

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

MILENE DE ANDRADE GOUVÊA TYLL

**A VIVÊNCIA DO ESTRESSE PROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA:  
VOZES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PARÁ**

GOIÂNIA

2014

MILENE DE ANDRADE GOUVÊA TYLL

**A VIVÊNCIA DO ESTRESSE PROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA:  
VOZES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PARÁ**

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

Área de concentração: Ciências ambientais e saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, ambiente e saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe.

GOIÂNIA

2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Tyll, Milene de Andrade Gouvêa.

T985v A vivência do estresse profissional na unidade de terapia intensiva [manuscrito] : vozes de profissionais de saúde no Pará / Milene de Andrade Gouvêa Tyll. – Goiânia, 2015.  
91 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2015.

“Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe”.  
Bibliografia.

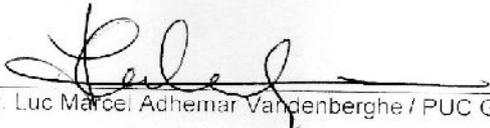
1. Stress ocupacional. 2. Unidade de tratamento intensivo.  
3. Saúde e trabalho. 4. Burnout (Psicologia). I. Título.

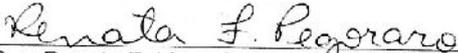
CDU 159.944(043)

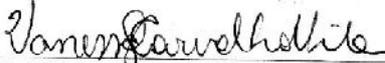


DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
DEFENDIDA EM 28 DE NOVEMBRO DE 2014 E CONSIDERADA

aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

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

2)   
Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro / UFU (Membro Externo)

3)   
Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Membro)

4) \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente / PUC Goiás (Suplente)

“Só há duas maneiras de viver a vida: a primeira é vive-la como se os milagres não existissem. A segunda é vive-la como se tudo fosse um milagre.”

**Albert Einstein**

Dedico este trabalho àqueles que fizeram e fazem parte desta minha trajetória.

Aos meus pais, fonte de inspiração e exemplo a ser seguido como pessoas de bem.

Ao meu esposo, companheiro incansável nos momentos mais difíceis.

À minha filha de coração.

Ao meu filho, meu amor... minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por estar comigo todos os dias, me iluminando, me inspirando, me motivando e possibilitando a conclusão deste estudo.

Ao professor Dr. Luc Vandenberghe pela maneira com a qual conduziu minha orientação: a paciência, os livros e textos emprestados, as correções e minuciosas observações nas várias versões do texto, as conversas, cobranças, sinceridade, incentivo, enfim, toda ajuda. Saiba que admiro sua postura e seriedade profissional.

A professora Dra. Renata Fabiana Pegoraro pelo aceite deste desafio e por toda sua contribuição inicial.

Ao meu esposo Alexander Tyll, por todo apoio, companheirismo, conforto e amparo durante todas as etapas dessa jornada.

Aos meus filhos, Miguel Neto e Yasmin Tyll pelo amor e apoio mesmo durante meus momentos de ausência, para elaboração deste estudo.

Agradeço à minha família, meus pais Rosilene e Miguel Gouvêa, por terem me dado educação e valores, por estarem sempre por perto me apoiando e me substituindo durante minhas ausências com meu filho;

Aos meus irmãos Michel e Michele Gouvêa por sua companhia, amizade, carinho, compreensão e zelo.

Aos meus sogros Marília e Edivaldo Pinheiro pela amizade, carinho e dedicação incondicional.

A todos que de forma direta ou indireta me inspiraram e me provocaram a continuar esta pesquisa com palavras de apoio, gestos, textos, críticas; enfim, saibam que são dadas em minha vida.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a vivência do estresse profissional nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência, para identificar os principais fatores que contribuem ao estresse ocupacional e identificar o impacto subjetivo das fontes de estresse sobre o profissional e seu trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada em Dados, desenvolvida em um hospital de referência na cidade de Belém, Pará, Brasil. Os participantes foram dezenove profissionais de saúde, que atuavam nas diversas unidades de terapia intensiva, sendo quatro na unidade de terapia intensiva adulto, quatro na pediátrica, cinco na neonatal e seis na unidade coronariana, totalizando três psicólogos, oito enfermeiros e oito fisioterapeutas. Foram realizadas entrevistas em profundidade, orientadas pela questão: Qual a relação entre a vivência do estresse profissional e o cuidar nas Unidades de Terapia Intensiva? A partir dessa pergunta foram explorados quais estressores possuem relevância nesse ambiente. A análise dos dados foi realizada com uso de processos de codificação aberta, axial e focalizada. Foram formados três grupos amostrais caracterizando a amostragem teórica. A Teoria Substantiva emergente foi denominada **“Vivenciando o estresse profissional no ambiente da terapia intensiva”** a qual foi sustentada pelas seguintes categorias **“Estressores Ambientais”**, **“Condições de Trabalho”** e **“Vivência Emocional”** interligadas entre si nos estressores do cuidar no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. As condições ambientais (inadequação da planta física, poluição sonora e de temperatura) constituíram fontes de estresse importantes. Os déficits estruturais (mobiliários insuficientes, baixa remuneração, carga de trabalho e falta de insumos) e o ciclo de responsabilidade (problemas com compromisso profissional e cobrança entre profissionais) tiveram um impacto importante para as condições de trabalho. Juntos, todos esses elementos influenciaram a vivência emocional marcada por relações de poder, comunicação ineficaz, envolvimento pessoal com o paciente, preocupação com a competência e a satisfação com o trabalho. Esse modelo teórico permitiu identificar os vários fatores associados ao desgaste físico e emocional e que deixaram esses profissionais vulneráveis ao estresse ocupacional. O equilíbrio vem representar justamente a obtenção do desejo de satisfação utilizando-se da forma mais racional os recursos disponíveis. Sabendo-se que a satisfação total nunca será alcançada mas que chegando a esse ponto de equilíbrio todos os membros dessa equipe serão motivados pelo sentimento de pertencimento, característica que os conduzirá à felicidade como membro de um todo que se completa e tentam trabalhar em harmonia.

