de pesos excessivos, de pacientes (obesos, dependentes, anestesiados), de galões de

substâncias químicas, portas de autoclaves, macas e cadeiras de rodas; trabalho em pé; posições inadequadas e incômodas assumidas durante o cuidado no leito; trabalho noturno; rodízios de turnos;

f) Cargas psíquicas – geradas pela atenção constante a pacientes graves, inconscientes e que necessitam de vigilância; supervisão estrita; falta de autonomia, de criatividade e não participação nas tomadas de decisões; ritmo acelerado; trabalho parcelado, monótono e repetitivo.

Todos esses são fatores que levam a fadiga, tensão e estresse gerados pelo trabalho desgastante.

Ainda com relação às sobrecargas, pode-se traçar um paralelo entre os dois sistemas de saúde. Nas instituições da rede privada, além das cargas já citadas, têm-se ainda as cobranças relacionadas ao desempenho da função e outros tipos de cobranças agregadas à primeira, como fiscalização do serviço de limpeza e lavanderia, controle de visitas aos pacientes internados e controle do patrimônio da instituição.

Já nas instituições da rede pública, essa sobrecarga ocorre devido a más condições de trabalho, falta de insumos, equipamentos velhos e obsoletos, falta ou insuficiência de material humano, o que caracteriza a realidade do serviço público em nosso país.

Todo esse conjunto de fatores em muito contribui para aumentar a pressão vivenciada no desempenho das atividades do profissional de enfermagem, o que pode levá-lo a um desgaste físico e mental, decorrente de condições insatisfatórias de trabalho oferecidas, baixa remuneração e falta de estabilidade no emprego.

Embora esses profissionais atuem em promoção, proteção e prevenção da saúde na família, nos grupos e na comunidade, eles não têm demonstrado interesse em fazer uma análise crítica das condições de seu próprio trabalho. Na maioria das vezes, submetem-se a condições insatisfatórias, insalubres e subumanas impostas pela maioria dos empregadores, sejam eles do setor público ou privado. Isso ocorre, muitas vezes, por medo de se expor e sofrer algum tipo de punição por parte do empregador; outras vezes, por total falta de conhecimento de seus direitos.

Pensar na saúde do trabalhador enfermeiro em um momento em que o setor da saúde está voltado para o processo de humanização do cuidar é, no mínimo, oportuno. Assim, faz-se necessário pensar também na humanização dos próprios profissionais de enfermagem e nas condições de trabalho no momento do desempenho de suas atividades.

São os profissionais de enfermagem que estão ali durante 24 horas, proporcionando cuidados às pessoas enfermas, vivenciando situações que podem provocar medo, ansiedade, angústia, infelicidade e sofrimento físico e mental a si e a outrem no desempenho de suas funções, pois têm a convicção de que suas ações podem trazer àqueles que estão sob seus cuidados o restabelecimento da saúde.

Observa-se que os enfermeiros estão preparados para lidar com a maioria das doenças que afetam as pessoas, proporcionando-lhes cuidados e bem-estar, mas não estão preparados para lidar com suas próprias doenças.

Esta dissertação não tem a pretensão de discorrer sobre as interfaces relacionadas com o trabalho e o trabalhador, mas tem como objetivo geral traçar um perfil da saúde dos trabalhadores em enfermagem e em que situação(ões) eles desempenham suas atividades. Outro intuito relacionado a este estudo é o de contribuir com a pesquisa científica na enfermagem, fornecendo dados que possam

servir de ponto de partida para pesquisas futuras envolvendo a profissional em questão.

Diante do exposto, os objetivos específicos desta pesquisa são:

- Traçar o perfil do bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores em enfermagem do município de Goiânia;
- Comparar os perfis dos trabalhadores das redes pública e privada.
- Descrever as justificativas para as licenças para tratamento de saúde solicitadas nos últimos cinco anos.

Com a intenção de realizar o percurso aqui enunciado, inicialmente é abordada a história da enfermagem, desde os primórdios dos tempos até os dias atuais e, em seguida, são reunidos os aspectos teóricos relacionados à saúde do trabalhador enfermeiro, suas condições de trabalho, perspectivas e desafios.

Logo após, está estruturada a metodologia empregada para a realização desta pesquisa. São, então, apresentados os resultados obtidos e, logo a seguir, a discussão, o que possibilitará melhor entendimento para o leitor da análise dos dados sobre o perfil de saúde do trabalhador enfermeiro.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 História da enfermagem: uma profissão cuidadora

Enfermeiro é todo aquele profissional de nível superior portador de diploma expedido no Brasil por escolas oficiais ou reconhecidas pelo Governo Federal nos termos da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949 (BRASIL, 1949), cujas atribuições incluem, além do exercício da enfermagem na promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva da sociedade:

a) Direção dos serviços de enfermagem em estabelecimentos hospitalares e de saúde pública;

b) Participação no ensino em escolas de enfermagem nos níveis de graduação, pós-graduação e técnico;

c) Direção de escolas de enfermagem;

d) Participação em bancas examinadoras de estudos nos níveis de graduação e pós-graduação;

e) Participação no desenvolvimento de pesquisas.

A enfermagem foi desenvolvida, desde a Antigüidade, em estreita relação com a história das civilizações. Segundo Donahue (1993), suas primeiras manifestações se originaram do instinto materno de cuidar. De acordo com essa autora, as mulheres sempre cuidaram e desenvolveram a arte de curar. Em todas as épocas, desde as mais remotas eras, a mãe aparece como a primeira enfermeira da família.

Ainda segundo a mesma autora, a mãe tem sido vista como uma enfermeira nata. O papel da enfermeira foi ampliando-se gradativamente e extrapolando a função, até biológica, da mãe cuidadora que amamenta o recém-nascido, para significar o cuidado ao doente, ao idoso, ao necessitado e ao pobre. A palavra “cuidado” também passou a abarcar o afeto, a preocupação, a solidariedade e a responsabilidade para com os necessitados.

Nos primeiros séculos, os serviços de enfermagem eram realizados por voluntários que tinham pouco ou nenhum treinamento, a maioria homens e mulheres de várias ordens religiosas. Durante as cruzadas, algumas ordens militares de cavaleiros reais também realizavam a prática da enfermagem.

Até o final do século XVIII, a enfermagem era considerada uma ocupação para mulheres pobres da plebe. Indubitavelmente, isso ocorria devido ao fato de que os chamados “hospitais” daquela época não tinham a mínima condição de higiene, facilitando a propagação de infecções. Os pacientes ali internados, na grande maioria das vezes, iam a óbito em decorrência das péssimas condições de higiene e falta de cuidados. Os hospitais não eram vistos como locais de cura, mas como morredouros para onde eram levados os desassistidos (FOUCAULT, 1990).

A história inicial da enfermagem profissional teve início na Inglaterra, na primeira metade do século XIX. Entre os antecedentes imediatos mais importantes da profissionalização da enfermagem inclui-se a guerra da Criméia (1854-1856), pelo trabalho realizado em prol dos soldados feridos por Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras. Nightingale enfocou principalmente o cuidado aos pacientes cirúrgicos e preocupou-se com a prevenção de infecções, inclusive legando a responsabilidade de prevenção à enfermagem (LUNARDI, 2004).

Florence Nightingale ligou-se em definitivo à história da enfermagem moderna por ter sido a principal responsável pela fundação de uma escola destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem redimensionada aos novos tempos. A Escola Nightingale nasceu dentro do Hospital Saint Thomas, em Londres, tendo se transformado, mais tarde, em um modelo para instituições similares fundadas posteriormente dentro e fora da Inglaterra. As metas da escola de Florence Nightingale eram o preparo tanto de pessoal para exercer atividades usuais da enfermagem hospitalar e domiciliar como o de pessoas mais qualificadas para as atividades de supervisão, administração e ensino (LUNARDI, 2004).

No Brasil, à semelhança de outros países, a enfermagem estava inicialmente nas mãos das irmãs de caridade e dos leigos, os quais, na maioria das vezes, eram recrutados entre ex-pacientes e serventes dos hospitais, quase exclusivamente à mercê de seu empirismo, sendo formados nos embates das exigências concretas das rotinas das Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo Brasil. A participação dos leigos nos serviços de enfermagem tinha razão de ser diante da escassez de mão-de-obra graduada e da necessidade de implantação de programas de saúde para a população (RIZZOTTO, 1999).

A enfermagem moderna no Brasil, iniciada 63 anos depois de seu surgimento na Inglaterra, desenvolveu-se em um amplo movimento de saúde pública, que estava principalmente voltado para a questão do saneamento de portos e núcleos urbanos. A saúde veio merecer atenção especial e imediata por parte do nosso governo porque eram constantes as advertências dos países que comercializavam com o Brasil, os quais ameaçavam interromper as negociações caso persistissem as epidemias e endemias (RIZZOTTO, 1999).

Carlos Chagas, conhecendo o trabalho sanitário que era desenvolvido pelas enfermeiras nos Estados Unidos, convenceu o governo brasileiro a criar a Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro. De acordo com Rizzotto (1999), essa foi a primeira escola no Brasil a ministrar o ensino sistematizado de enfermagem sob a responsabilidade de enfermeiras, sendo considerada a Escola Oficial Padrão.

De acordo com Nakamae (1992), até o final da década de 1930, o mercado de trabalho da enfermagem estava exclusivamente direcionado para a saúde pública, tendo sido ampliados diversos serviços nacionais ligados às grandes endemias, especialmente aquelas que atingiam a população rural.

As décadas de 1940 e 1950 foram caracterizadas por um processo acelerado de industrialização e urbanização, exigindo expansão do atendimento à saúde, o que levou à inovação dos hospitais e à expansão da rede previdenciária. Nesse período, foram criados também os hospitais universitários.

Essas transformações na sociedade provocaram mudanças no trabalho dos enfermeiros, que começaram a direcionar-se para a administração dos serviços hospitalares, criando um impacto nos serviços de saúde pública, então relegados a segundo plano.

As décadas de 1960 e 1970 marcaram o início da enfermagem como uma ciência que procura desenvolver um corpo de conhecimentos próprio. A consistência desses conhecimentos se manifestou pela utilização progressiva da pesquisa, a qual atuou como fonte geradora de inovação e transformação nesse campo. Esse período constituiu um marco para a pesquisa nessa área no Brasil, coincidindo com o surgimento dos primeiros cursos de mestrado (NAKAMAE, 1992).

Através de publicações é possível identificar nas décadas de 1980 e 1990 fatos que vieram a contribuir para a afirmação da profissão no cenário nacional. Pode-se destacar, entre outros, a aprovação da Lei nº 7.498/1986, que regulamentou o exercício da profissão e de cursos para a formação profissional de auxiliar e técnico em enfermagem (BRASIL, 1986). Ainda houve a criação e a consolidação dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), acelerando a produção do conhecimento na área da enfermagem (COREN, 1986).

Já no século XXI, os profissionais enfermeiros continuaram caminhando a passos largos em busca de reconhecimento e ascensão profissional. O reflexo dessas mudanças está presente em todos os lugares. Inúmeras vagas para enfermeiros foram abertas em todo o Brasil com a implantação do Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, em 1994. No município de Goiânia, o vestibular para o curso de enfermagem da Universidade Católica de Goiás foi o terceiro mais concorrido em 2005 (VESTIBULAR, 2005).

A trajetória da enfermagem goiana teve como uma de suas grandes conquistas a criação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, no ano de 1975. Essa instituição tinha o objetivo de formar enfermeiros generalistas, enfatizando ensino, pesquisa e extensão com postura crítica, reflexiva e comprometida com as necessidades da população. O curso procurava promover também a integração dos profissionais enfermeiros com as equipes multiprofissionais por intermédio de suas várias atividades. Além disso, buscava qualificar o profissional para a ocupação de cargos importantes no contexto sóciopolítico regional e nacional.

As atividades da enfermagem são realizadas, atualmente, por profissionais que se encontram subdivididos em três categorias, segundo seu preparo e grau de

escolaridade: enfermeiros formados em cursos de graduação; técnicos em enfermagem, formados em cursos de habilitação profissional de nível médio; e ainda auxiliares de enfermagem, formados em cursos de qualificação profissional de nível básico (COREN, 1999).

Apesar de serem vários os campos de atuação dos enfermeiros, tais como em indústrias, creches, ambulatórios, postos e centros de saúde, pronto-socorros, pesquisa e ensino, ainda são os hospitais que absorvem o maior contingente desses profissionais. Nesses lugares, eles detêm a responsabilidade de liderar e gerenciar os serviços de enfermagem (BRASIL, 2002).

Esses profissionais se deparam constantemente, no decorrer do desempenho de suas atividades, com inúmeras dificuldades que prejudicam o desenvolvimento de seu trabalho. Essas atividades estão classificadas de acordo com seu grau de complexidade (POTTIER; ESTRYN-BEHAR, 1979). São classificadas como dificuldades primárias aquelas ocasionadas pelas tarefas, pelo ambiente físico e pelo meio socioprofissional e que poderão resultar em dificuldades referentes ao exercício da própria função.

Fatores como a organização do trabalho, a complexidade das técnicas exigidas no desempenho das atividades e os problemas gerados pela profissão são enumerados aqui como causadores de sobrecarga mental, às vezes excessiva, no trabalho dos enfermeiros (POTTIER; ESTRYN-BEHAR, 1979). Essa sobrecarga mental é aqui entendida como o esforço psíquico dispensado para o desenvolvimento do trabalho.

Esses profissionais deparam-se, ainda, com as dificuldades ocasionadas pela diversidade das atividades que realizam e, dependendo da unidade em que atuam, há grande heterogeneidade nessas atividades. Existem também outros fatores que

contribuem para a sobrecarga mental, como os conflitos enfrentados pela hierarquização e os obstáculos que esses profissionais têm de enfrentar continuamente em seu trabalho, como o sofrimento, o desespero, a dor e a morte. Todos esses fatores interferem diretamente no lado emocional do profissional. Como dificuldades secundárias podem ser apontadas aquelas provenientes das condições de transporte e alimentação (POTTIER; ESTRYN-BEHAR, 1979).

A grande evolução dos hospitais e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ocorrida em 1978, cujo objetivo era desenvolver e coordenar as atividades de assistência médica, ou seja, regular e normatizar as internações nos hospitais conveniados de acordo com cada patologia, contribuíram para que eles assumissem a função de indústria hospitalar, dada a necessidade de funcionamento ininterrupto (KAWAMOTO; FORTES, 1995).

A necessidade dos hospitais de funcionar 24 horas por dia, como indústria, visando sempre uma grande margem de lucro, gerou sobrecarga no trabalho dos profissionais que ali desempenham suas atividades. Isso se reflete diretamente em suas vidas, devido às constantes mudanças no horário de trabalho, ao aumento dos riscos aos quais estão expostos, à tensão e ao estresse decorrentes da natureza do trabalho executado (KAWAMOTO; FORTES, 1995).

Todas essas dificuldades têm sido, nos últimos tempos, objeto de estudos e discutidas com o uso da ciência multidisciplinar denominada Ergonomia. Etimologicamente, o termo ergonomia deriva do grego *ergon*, que significa trabalho, e *nomos*, que significa administrar a lei. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1944 citada por DELLA COLETA, 1981), Ergonomia é a aplicação das ciências da engenharia para promover um ótimo ajustamento da pessoa a seu trabalho e assegurar simultaneamente eficiência e bem-estar.

Para Marziale (1990), os estudos ergonômicos têm como objetivo a análise de cada situação de trabalho por meio de técnicas de observação, registro de variáveis fisiológicas do trabalhador, testes mentais e medidas do ambiente físico, caracterizando e classificando as exigências de cada campo de trabalho. Com isso, podem, então, ser feitas aplicações de medidas corretivas e posterior avaliação dos resultados da intervenção efetuada.

Já existem no Brasil algumas instituições de saúde nas quais o atendimento é direcionado ao trabalhador que apresenta algum problema de saúde e procura por tratamento. Esses serviços procuram investigar se há alguma relação entre a patologia e o trabalho executado pela pessoa.

O estudo de Reis et al. (2003) demonstra que afastamentos de curta duração podem fornecer informações a respeito da saúde dos trabalhadores e também podem estar relacionados a fatores ligados à organização do trabalho, como duração, turnos e autonomia da atividade.

2.2 O trabalho e a saúde dos enfermeiros

A Constituição Federal, promulgada em 1988, garante aos cidadãos o direito à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 1988). Apesar de a lei não ser nova, os cidadãos brasileiros ainda não foram totalmente contemplados com esse benefício.

A luta pela saúde de qualidade no País não é novidade, já que há registros desde a década de 1970 sobre os movimentos da reforma sanitária, embora estivéssemos em plena ditadura e os direitos às reivindicações fossem totalmente tolhidos, luta que também ocorria em outras partes do mundo, como pode ser depreendido pela Declaração de Alma Ata (1978), na qual se preconizava “saúde para todos no ano 2000”.

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária foi constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade e dos profissionais da área de saúde e, posteriormente, a ele foram incorporados outros segmentos da sociedade. Iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, era dirigido basicamente à construção de uma política de saúde democrática, considerando a descentralização, a universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (PAIM, 1987).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 1987), considerada um marco histórico, consagrou os princípios preconizados pela reforma sanitária. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços e implementação dos distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o movimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, tem em seu bojo uma parte totalmente dedicada à saúde e representou o resultado de todo um processo desenvolvido ao longo de duas décadas, o qual culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Prevê, ainda, que o acesso

seja universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde. Propõe a regionalização, a hierarquização e a descentralização com direção única em cada esfera de governo, a participação da comunidade e o atendimento integral, com prioridade para todas as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais.

Dentre as muitas dificuldades para a implementação do SUS estão: a manutenção das forças conservadoras nas instâncias do poder, o financiamento, a cultura de clientelismo, a mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, os crescentes custos do processo de atenção, as formas de gerenciamento do sistema de saúde, o corporativismo dos profissionais de saúde, além de muitos outros (USP; BANCO ITAU, 1998).

Em geral, a saúde do trabalhador é precária pela escassez de condições dignas de vida e de trabalho. Vários fatores contribuem para acentuar essa precariedade, como o êxodo rural e o inchamento das grandes cidades, que obrigam as pessoas a viver na periferia das cidades sem a mínima infra-estrutura, carecendo de saneamento básico, coleta adequada de lixo, transporte, educação e lazer.

Essa precariedade também pode ser detectada por intermédio das elevadas taxas de incidência de acidentes de trabalho e de doenças decorrentes das atividades profissionais desenvolvidas, mesmo que as notificações encontradas não coincidam com a realidade.

No Estado de Goiás, segundo os registros do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2005), até dezembro de 2004 foram cadastrados 2.349 enfermeiros, 10.785 técnicos em enfermagem e 7.359 auxiliares de enfermagem. É importante ressaltar que quase 100% desses profissionais já foram vítimas, em

algum momento de sua carreira, de acidentes com instrumentos perfurocortantes ou qualquer outro tipo de acidente de trabalho.

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2001) estimam que ocorram mais de 380.000 acidentes por ano com material perfurocortante nos hospitais dos Estados Unidos; dentre esses, 61% são causados por dispositivo com agulha oca. Além disso, grande número de acidentes ocorre também em instituições de saúde não-hospitalares, nas quais o controle é de realização praticamente impossível. São evidentes as falhas das notificações de acidentes profissionais pelas instituições que prestam assistência à saúde, tais como hospitais, clínicas, consultórios, entre outras (DOEBBELING et al., 2003).

No Brasil, estima-se que a ocorrência de subnotificação seja ainda maior, pois existem poucas unidades estruturadas para atendimento e notificação de acidentes profissionais com material biológico. O País ainda deixa a desejar no que se refere a um programa de educação em serviço com o objetivo de sensibilizar os profissionais da saúde quanto à importância de notificação, acompanhamento dos casos e riscos a que estão expostos após o acidente (LOPES et al., 2004).

No Estado de Goiás, a realidade não é diferente. Os acidentes com material biológico são notificados e acompanhados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) ou Serviço de Controle e Medicina do Trabalho (SESMT). Os locais que não dispõem desses serviços encaminham os profissionais para outros que ofereçam esse atendimento ou, então, eles ficam sem assistência (LOPES et al., 2004).

Segundo Martins (2003), as situações indutoras de estresse no trabalho dos profissionais de saúde, embora sejam reconhecidas por muitos, têm sido pouco descritas nos estudos de investigação realizados. Sabe-se, porém, que os serviços

de saúde, os hospitais em particular, constituem organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos usuários. Dotados de sistema técnico organizacional muito próprio, proporcionam aos seus trabalhadores, sejam eles técnicos de saúde ou não, condições de trabalho precárias, sendo, na maior parte das vezes, piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes setores de atividades.

Por outro lado, o profissional enfermeiro enfrenta atualmente no Brasil algumas dificuldades decorrentes da expansão que a profissão experimentou nos últimos anos. Houve aumento da oferta de trabalho, mas, em contrapartida, aumentou também a falta de estabilidade decorrente da não exigência do vínculo empregatício, prevalecendo, na maioria das vezes, apenas um contrato de prestação de serviço. Assim, a mesma lei que aumentou o número de postos de trabalho não garantiu o vínculo empregatício desses profissionais.

Outra dificuldade encontrada é a luta que a categoria vem enfrentando para tentar garantir os direitos conquistados em lei e que estão sendo contestados por meio do ato médico. O Projeto de Lei nº 025/2002, que discute o ato médico, embora já tenha sofrido algumas modificações, ainda condiciona os serviços de saúde à autorização médica e estabelece uma hierarquia entre o médico e os demais profissionais da saúde, o que vem causando polêmica nesta área (CONTRA os abusos do ato médico, 2005).

Todos esses fatores podem ser utilizados para explicar o aumento de estresse causado por exaustão emocional e baixa auto-estima. O cansaço é ainda maior quando o trabalho envolve cuidar de alguém cujo sucesso do tratamento depende do relacionamento humano. Os enfermeiros geralmente têm mais chances de sofrer de estresse e cansaço. Por isso, problemas como esses não só diminuem

a qualidade de seu trabalho, mas também afetam a sua vida pessoal. O cansaço também pode ser influenciado por idade, experiência profissional, casamento, filhos, nível educacional, salário, horas de trabalho, falta de material adequado para trabalhar e problemas de saúde (PIKO, 2006).

Para Flores-Lozano (1980), o estresse é usado para denotar um estado motivacional do organismo associado à necessidade de descanso (fadiga fisiológica), ou ainda qualquer diminuição de resposta à continuação de um exercício prolongado ou repetitivo.

Mayo (1959, p. 62) classifica a fadiga em fisiológica, mental, muscular e industrial, entendendo como esta última aquela que ocorre quando há capacidade de trabalho reduzida para a realização do trabalho cotidiano, provocado por “toxinas de cansaço”, afetando diretamente o ritmo da produção, podendo ser de ordem física ou mental.

Lipp et al. (1987) afirmam que o termo estresse foi usado na área da saúde pela primeira vez em 1926 por Hans Selye, o qual observou que muitas pessoas não sofriam de doenças físicas, mas tinham queixas de alguns sintomas como inapetência, hipertensão arterial, desânimo e fadiga.

De acordo com Mayo (1959), as observações de Selye desencadearam diversas pesquisas, as quais culminaram na definição de que estresse é um desgaste geral do organismo causado por alterações psicológicas que ocorrem quando o indivíduo se depara com uma situação que o irrita, amedronta, excita ou confunde, mesmo que ainda o faça sentir-se extremamente feliz. Qualquer situação, boa ou má, que desperte emoções fortes ou que exija mudança, é uma fonte de estresse.

No momento em que se faz referência à definição do que vem a ser estresse, pode-se concluir que é uma reação física, mental ou emocional que pode resultar de respostas individuais para tensões ambientais. A pessoa está sujeita a inúmeros fatores ambientais agressivos que exigem reação e adaptação fisiológica e psicológica do organismo. A essa reação denomina-se estresse e a esses fatores, agentes estressantes (MARZIALLE, 1990).

Nesse contexto, e do ponto vista psicológico, Marziale (1990) compreende as condições que precedem as respostas fisiológicas, ou seja, a percepção e a interpretação pelo indivíduo, como uma ameaça aos seus objetivos, integridade ou bem-estar, assim como seu comportamento e reações emocionais subseqüentes.

Na visão de Dejours (1978), a organização do trabalho exerce sobre a pessoa uma ação específica com impacto no aparelho psíquico. Quando o indivíduo não pode fazer nenhuma modificação em seu trabalho para torná-lo mais adequado às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, ocorre o sofrimento e, então, o estresse se instala em decorrência do bloqueio da relação homem-trabalho. O estado de estresse, com cansaço, fadiga ou outros sinais que podem indicar desequilíbrio na saúde do trabalhador, pode resultar na diminuição de sua capacidade máxima de trabalho.

Dejours (1980), analisando a relação homem-trabalho, relatou que o organismo do indivíduo não chega ao seu posto de trabalho como uma máquina nova. Ele traz consigo toda uma história pessoal caracterizada por aspirações, desejos, emoções, bem como as necessidades psicológicas que integram essa história passada. Cada pessoa, portanto, interage com uma situação de trabalho de forma diferente.

Outra situação que interfere na saúde do trabalhador, causando prejuízos tanto para sua saúde física quanto mental, é a execução do trabalho em turnos, muito utilizado nos dias atuais.

De acordo com Scherrer et al. (1983 citados por RUTENS-FRANZ; KNAUTH; FISCHER, 1989), o trabalho em turnos já existe há muitos anos e, entre os grupos profissionais mais antigos que trabalham nesse sistema, encontram-se os serviços de guarda e de auxílio, tais como os de médicos e enfermeiros. Na atualidade, porém, os turnos são utilizados como forma de organização do trabalho, especialmente por motivos tecnológicos, devido à necessidade da não interrupção da produção, ou por motivos econômicos, ou ainda para proporcionar atendimento à população.

Considerando-se que algumas pessoas não conseguem adaptar-se a essas constantes mudanças, o trabalho em turnos deve ser avaliado não somente em termos de produção, mas também em termos de efeitos de longo alcance sobre a saúde e o bem-estar do trabalhador (SCHERRER et al., 1983 citados por RUTENS-FRANZ; KNAUTH; FISCHER, 1989).

Nesse sistema de trabalho, o que mais interfere na saúde e no bem-estar da pessoa é o turno alternante, o chamado rodízio, no qual o trabalhador modifica seus horários de trabalho segundo uma escala, com variações que podem ocorrer diária, semanal, quinzenal ou mensalmente (SCHERRER et al., 1983 citados por RUTENS-FRANZ; KNAUTH; FISCHER, 1989).

Os trabalhadores que estão sujeitos a essas mudanças permanentes de turnos também sofrem mudanças em seus próprios horários de alimentação, de participação na vida familiar e compromissos sociais, no repouso e no lazer. Essas mudanças constantes, além de não permitirem a integração total com o grupo de

trabalho, ainda causam sofrimentos e podem provocar alterações no organismo, prejudiciais à saúde da pessoa (SCHERRER et al., 1983 citados por RUTENS-FRANZ; KNAUTH; FISCHER, 1989).

Para Baba, Galperin e Lituchy (1999), o ônus do estresse é incalculável, tanto em termos humanos quanto econômicos. Os custos podem ser aparentes, como doenças, absenteísmo, acidentes, suicídios e mortes, ou ocorrer de forma menos direta, como relacionamentos interpessoais interrompidos, erros de julgamento, tanto na vida profissional quanto na vida privada, produtividade diminuída, demissões, falta de criatividade, desempenho fraco, baixo comparecimento ao trabalho e, por último, mas nem por isso menos importante, redução da qualidade da saúde e do bem-estar da pessoa.

A saúde mental ocupacional vem crescendo em importância nos últimos anos, com apresentação de evidências em grandes conferências; o assunto é focalizado ainda em jornais e *workshops*, nos quais são discutidos seus vários aspectos, em programas de grande audiência, hospitais, escolas e reportagens populares, imprensa, focalizando relatórios sobre estresse, depressão econômica e social, pois esses problemas têm gerado altos custos para a sociedade (BABA; GALPERIN; LITUCHY, 1999).

No Canadá, estima-se um alto custo para a saúde mental ocupacional. O custo da produção aumentou em torno de 1,5 bilhão de dólares, pois nos últimos anos tem aumentado o número de enfermeiras que apresentam estresse por diferentes motivos, o que pode afetar a saúde física e mental dessas profissionais, refletindo em queda de produção e causando prejuízos às empresas, uma vez que isso eleva muito a taxa de afastamento para tratamento, o absenteísmo e até o abandono de emprego (BABA; GALPERIN; LITUCHY, 1999). Há casos recentes em

que tribunais concederam indenização a familiares de enfermeiros com doenças mentais que cometeram suicídio, aparentemente desencadeado por estresse no trabalho (McMILLAN, 1998). Novas evidências sugerem que o estresse é a maior causa de afastamento do trabalho para essa categoria profissional.

Nos últimos anos tem aumentado a preocupação acerca da problemática do estresse dos trabalhadores da área de enfermagem (OWEN, 1995), pelo fato de desencadear efeitos individuais nesses profissionais, afetando sua saúde física e psicológica e resultando em altos custos para as organizações empregadoras (BRYAN, 1996).

De acordo com Flores-Lozano (1980), fisiologicamente, a fadiga que dá origem ao estresse é controlada pelo sistema nervoso central, no qual a formação reticular exerce papel misto, pois é responsável pela harmonia e pela variedade do funcionamento cerebral, podendo detê-lo por inibição seletiva a fim de impedir a intoxicação do córtex cerebral. Os estímulos recebidos pelo córtex cerebral, provenientes da substância reticular ascendente, são necessários para a manutenção da atividade cortical e, enquanto estão ocorrendo, mantêm o indivíduo em estado de vigília. No entanto, com o decorrer do dia, os neurônios da substância reticular ascendente sofrem fadiga, diminuindo aos poucos a estimulação para as áreas corticais.

Na visão de Flores-Lozano (1980), quando ocorre um incessante funcionamento cerebral, algumas substâncias tóxicas, como o ácido láctico, são acumuladas, o que normalmente provoca um sono incontrolável, de modo a permitir o descanso do cérebro e a desintoxicação espontânea. Portanto, a função do sono é repousar o cérebro, bem como todo o organismo. Quando não ocorre esse relaxamento, se instala o estresse.

Ainda segundo Flores-Lozano (1980), qualquer que seja a causa do estresse, a pessoa apresenta desequilíbrio do sistema nervoso, situado essencialmente nos centros reguladores da base do encéfalo, principalmente no hipotálamo, tendo como resultado toda uma desordem neurofisiológica cerebral, que perturba o pensamento, a tomada de consciência e o autodomínio.

Já as transformações bioquímicas provocadas pelo estresse mental no organismo do ser humano, segundo Cordas et al. (1980 citados por MARZIALLE, 1990), resultam no aumento da serotonina cerebral, cuja função é a redução do potencial da membrana da célula nervosa e do processo de oxidorredução, ocasionando, conseqüentemente, diminuição das atividades mentais.

De acordo com Flores-Lozano (1980), outras transformações são os aumentos de: ácido úrico; mucoproteínas urinárias; proteína total; aminoácidos, como alanina, tirosina, metionina, leucina e isoleucina; níveis sangüíneos de uréia e lactato; metabolismo de glicose em nível muscular, que ocorre pelo aumento da utilização da glicose periférica em decorrência da diminuição da insulina circulante devido à oxidação muscular. Também a glicogênese aumenta e, juntamente com a neoglicogênese, há uma tentativa de manter a homeostase, tendo como resultado final um ligeiro aumento da glicemia.

Fatores externos ao trabalho também podem contribuir para influenciar e trazer implicações para a saúde do profissional. Como a maioria da classe trabalhadora da enfermagem pertence ao sexo feminino, essa jornada se torna, na maioria das vezes, dupla e até mesmo tripla, diminuindo o tempo dedicado ao repouso, o que concorre para o aumento do nível de estresse por falta do número adequado de horas de sono (ALIMOGLU; DONMEZ, 2005).

Outro fator importante que Alimoglu e Donmez (2005) verificaram é que o sol diminui a sensação do cansaço conhecido como um tipo de depressão causado pelo trabalho. Em estudo realizado no hospital da Universidade Akdeniz, em Antalya (Turquia) com 141 enfermeiras, os autores constataram que o nível de estresse no trabalho foi mais alto no grupo que ficava exposto ao sol menos de três horas por dia e o nível de satisfação foi mais alto no grupo que ficava exposto ao sol por mais de três horas ao dia.

Estudos realizados em dois hospitais da Inglaterra, com profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes em fase terminal, determinaram ser esta uma atividade estressante (McGRATH; REID; BOORE, 2003). Esses estudos nortearam o desenvolvimento de programas para o acompanhamento e o tratamento de profissionais da enfermagem que lidam com esses pacientes (HOPKINSON; HALLETT; LUKER, 2005).

O cuidado e a forma de se relacionar com cada paciente no seu dia-a-dia é uma forma pessoal que cada enfermeiro possui advinda de suas experiências vividas no trabalho. A forma com que esses profissionais lidam com essas situações, mantendo seu bem-estar, precisa ser melhor estudada, pois ainda não está claro o mecanismo que eles utilizam para lidar com a morte no dia-a-dia em seu trabalho (HOPKINSON; HALLETT; LUKER, 2005).

Hopkinson, Hallett e Luker (2005) afirmam que, em duas décadas de literatura pesquisada por eles, o cuidado tem sido conceituado como responsável pelo estresse dos trabalhadores da área de enfermagem, dependendo da personalidade do profissional. Por isso, os autores estabeleceram algumas teorias sobre as formas de lidar com o estresse profissional, decorrente do cuidado com pacientes terminais, descritas a seguir:

a) Teoria transacional – preconiza que o indivíduo age dependendo do ambiente e, em razão disso, se um muda o outro muda também;

b) Teoria cognitivo-motivacional – sugere que o estado psicológico do indivíduo influencia sua forma de lidar com as diferentes situações vivenciadas em seu dia-a-dia. A forma com que cada um lida com o problema varia de pessoa para pessoa.

Os profissionais enfermeiros participantes do estudo de Hopkinson, Hallett e Luker (2005) sugeriram que, se houvesse melhor preparo durante seus estudos sobre como lidar com a morte, com os pacientes terminais e seus familiares, haveria também a diminuição do seu estresse e, conseqüentemente, melhorias na condição de sua saúde.

Os vários estudos consultados para a execução da presente pesquisa mostram que a equipe de enfermagem vivencia diariamente situação de estresse. As pesquisas identificam, principalmente, as maiores fontes geradoras de estresse na atuação do enfermeiro nas diferentes áreas de uma instituição hospitalar em relação às precárias condições de trabalho, falta de perspectiva de melhoria salarial, falta de autonomia no desempenho de suas atividades, dentre tantas outras. Tomados em conjunto, esses estudos possibilitam afirmar que existe um consenso de que a enfermagem é uma profissão estressante.

Observaram-se altos índices de estresse em centro cirúrgico, tanto em instituições governamentais como em instituições privadas. O trabalho noturno também constitui um importante fator de estresse para os profissionais de enfermagem, resultante da interação de fatores ligados ao sono, à cronobiologia, à Psicologia e às relações sociais.

De acordo com Gatti et al. (2004), os inventários de ansiedade e estresse, feitos com profissionais enfermeiros que desempenhavam suas atividades em unidades de terapia intensiva, não demonstraram níveis relevantes desses problemas, mas no inventário geral de saúde, os pesquisadores encontraram apenas 35% de indivíduos sadios na população analisada, com a maioria dos profissionais apresentando sintomas somáticos característicos da vivência prolongada do estresse.

Ainda segundo Gatti et al. (2004), a partir de 1999, a atividade gerencial do enfermeiro começou a aparecer como precursora de problemas de saúde. O gerenciamento de pessoal foi a fonte de estresse que apresentou maior número de correlações significativas com os sintomas de estresse, destacando-se, principalmente, as doenças imunológicas, músculo-articulares, cardiovasculares e gastrintestinais.

Para Kipping (1999), o impacto individual do estresse entre enfermeiros e organizações acaba, inevitavelmente, promovendo também impacto no cuidado com os pacientes.

Em decorrência desses fatos, vem ocorrendo um aumento crescente de pesquisas sobre o estresse na enfermagem, focalizando primariamente a saúde geral e mental dos enfermeiros, encontrando, ao mesmo tempo, similaridades nas experiências entre saúde mental e geral dos profissionais expostos a diferentes tipos de estresse.

Esse estresse traz prejuízos à saúde, tanto física quanto mental, dos enfermeiros, resultando em afastamentos por licença médica e causando grandes transtornos ao profissional, à empresa e ao país, pois esse funcionário doente não

produz, gera custos ao poder público e deixa de consumir e, se ele não consome, também não gera arrecadação de impostos.

A enfermagem possui, por natureza, elevado grau de estresse, posto que a cada dia o enfermeiro confronta-se com sofrimentos severos, aflições e mortes de pessoas adultas e de crianças (HINGLEY, 1984). Os enfermeiros trabalham em vários locais diferentes e não encontram necessariamente as mesmas condições descritas todos os dias, porém as causas do estresse são observadas em todas as especialidades da enfermagem.

Na opinião dos enfermeiros, suas atividades são sempre cheias de pressão mental, o que culmina em ansiedade e cansaço mental. Além disso, outros fatores, como a incerteza, a comunicação bloqueada, a hierarquização e as mudanças constantes de equipe acabam por interferir na relação entre enfermeiros e pacientes (McGRATH; REID; BOORE, 2003).

As situações descritas demonstram que o estresse pode ser uma resposta generalizada da saúde mental em um período de tempo, apresentando efeitos que podem ser agudos ou crônicos, o que causa uma série de transtornos à saúde do trabalhador. A presença do estresse revela uma alteração reversível da coordenação das funções biológicas, físicas e psíquicas, pois, se retiradas as causas que o provocam, o organismo volta à situação normal. Ao contrário, no caso de persistirem ou se agravarem, podem levar a uma situação patológica.

É de consenso, o fato de que os enfermeiros trabalham em um ambiente de grande estresse. Um grande número de pesquisas tem se direcionado para focalizar a fonte desse estresse. Os enfermeiros com especialização em psiquiatria, e que desenvolvem suas atividades nessa área, têm sido identificados como a maioria dos que provavelmente experimentam as conseqüências negativas do estresse

ocupacional, assim como doenças físicas e psicológicas (TYLER; CARROLL; CUNNINGHAM, 1991).

O estresse patológico é a consequência direta desse desequilíbrio, indicando quando a pessoa ultrapassou o seu limite de resistência à tensão e entrou em um processo que pode ser chamado de colapso (SILVA, 2005). Para Silva (2005), as pessoas que vivem sob tensão constante, e não encontram maneira de relaxar, estão sujeitas a danos físicos. Se o estresse for prolongado, pode provocar hiperatividade hormonal, tensão muscular, desordem digestiva, atividade exagerada do coração e de toda a circulação sanguínea.

Pesquisas têm sugerido que episódios de depressão podem ter fatores associados a desempenhos de atividades profissionais (BABA; GALPERIN; LITUCHY, 1999). Estudos empíricos mostram que o estresse está relacionado com a síndrome de *burnout* e que esta está ligada à depressão, a qual pode precipitar outras formas de patologias (MOTOWIDLO; PACKARD; MANNING, 1986).

Em estudos realizados no Caribe foi encontrada correlação de similaridades fortes entre variáveis de saúde mental, estresse, síndrome de *burnout* e depressão entre profissionais de enfermagem (BABA; GALPERIN; LITUCHY, 1999).

É fato que a carga de trabalho, aliada a pressões de toda natureza, vai sempre interferir na qualidade de vida e na saúde do profissional, tornando-o menos produtivo e com pouca motivação, o que interferirá diretamente em sua criatividade.

Estudos realizados em países europeus mostram que o tabagismo pode começar bastante cedo e muitos fatores interferem para criar esse hábito. McKenna et al. (2003) concluíram que a manutenção do fumo torna-se importante para diminuir o estresse e a ansiedade. Os resultados desses pesquisadores mostraram

que os enfermeiros em geral começam a fumar em função de haver colegas fumantes e que cada pessoa tem razões diferentes para iniciar esse vício.

Um dos fatores contribuintes para o estresse ocupacional na enfermagem, segundo McGrath, Reid, Boore (2003), é a insatisfação pela não participação nas decisões referentes às questões de trabalho, levando a maioria a se sentir impotente diante das situações e gerando total falta de autonomia.

Em um estudo comparativo realizado com profissionais da área da saúde nos Estados Unidos, Israel, Itália e México concluiu-se que o bom relacionamento entre enfermeiros e psicólogos em qualquer cultura beneficia pacientes e contribui para maior satisfação e comunicação entre os profissionais, bem como trocas de experiências entre eles (HOJAT et al., 2003).

De acordo com Munro, Rodwell, Harding (1998), os enfermeiros que desempenham suas atividades em clínicas psiquiátricas procuram não se envolver emocionalmente com seus pacientes, o que, no exercício de suas funções, diminui o seu estresse em relação ao trabalho. Isso é possível graças a outros profissionais que ajudam no suporte do tratamento desses pacientes, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, diminuindo a carga de responsabilidade que, de outra forma, recairia totalmente sobre os profissionais enfermeiros.

Em razão do trabalho em unidades de tratamento psiquiátrico ser bastante estressante, os profissionais que ali atuam necessitam de suporte psicológico para manter o equilíbrio de sua saúde. É de suma importância que participem de atividades que tenham a finalidade de promover o relaxamento e diminuir a tensão provocada pelo dia-a-dia no trabalho.

Há diferentes formas de lidar com os problemas emocionais causados pelo estresse. Infelizmente, muitas pessoas não utilizam os meios mais eficazes e procuram saídas ilusórias e temporárias para escapar desse problema, servindo-se do álcool e das drogas. Essas substâncias podem melhorar momentaneamente a tensão das pessoas, mas fatalmente acabarão agravando seus problemas. Algumas pesquisas, realizadas por estudiosos do tema sobre estresse, verificaram que as mulheres em geral são mais cuidadosas em relação a correr riscos do que os homens, porém ao ingerir bebidas alcoólicas tornam-se mais suscetíveis a causar acidentes automobilísticos (CALLAGHAN, 1995).

Ao analisar o contexto social em que o trabalho dos enfermeiros vem sendo desenvolvido, muitos desses trabalhadores têm tentado se organizar para reivindicar melhorias nas próprias condições do exercício de sua profissão. Para tanto, há um projeto de lei tramitando na Câmara Federal reivindicando carga horária de 24 horas semanais para os trabalhadores em enfermagem no País.

Nessas discussões, um pequeno grupo de profissionais conseguiu explicitar seus interesses, buscando conquistar, através de sensibilização da classe patronal, seja ela pública ou privada, melhoria nas condições de trabalho oferecidas por essas instituições. Muitos dos profissionais, além de questionar uma práxis, tentam conscientizar os trabalhadores de que é preciso lutar por melhor qualidade de vida e ambiente profissional.

Está evidente, por meio das citações bibliográficas referenciadas anteriormente, que o sofrimento psíquico pode resultar em outras patologias. E aí, quem vai cuidar dos cuidadores?

Ao olhar as diferentes nuances em relação às condições de trabalho dos profissionais enfermeiros, este estudo tentou identificar como esse grupo de

profissionais responde às tensões vividas no desempenho de suas funções e como elas interferem em seu bem-estar físico e psicológico. Com os objetivos de estudar o perfil de saúde dos enfermeiros do município de Goiânia e identificar em que condições eles desempenham suas atividades é que se esboça, no próximo capítulo, o método utilizado nesta pesquisa.

3 METODOLOGIA

Os capítulos anteriores permearam vários aspectos fundamentais que serviram como base para a execução da presente pesquisa. As condições de saúde dos profissionais em enfermagem aqui relatadas, a partir dos resultados dos trabalhos discutidos anteriormente e realizados em vários países do mundo, indicaram uma série de mudanças na saúde e no bem-estar do trabalhador enfermeiro, apresentando como se estabelecem essas relações de trabalho.

Este trabalho de pesquisa, do tipo transversal, exploratório e descritivo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (parecer n. 1563.000-06).

3.1 Participantes

Primeiramente, foi feito um contato prévio com um hospital do setor público e dois do setor privado com a intenção de obter permissão para a condução deste estudo, após o que, foi obtida a permissão do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia para a execução do estudo na unidade de saúde pública.

O convite para a participação nesta pesquisa foi feito de forma individual, tendo sido os participantes abordados em seu próprio local de trabalho. Para isso, foi feito o esclarecimento aos profissionais de enfermagem de como seria o procedimento e a forma de utilização dos resultados da pesquisa, garantindo-lhes total sigilo sobre as informações prestadas. As pessoas contatadas tiveram inteira liberdade de aceitar ou não a participação neste estudo. Os critérios de inclusão na

amostra deste estudo foram ser graduado em enfermagem e aceitar a participação na pesquisa. A seguir, cada profissional que concordou em participar da pesquisa recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Deste modo, a amostra deste estudo, do tipo intencional, foi composta por 321 profissionais da área de enfermagem que atuam em Goiânia-GO, 161 dos quais trabalham no setor público e 160 no setor privado.

3.2 Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário dividido em quatro partes (Apêndice B). Inicialmente, foram feitas perguntas aos participantes sobre suas características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, tipo de instituição em que trabalha, escolaridade, curso, cargo/função ocupado, tempo em que está na função, salário, carga horária cumprida na função e quais as atividades lá desenvolvidas). Em seguida, lhes foi perguntado sobre a percepção do grau de eficiência de sua participação na execução das atividades, seu grau de satisfação no desempenho delas, se trabalhavam em outro local e, em caso positivo, qual o tipo de instituição, cargo/função, salário e carga horária. Também foi perguntado se o sujeito já havia trabalhado em outro serviço de saúde e, em caso positivo, por quanto tempo. A última parte do questionário foi formada pela escala de bem-estar físico e psicológico, em formato Likert, com 31 itens, variando de 1 (percebo freqüentemente essa situação) a 7 (não percebo nem um pouco essa situação). Essa escala foi desenvolvida por Fazio (1977), validada por Paula e Torres (2001) e utilizada por Rabelo e Torres (2005), tendo obtido índices de validade considerados excelentes.

Finalmente, havia quatro perguntas abertas: se o sujeito tirou alguma licença para tratamento de saúde nos últimos 5 anos e, em caso afirmativo, quantas, quando foi a última e qual o motivo alegado para a obtenção dela.

Foi agendada uma data para a devolução dos questionários devidamente preenchidos, tendo sido esclarecido aos participantes sobre a possibilidade de deixar de preencher o instrumento se assim o desejassem, e que não haveria qualquer tipo de questionamento diante de tal decisão.

3.3 Procedimento

O instrumento foi respondido individualmente, num tempo médio de 20 minutos, no horário de trabalho dos participantes, entre os meses de agosto e setembro de 2006.

3.4 Análises estatísticas

Para a análise dos dados foram utilizados três tipos de cálculos estatísticos: porcentagem, análise fatorial e teste t. As porcentagens visaram descrever as características da amostra. A análise fatorial investigou a estrutura subjacente a um conjunto de variáveis. Isso é feito por meio das correlações entre elas e visa diminuir o número de variáveis investigadas (MAROCO, 2003). O teste t foi utilizado para testar se as médias dos dois grupos avaliados são significativamente diferentes (MAROCO, 2003).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados sociodemográficos dos participantes

A grande maioria (80,4%) dos participantes pertence ao sexo feminino, com idade média de 39,6 (DP = 10,3 anos). Dentre os participantes, 45,5% declararam que eram casados, 38% solteiros, 10,9% divorciados, 5,3% viúvos e 0,3% não forneceram esta informação. Quanto à formação escolar, todos os participantes tinham nível superior, sendo 72% graduados, 23% possuindo especialização, 4,4% tendo concluído mestrado e 0,6% possuindo doutorado.

Na Tabela 1, pode-se observar que a maioria dos participantes (26,5%) trabalha em hospital especializado. Essas instituições ofertam tratamento especializado mais complexo, ao mesmo tempo em que o cuidado de enfermagem executado pelos profissionais e dispensados a esses pacientes também é mais complexo, o que exige mais conhecimentos, competências e habilidades. Nesse ambiente, supõe-se a existência de condições de trabalho físicas, químicas ou biológicas que possam causar danos à saúde física e mental dos trabalhadores enfermeiros, como descrito por Silva (1988). Verifica-se, também, que a distribuição quanto ao tipo de instituição em que trabalham os profissionais de enfermagem avaliados apresentou grande variabilidade, o que pode ser atribuído ao fato desse serviço apresentar várias possibilidades de colocação no mercado de trabalho.

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de instituição em que trabalham.

INSTITUIÇÃO	DISTRIBUIÇÃO (%)
Hospital especializado	26,5
Hospital geral	23,0
Centro de saúde	10,9
Posto de saúde	10,6
Pronto socorro	6,9
Outro local	6,2
Ambulatório	5,0
Hospital psiquiátrico	5,0
NAPS	3,4
Hospital dia	2,5
Total	100

Percebe-se na Tabela 2 que a função que apresentou a maior ocorrência nesta amostra foi a de supervisão de enfermagem (40,0%), o que vem demonstrar que esses profissionais são os responsáveis principais pelo cuidado direto do paciente, devendo supervisionar o trabalho dos outros profissionais da categoria de enfermagem, bem como o de seus colegas de profissão que estão ocupando cargos de enfermeiro assistencial, da maneira que ocorre em grandes instituições hospitalares, tais como o Hospital Sarah Kubitschek em Brasília-DF, o UNICOR em São Paulo, dentre outros do País.

Tabela 2. Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de cargo/função em que atuam.

CARGO/FUNÇÃO	DISTRIBUIÇÃO (%)
Enfermeiro supervisor	40,0
Enfermeiro assistencial	19,7
Enfermeiro docente	15,3
Enfermeiro gerente técnico-administrativo	11,6
Enfermeiro atendente em consultório	10,6
Enfermeiro em vigilância sanitária	1,3
Enfermeiro auditor	0,9
Enfermeiro obstetra	0,3
Enfermeiro coordenador de cursos/programas	0,3
Total	100

Com relação ao tempo em que está na função, nota-se que a maioria dos participantes que responderam a essa questão tem dez anos ou menos de atuação no serviço no qual foram entrevistados (Tabela 3). Isso decorre do fato de ter havido concurso público há menos de cinco anos, o que possibilitou a inserção de vários profissionais recém-saídos da universidade na rede pública de saúde.

Percebe-se na Tabela 4 que a grande maioria dos participantes (54,1%) perfaz um total de 30 horas semanais de trabalho.

Quando perguntado aos participantes se trabalhavam em outro local, 53,55% responderam que sim, ou seja, um pouco mais da metade deles possui mais de um vínculo empregatício. Isso pode implicar que, ao acumular funções, esses profissionais também acumulem responsabilidades, o que poderá resultar em maior desgaste físico e mental.

Tabela 3. Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício da função.

TEMPO NA FUNÇÃO (meses)	DISTRIBUIÇÃO (%)
Até 6	0,6
De 7 a 12	15,2
De 13 a 36	42,5
De 37 a 240	38,1
Acima de 240	3,6
Total	100

Tabela 4. Distribuição dos participantes de acordo com a carga horária semanal de trabalho.

CARGA HORÁRIA SEMANAL (h)	DISTRIBUIÇÃO (%)
30	54,1
40	24,0
24	6,0
36	6,0
20	3,0
12	0,3
7	0,3
44	0,2
15	0,1
Total	100

Após a análise do tipo de instituição em que os participantes trabalham como seu segundo vínculo empregatício, pôde-se constatar que mais da metade (50,5%) trabalha em ambulatório (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de instituição em que atuam como segundo vínculo empregatício.

SEGUNDO EMPREGO	DISTRIBUIÇÃO (%)
Ambulatório	50,5
NAPS	45,9
Hospital especializado	1,8
Hospital geral	0,6
Pronto socorro	0,6
Outro local	0,6
Total	100

De acordo com a análise sobre o tipo de cargo/função em que atuam como segundo vínculo empregatício, verifica-se que 29,1% dos sujeitos participantes afirmaram ocupar cargo de enfermeiro supervisor (Tabela 6). Quando comparados esses dados com as respostas fornecidas pelos participantes à pergunta sobre cargo/função no primeiro vínculo empregatício (Tabela 2), observa-se que os enfermeiros acumulam funções e responsabilidades, gerando uma sobrecarga de trabalho, o que pode propiciar maior desgaste físico e mental, com interferência na saúde do profissional.

Com relação à carga horária semanal cumprida no segundo vínculo empregatício, pôde-se constatar que a maior parte dos pesquisados (49,4%) declarou trabalhar 30 horas (Tabela 7). Lembrando aqui que 54,1% dos participantes declararam que já trabalham 30 horas no primeiro vínculo empregatício (Tabela 4), somando-se isso às 30 horas cumpridas no segundo vínculo, havia profissionais totalizando 60 horas semanais de jornada de trabalho, o que faz supor que possuam carga de trabalho muito grande, podendo contribuir para a ocorrência de estresse.

Tabela 6. Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de cargo/função em que atuam como segundo vínculo empregatício.

CARGO/FUNÇÃO NO SEGUNDO EMPREGO	DISTRIBUIÇÃO (%)
Enfermeiro supervisor	29,1
Enfermeiro docente	28,5
Enfermeiro assistencial	22,8
Enfermeiro coordenador de cursos/programas	7,0
Enfermeiro auditor	4,8
Enfermeiro gerente técnico-administrativo	3,6
Enfermeiro atendente em consultório	3,6
Funções de nível médio	0,6
Total	100

Tabela 7. Distribuição da carga horária cumprida no segundo cargo pelos participantes.

CARGA HORÁRIA SEMANAL NO SEGUNDO EMPREGO (h)	DISTRIBUIÇÃO (%)
30	49,4
40	23,1
24	13,1
20	10,0
1	1,9
36	1,9
16	0,6
Total	100

4.2 Nível de bem-estar psicossocial dos participantes

Seguindo os procedimentos adotados por Paula e Torres (2001) e Rabelo e Torres (2005), investigou-se a estrutura fatorial da escala do bem-estar psicossocial dos participantes deste estudo com a realização de uma análise fatorial pelo método dos componentes principais. O coeficiente para o teste de esfericidade de Bartlett foi igual a 5106,767 ($p < 0,001$), o que permite concluir que a matriz de correlação é adequada para o uso da análise fatorial. A adequação da amostra, verificada pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,832$), indicou boa adequação dos dados para esse teste estatístico (MAROCO, 2003).

Os resultados indicam a existência de um único fator, que explica 31,32% da variância dos itens, com cargas fatoriais entre 0,72 e 0,19. Quanto à fidedignidade, o alfa de Cronbach foi de 0,91, índice considerado excelente (MAROCO, 2003). Tomados em conjunto, esses resultados demonstram que todos esses itens podem ser aglutinados para formar uma única variável, denominada “índice de bem-estar”, cuja média foi de 5,58 ($DP = 0,71$). Isso indica que o índice de bem-estar dos participantes deste estudo foi bom, uma vez que está acima do ponto médio da escala. É oportuno lembrar que essa escala variou de 1 a 7, sendo maior o nível de bem-estar psicossocial quanto maior fosse a média.

No que se refere ao grau de eficiência que os participantes atribuíram para seu desempenho profissional, observou-se média bastante baixa (3,68; $DP = 1,84$; com a escala variando de 0 a 10). As justificativas dadas para essa auto-avaliação indicam que 65,2% das respostas dadas falam de justificativas “negativas”, confirmando, assim, a baixa média da percepção de eficiência (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das justificativas dadas pelos participantes para a auto-avaliação do grau de eficiência profissional.

JUSTIFICATIVA	DISTRIBUIÇÃO (%)
Sou qualificado e procuro exercer com eficiência minhas atividades	32,9
Falta de condições de trabalho	25,6
Minhas atividades dependem de outras pessoas	15,0
Não é dedicação exclusiva	10,0
Preocupação com as atribuições de outros servidores	8,4
Cansaço/estresse	3,4
Falta de conhecimento	2,8
Carga horária restrita	1,9
Total	100

Para a comparação dos níveis de eficiência, satisfação e bem-estar psicossocial dos trabalhadores do setor público e privado, foi realizado teste t para amostras independentes. Os resultados indicam que não houve diferença entre as médias dos setores público e privado no que se refere à percepção da eficiência do desempenho das atividades profissionais, pois em ambos os setores o grau de eficiência percebido foi baixo (Tabela 9). Já no que concerne os níveis de satisfação e bem-estar, os resultados apresentaram diferenças significativas estatisticamente, mostrando que os trabalhadores do setor privado estão mais satisfeitos com suas atividades, também apresentando níveis de bem-estar mais elevados em comparação com os do setor público. Esses resultados se tornam ainda mais interessantes quando se leva em conta que os salários recebidos no setor público são significativamente mais altos do que aqueles do setor privado.

Tabela 9. Médias (desvio-padrão) e teste t da comparação dos níveis de eficiência, satisfação e bem-estar psicossocial dos participantes.

VARIÁVEL	SETOR	MÉDIAS (DP)	VALOR DE t	GRAU DE SIGNIFICÂNCIA
Eficiência	Público	3,78 (1,90)	1,04	n.s.
	Privado	3,57 (1,77)		
Satisfação	Público	6,78 (1,68)	-2,93	0,01
	Privado	7,33 (1,66)		
Bem-estar	Público	5,44 (0,88)	-4,77	0,001
	Privado	5,77 (0,40)		

Na questão em que se analisam os salários recebidos pelos funcionários, pode-se notar que os salários dos que trabalham no setor público são significativamente mais altos do que os daqueles que trabalham no setor privado (Tabela 10).

Tabela 10. Médias (desvio-padrão) e teste t da comparação dos valores de salários recebidos pelos participantes no setor público e no setor privado.

VARIÁVEL	SETOR	MÉDIAS/(DP)	VALOR DE t	GRAU DE SIGNIFICÂNCIA
Salário	Público	R\$1.994,07 (R\$604,02)	2,63	0,01
	Privado	R\$ 1.799,87 (R\$604,56)		

Foi perguntado aos participantes se eles tinham tirado alguma licença para tratamento de saúde nos últimos cinco anos, ao que 56,6% deles responderam

positivamente. Dentre os sujeitos que responderam afirmativamente ao quesito, 57,8% haviam tirado a última licença médica nos últimos 12 meses (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos participantes da amostra em relação ao tempo da última licença para tratamento de saúde.

TEMPO DA ÚLTIMA LICENÇA MÉDICA (meses)	DISTRIBUIÇÃO (%)
Últimos 12	57,8
De 13 a 24	22,6
Acima de 25	19,6
Total	100

Na Tabela 12 pode-se observar que, com relação ao motivo alegado para a licença para tratamento de saúde: 14,2% ocorreram por licença-maternidade; 38,8% para realização de cirurgias, tais como colecistectomia, bariática, mastectomia por diagnóstico de neoplasia, síndrome do túnel do carpo, laparotomia exploradora, histerectomia total, cirurgia no tornozelo; 17,25% das licenças para tratamento de saúde tiradas pelos participantes foram para tratamentos clínicos que requeriam repouso, tendo sido necessário o afastamento das atividades laborais. Entre as patologias foram citadas dengue, hepatite, cefaléia a esclarecer, distensão no músculo extensor da perna; 8,2% das licenças foram concedidas para cirurgia de estética; 19,4% por diagnóstico de estresse; 1,55% para acompanhar alguém da família que estava em tratamento; e 0,7% para profissionais enfermeiros com diagnóstico de depressão e fobia social.

Tabela 12. Distribuição das justificativas dadas pelos participantes para a licença para tratamento de saúde.

MOTIVO ALEGADO PARA A LICENÇA	DISTRIBUIÇÃO (%)
Licença-maternidade	14,2
Cirurgias	38,8
Tratamento clínico	17,2
Cirurgia estética	8,2
Estresse	19,4
Acompanhante	1,5
Depressão, fobia social	0,7
Total	100

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi planejado visando-se traçar o perfil da saúde psicossocial do trabalhador enfermeiro de Goiânia. Além disso, pretendeu-se comparar os perfis daqueles que trabalham nas redes de saúde pública e privada.

De acordo com o que já foi discutido anteriormente, este estudo justifica-se pelas diversas sobrecargas a que os enfermeiros são submetidos no exercício profissional, já explicitadas anteriormente. Tomadas em conjunto, essas sobrecargas se relacionam com fatores físicos, como ruídos em excesso, manipulação de medicamentos e fatores de ordem psicológica, tais como o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva. No entanto, é importante ressaltar que esses fatores são inerentes ao próprio desempenho da profissão, pois lidar com situações estressantes, que muitas vezes envolvem tomada de decisão rápida, faz parte do cotidiano profissional dos enfermeiros.

Os resultados indicam que, no geral, os participantes têm jornada de trabalho longa. Como mostrado anteriormente, 53,55% dos participantes afirmaram ter um segundo vínculo empregatício, o que perfaz um total bem acima das 40 horas semanais permitidas por lei. Além disso, quase a metade dos participantes declarou ser casada e esta amostra foi eminentemente feminina, o que permite inferir que muitas dessas mulheres ainda enfrentam uma terceira jornada de trabalho quando chegam em casa.

Quando perguntados a respeito do quanto se sentem eficientes no desempenho das tarefas profissionais, os resultados mostram que, de uma maneira geral, os participantes apresentaram uma auto-avaliação negativa tanto no setor

público quanto no privado. No entanto, quando são levadas em consideração as justificativas dadas, percebe-se que quase metade dos participantes avaliados refere-se ao fato de que suas tarefas dependem de condições de trabalho precárias ou do desempenho de outros profissionais.

No entanto, acredita-se que sejam de primordial interesse nesta pesquisa os resultados referentes à comparação entre os setores público e privado dos níveis de satisfação profissional e de bem-estar. Resumidamente, nessas duas variáveis, os níveis são mais elevados no setor privado, embora os salários sejam maiores no setor público. Como explicar esses resultados?

Historicamente, as condições de trabalho do setor público sempre envolveram carências profundas, tanto de mão-de-obra como de condições físicas, como por exemplo equipamentos em pequeno número e falta de insumos. Além disso, a própria população atendida em cada um dos setores é diferente. Enquanto na rede pública os clientes são pessoas carentes de tudo, na rede privada a concentração é de pessoas oriundas das classes média e alta, as quais, em momentos de crise, preferem resolver seus problemas de saúde diretamente com o médico responsável e não com a equipe de enfermagem, como acontece freqüentemente na rede pública devido à carência de médicos.

Isso, no entanto, não quer dizer que os profissionais da rede privada não sofram pressões. Sofrem, mas são de outra ordem, tais como cobranças que vão além das atribuições ligadas diretamente à enfermagem, como o controle de pessoal e de material, além da instabilidade no emprego. Por outro lado, as condições de trabalho existentes são superiores às da rede pública.

Outro resultado que chama a atenção é que, apesar das sobrecargas inerentes à profissão, de maneira geral, os níveis de bem-estar dos participantes

deste estudo foram elevados. Para entendê-lo, é preciso ter em mente que a grande maioria deles ocupa cargos nos quais não é preciso lidar diretamente com os pacientes e seus familiares, tais como de supervisão, docência e coordenação de cursos ou programas. Assim, de alguma forma esses profissionais estão desenvolvendo formas de enfrentamento que lhes permitem manter um nível manejável de estresse. Esse dado é corroborado pelo fato de o estresse ter sido um motivo alegado para licenças médicas com baixa ocorrência neste estudo, em torno de 20%.

Concluindo, acredita-se que os objetivos propostos tenham sido alcançados e que a relevância deste trabalho centra-se no fato de, primeiro, ser pioneiro em Goiás e, segundo, apontar que o salário sozinho não é suficiente para gerar bem-estar, haja vista que a remuneração é maior no setor público.

Por outro lado, acredita-se que este trabalho também possibilita pensar em uma agenda de futuros trabalhos em que as estratégias de enfrentamento do estresse profissional sejam investigadas em profundidade. Outro aspecto que também merece ser investigado futuramente refere-se às estratégias que os trabalhadores enfermeiros desenvolvem para administrar dois vínculos empregatícios além da vida familiar. Esse último reveste-se de importância, pois a enfermagem é uma profissão desempenhada majoritariamente por mulheres que, em nosso país, ainda são as maiores responsáveis pela administração doméstica.

Finalmente, é importante dizer que este trabalho, juntamente com a agenda acima, representa o primeiro passo de uma longa jornada objetivando embasar, no futuro, o planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador em geral e do trabalhador em enfermagem em particular.

REFERÊNCIAS

ALIMOGLU, M. K.; DONMEZ, L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n. 5, p. 549-555, Jul. 2005.

BABA, V. V.; GALPERIN, B.L.; LITUCHY, T. R. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. **International Journal of Nursing Studies**, v. 36, n. 2, p. 163-169, 1999.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 15 out. 1988. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 5 jan. 2006.

BRASIL. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 6 de agosto de 1949. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/enfermagemensino.htm>>. Acesso em: 4 abr. 2006.

BRASIL. Lei Ordinária Federal nº 7.498/1986, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 25 jun. 1986. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 4 abr. 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO**. Código Brasileiro de Ocupação. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=3518>>. Acesso em: 5 jan. 2006.

BRYAN, S. Work-related stress: an ethical perspective. **Business Ethics**, v. 5, p. 103-108, 1996.

CALLAGHAN, P. R. M. N. A preliminary survey of nurses' health-related behaviours. **International Journal of Nursing Studies**, v. 32, n. 1, p. 1-15, 1995.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 50, n. RR11, p. 1-42, Jun. 2001. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preiew/mmhtml/rr5011a1.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. 2005. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/_novoportal/>. Acesso em: 19 jul. 2005.

CONTRA os abusos do ato médico. **Enfermagem em Foco**, ano 3, n. 6, p. 1, 2005.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Lei do exercício profissional de enfermagem**. Goiânia, 1986. 46 p.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Lei do exercício profissional de enfermagem**. Goiânia, 1999. 32 p.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. Tradução Ana Isabel Paraguay e Leda Leal Freuer. São Paulo: Cortez-Oboré, 1980. 153 p.

DEJOURS, C. **La charge psychique de travail in equilibre ou fatigue par le travail**. Paris: Societé Française de Psychologie de Travail, 1978. 54 p.

DELLA COLETA, J. A. **Ergonomia**: programa de curso a distância. Uberlândia: Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, 1981. 92 p.

DOEBBELING, B. N.; VAUGHN, T. E.; McCOY, K. D.; BEEKMANN, S. E.; WOOLSON, R. F.; FERGUSON, K. J.; TORNER, J. C. Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: are hospital-based, health care providers still at risk? **Clinical Infectious Diseases**, v. 37, p. 1006–1013, 2003.

DONAHUE, M. P. **História de la enfermeria**. Barcelona: Egedsa, 1993. 63 p.

FAZIO, A. F. **A concurrent validational study of the NCHS' general well-being schedule**. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1977. 54 p. (Vital and Health Statistics, Series 2, Data evaluation and methods research, n. 73, DHEW Publication; HRA- 78 - 1347).

FLORES-LOZANO, J. A. Aspectos psicológicos da fadiga. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 29, n. 8, p. 52-56, 1980.

FOUCAULT. M. **Tecnologias del yo y otros textos afines**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1990. 152 p.

GATTI, M. F. Z.; LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. da; PUGGINA, A. C. G. Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de

enfermagem. **Enfermería Global**, n. 5, Nov. 2004. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/5/05b07p.html>>. Acesso em: 12 fev. 2006.

HINGLEY, P. The humane face of nursing. **Nursing Mirror**, v. 159, n. 21, p. 19-22, 1984.

HOJAT, M.; GONNELLA, J. S.; NASCA, T. J.; FIELDS, S. K.; CICCHETTI, A.; LO SCALZO, A.; TARONI, F.; AMICOSANTE, A. M.; MACINATI, M.; TANGUCCI, M.; LIVA, C.; RICCIARDI, G.; EIDELMAN, S.; ADMI, H.; GEVA, H.; MASHIACH, T.; ALROY, G.; ALCORTA-GONZALEZ, A.; IBARRA, D.; TORRES-RUIZ, A. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, n. 4, p. 427-435, May 2003.

HOPKINSON J. B.; HALLETT, C. E.; LUKER, K. A. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n. 2, p. 125-133, Feb. 2005.

KAWAMOTO, E.; FORTES, J. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995. 132 p.

KIPPING, C. J. Stress in mental health. **Journal of International Nursing Studies**, v. 37, p. 207-218, 1999.

LIPP, M. N.; ROMANO, A. S. F.; COVOLAN, M. A.; NERY, M. J. **Como enfrentar o stress**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1987. 98 p.

LOPES, L. K. de O.; TIPPLE, A. F. V.; DAMANDO, S. N.; MIRANDA, C. S.; GOMES, I. V. Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_3/02_Original.html>. Acesso em: 12 fev. 2006.

LUNARDI, V. L. **História da enfermagem: rupturas e continuidades**. 2. ed. Pelotas: Editora do Autor, 2004. 88 p.

MAROCO, J. **Análise estatística com utilização do SPSS**. 2. ed. Lisboa: Editora Símbolo, 2003. 508 p.

MARTINS, M. da C. de A. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. **Millenium, Revista do ISPV**, n. 28, out. 2003. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium28/18.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2006.

MARZIALLE, M. H. P. **Estudo da fadiga mental de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares com esquema de Tb em turnos alternantes**. 1990. 1990. 132 f. Dissertação (Mestrado Psicobiologia)-Faculdade de Filosofia e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1990.

MAYO, E. **Problemas humanos de una civilización industrial**. Buenos Aires: Galatea-Nueva Visión. 1959. 86 p.

McGRATH, A.; REID, N.; BOORE, J. Occupational stress in nursing. **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, p. 555-565, 2003.

McKENNA, H.; SLATER, P.; McCANCE, T.; BUNTING, B.; SPIERS, A.; McELWEE, G. The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour of nurses. **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, n. 4, p. 359-366, May 2003.

McMILLAN, I. Settlement over suicide due to stress. **Mental Health Practice**, v. 1, n. 7, p. 3, 1998.

MOTOWIDLO, S. J.; PACKARD, J. S.; MANNING, M. R. Occupational stress: its causes and consequences for job performance. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 4, p. 618-629, Nov. 1986.

MUNRO, L.; RODWELL, J.; HARDING, L. Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. **International Journal of Nursing Studies**, v. 35, n. 6, p. 339-345, Dec. 1998.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez, 1992. 120 p.

OWEN, E. Stress reduction. **Nursing Times**, v. 91, n. 45, p. 42-43, 1995.

PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

PAULA, M. A. P. L.; TORRES, A. R. Identidade social e o envolvimento em acidentes de trânsito. **Estudos Vida e Saúde**, v. 28, n. 4, p. 717-747, 2001.

PIKO, F. B. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 3, p. 311-318, Mar. 2006.

POTTIER, M.; ESTRYN-BEHAR, M. Ergonomie en milieu hospitalière. In: CONGRÉS DE LA SOCIÉTÉ D'ERGONOMIE DE LANGUE FRANÇAISE, 15., 1979. Paris. **Actes...** Paris, 1979. p. 121-153.

RABELO, I. V. M.; TORRES, A. R Trabalhadores em saúde mental; relações entre prática profissional e bem-estar físico e psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, p. 614-625, 2005.

REIS, R. J. dos; ROCCA, P. de F. Ia; SILVEIRA, A. M.; BONILLA, I. M. L.; GINÉ, A. N.; MARTIN, M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-623, out. 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB Editora, 1999. 95 p.

RUTENS-FRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. **Trabalho em turnos noturnos**. Tradução Reinaldo Mestrinel. São Paulo: Hucitec, 1989. 135 p.

SILVA, J. J. da. **Estresse: o impulso da vida**. São Paulo: Yendis, 2005. 112 p.

SILVA, V. E. F. da. **Estudo sobre os acidentes de trabalho ocorrido com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. 1988. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde do Trabalhador)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

TYLER, P. A.; CARROLL, D.; CUNNINGHAM, S. E. Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. **International Journal of Nursing Studies**, v. 28, n. 2, p. 125-130, 1991.

USP; BANCO ITAÚ. **Programa Saúde e Cidadania**. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Núcleo de Assistência Médico Hospitalar. São Paulo, 1998.

VESTIBULAR em Goiânia. **O Popular**, Goiânia, 8 maio 2005. Caderno Cidades, p. 1.

BIBLIOGRAFIA

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002a. 24 p.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: numeração progressiva das seções de um documento. Rio de Janeiro, 2003a. 2 p.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6028**: resumos: apresentação. Rio de Janeiro, 2003b. 2 p.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002b. 7 p.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002c. 6 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de contar com a sua colaboração para a realização da pesquisa “ANÁLISE PSICOSSOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR ENFERMEIRO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO”. Se concordar em participar, você responderá ao questionário que lhe será entregue, cujo objetivo é analisar o perfil de saúde e doença do trabalhador em enfermagem do município de Goiânia. Em média, o tempo gasto para o preenchimento do questionário é de 15 minutos. Os dados coletados servirão de subsídio para a dissertação de mestrado de Enilsa Vicente Ferreira e para o planejamento de campanhas de promoção da saúde desses profissionais. Os resultados agrupados da pesquisa serão divulgados em revistas científicas e congressos. Sua participação é voluntária e sua recusa não envolverá qualquer penalidade. Você pode desistir de participar a qualquer momento. Esteja seguro(a) da completa confidencialidade dos dados.

Se houver alguma questão que deseje esclarecer, sinta-se à vontade para procurar a Enfermeira Enilsa Vicente Ferreira, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde, telefones 9977-7410 e 32873801, e/ou o Comitê de Ética e Pesquisa da UCG.

Agradeço sua colaboração,

Enilsa Vicente Ferreira

Eu _____,

RG _____, CPF _____,

abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa “ANÁLISE PSICOSSOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR ENFERMEIRO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela mestrandapesquisadora Enilsa Vicente Ferreira sobre os objetivos da referida pesquisa e os procedimentos envolvidos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Recebi dela garantias de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isto incorra em qualquer penalidade.

Goiânia, ____ de _____ de 200__

Assinatura do sujeito: _____

Presenciei o fornecimento de esclarecimentos, a solicitação de consentimento e o aceite do sujeito em participar da pesquisa “ANÁLISE PSICOSSOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR ENFERMEIRO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO”.

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIOS SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESCALA DE BEM-ESTAR

Caro(a) trabalhador(a) enfermeiro(a),

Este trabalho faz parte de uma pesquisa sobre opiniões relacionada à saúde do(a) trabalhador(a) enfermeiro(a). Gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo sinceramente às questões abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Responda rapidamente e não passe à questão seguinte sem ter respondido a anterior. Não deixe nenhuma questão em branco. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime de sua opinião pessoal. Não é necessário identificar-se, pois nosso interesse não se dirige ao conhecimento dos indivíduos, mas do grupo. Deste modo, ficará totalmente respeitado o sigilo de suas informações.

Agradecemos sua colaboração.

Goiânia, _____ de _____ de 200__

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____; Sexo: () Feminino () Masculino; Estado civil: _____

Tipo de instituição em que você trabalha (marque apenas o serviço no qual você está sendo entrevistado(a):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Hospital Dia | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde |
| <input type="checkbox"/> NAPS | <input type="checkbox"/> Hospital Geral | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro |
| <input type="checkbox"/> Hospital especializado | <input type="checkbox"/> Posto de Saúde | <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Outro. | Qual _____ | |

Escolaridade: _____ Curso: _____

Cargo/Função que ocupa na instituição marcada acima: _____

Tempo em que está nessa função: _____

Salário: _____

Carga horária semanal cumprida nessa função: _____

Atividades desenvolvidas nessa função: _____

Em uma escala de 0 (zero) a 10 (dez = extremamente eficiente), qual o grau de sua eficiência na execução das atividades citadas acima? _____. Justifique sua nota: _____

Em uma escala de 0 (zero) a 10 (dez = extremamente satisfeito(a)), qual seu grau de satisfação ao desempenhar as atividades citadas acima? _____.

Você trabalha em outro local? () Sim () Não. Em caso afirmativo, informe:

Tipo de instituição: _____

Cargo/função: _____

Salário: _____

Carga horária semanal cumprida nessa função: _____

Você já trabalhou anteriormente em outro serviço de saúde? () Sim () Não. Em caso afirmativo, informe:

Tempo que trabalhou em outro serviço de saúde: _____

ESCALA DE BEM-ESTAR

Instruções

Abaixo há uma série de questões relacionadas com o seu bem-estar físico e psicológico. Gostaríamos que você se concentrasse em si mesmo(a) e respondesse a cada uma delas o mais sinceramente possível passando um círculo em torno da resposta que melhor se adaptar à sua situação.

1. Em geral, como você tem se sentido?

Excelente humor 1 2 3 4 5 6 7 Pésimo humor

2. Você tem estado nervoso(a)?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 Nem um pouco

3. Você tem sentido que seus comportamentos, pensamentos e sentimentos estão sob controle?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 Nem um pouco

4. Você tem se sentido triste, desencorajado(a), desesperançado(a) ou tido muitos problemas que o(a) tem preocupado?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 Nem um pouco

5. Você tem estado sob tensão, estresse ou pressão?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 Nem um pouco

6. O quanto você tem estado feliz, satisfeito(a) ou contente com sua vida pessoal?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 Nem um pouco

7. Você tem tido razão para pensar que está perdendo o controle sobre o seu modo de agir, falar, pensar ou sentir?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

8. Você tem estado ansioso(a), preocupado(a) ou indisposto(a)?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

9. Você tem acordado bem disposto(a) e descansado(a)?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

10. Você tem sido perturbado(a) por alguma doença, desordem corporal, dores ou medos sobre sua saúde?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

11. Sua vida diária tem sido cheia de coisas que são interessantes para você?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

12. Você tem se sentido deprimido(a) ou magoado(a)?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

13. Você tem se sentido emocionalmente estável e seguro(a) de si?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

14. Você tem se sentido cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a)?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

15. Você tem estado preocupado(a) com sua saúde?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

16. Quanta energia, dinamismo e vitalidade você tem sentido?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

17. Você tem tido sérios problemas pessoais, emocionais, comportamentais ou mentais que o(a) tenham feito sentir necessidade de ajuda?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

18. Quanto você tem estado relaxado(a) ou tenso(a)?

Relaxado 1 2 3 4 5 6 7 **Tenso**

19. Você tem estado deprimido(a) ou alegre?

Muito deprimido 1 2 3 4 5 6 7 **Muito alegre**

20. Você tem sentido que vai ter ou está perto de ter um esgotamento nervoso?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

21. Você discute seus problemas com algum membro de sua família ou amigos?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

22. Você tem conseguido se concentrar no que faz?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

23. Você tem perdido o sono com preocupações?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

24. Você se sente útil na vida?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

25. Você se sente capaz de tomar decisões?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

26. Você se sente constantemente sob pressão?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

27. Você tem tido prazer em fazer suas atividades normais do dia-a-dia?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

28. Você tem a sensação de não poder superar as dificuldades?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

29. Você tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

30. Você tem pensado em si mesmo(a) como uma pessoa sem valor?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

31. Você tem perdido a confiança em si mesmo(a)?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

32. Você sente que está à beira de um esgotamento nervoso?

Muito 1 2 3 4 5 6 7 **Nem um pouco**

Para finalizar gostaríamos também que você respondesse às questões abaixo:

Nos últimos 5 anos você tirou alguma licença para tratamento de saúde?

() Sim () Não

Em caso positivo:

Quantas? Quando foi a última?

Qual o motivo alegado para essa licença?

.....