**Palavras-chave:** Terapia intensiva. Estresse ocupacional. Saúde do trabalhador. *Burnout*.

## ABSTRACT

The objective of this study was to understand the experience of professional stress in intensive care units of a reference hospital, to identify key factors that contribute to occupational stress and identify the subjective impact of the sources of stress on the professional and his work. This is a qualitative research, whose methodological framework was Grounded Theory, developed in a referral hospital in the city of Belém, Pará, Brazil. Participants were nineteen health professionals who worked in various intensive care units, including four in the adult intensive care unit, four in pediatric, neonatal five and six in the coronary care unit, with three psychologists, eight nurses and eight physiotherapists. In-depth interviews were conducted, guided by the question: What is the relationship between the experience of professional stress and the care in the Intensive Care Units? From that question were explored stressors which are relevant in this environment. Data analysis was performed using open encoding processes, and axially focused. Three different samples featuring theoretical sampling were formed. The Theory emerging Substantive was called "**Living the professional stress in the intensive care environment**" which was supported by the following categories "**Environmental Stressors**", "**Working Conditions**" and "**Emotional Experience**" interconnected stressors in the care unit in the environment Intensive Care. The environmental conditions (inadequate physical plant, noise and temperature) were major stress sources. The structural deficits (insufficient securities, low pay, workload and lack of inputs) and the duty cycle (problems with professional commitment and collection among professionals) had a major impact on working conditions. Together, all these elements influenced the emotional experience marked by power relations, ineffective communication, personal involvement with the patient, concern about the competence and job satisfaction. This theoretical model identified the various factors associated with physical and emotional exhaustion and let these professionals vulnerable to occupational stress. The balance comes just represent obtaining the desire of satisfaction using the most rational use of available resources. Knowing that the total satisfaction will never be achieved but that reaching this balance point all members of this team will be motivated by a sense of belonging, a characteristic that will lead to happiness as a member of a whole which is completed and try to work in harmony.

**Keywords:** Intensive care. Occupational stress. Occupational health. Burnout.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b>	13
1.1.1	Objetivo geral	13
1.1.2	Objetivos específicos	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	14
<b>2.1</b>	<b>O cuidado na unidade de Terapia Intensiva</b>	14
<b>2.2</b>	<b>O estresse no cuidado intensivo</b>	16
<b>2.3</b>	<b>O estresse na Unidade de Terapia Intensiva</b>	18
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	21
<b>3.1</b>	<b>Tipo de pesquisa</b>	21
<b>3.2</b>	<b>Cenário</b>	23
<b>3.3</b>	<b>Participantes</b>	24
<b>3.4</b>	<b>Procedimentos</b>	25
3.4.1	Recrutamento	25
3.4.2	Coleta de dados	25
3.4.3	Procedimentos éticos	27
3.4.4	Análise dos dados	27
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	30
<b>4.1</b>	<b>Estressores Ambientais</b>	31
4.1.1	Condições ambientais	31
<b>4.2</b>	<b>Condições de trabalho</b>	34
4.2.1	Déficits estruturais	35
4.2.2	Ciclo de responsabilidade	37
<b>4.3</b>	<b>Vivência Emocional</b>	38
4.3.1	Relações de poder	39
4.3.2	Comunicação ineficaz	40
4.3.3	Envolvimento pessoal com o paciente	41
4.3.4	Preocupação com a competência profissional	41
4.3.5	Satisfação com o trabalho	42
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	43
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	49

<b>REFERÊNCIAS</b>	53
APÊNDICE A - Artigo submetido na revista da Escola de Enfermagem da USP	65
APÊNDICE B - Resumo apresentado no 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belém do Pará em 2014. Modalidade comunicação coordenada	79
APÊNDICE C - Resumo apresentado no XIX Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva em Goiânia em 2014. Modalidade apresentação oral	81
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
APÊNDICE E - Consentimento da participação da pessoa como sujeito	84
APÊNDICE F - Roteiro de entrevista	85
ANEXO A - Declaração do serviço de psicologia do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna	86
ANEXO B - Declaração de aceite do Hospital de Clinicas Gaspar Vianna	87
ANEXO C - Folha-de-rosto liberada pelo CEP/PUC-GOIÁS	88
ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP/PUC-GOIÁS	89

## 1 INTRODUÇÃO

A evolução mundial, tecnológica e científica trazidas pela globalização, vem promovendo, além de importantes avanços na área da medicina, também sérios prejuízos à saúde do trabalhador, devido à necessidade de acompanhar tal ritmo evolucionar, o que acaba gerando um desequilíbrio físico e emocional em alguns profissionais, como o estresse que é visto como um dos principais problemas de saúde na atualidade (VERSA, 2012).

O estresse é uma reação de alerta expressada mediante uma condição desafiadora, ameaçadora ou de conquista (FRANÇA; RODRIGUES, 2009). De acordo com a experiência profissional da pesquisadora, como enfermeira em um hospital universitário, tal sensação sempre é vivenciada pelos profissionais de saúde que atuam em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), por lidarem com o limiar entre a vida e a morte, com tecnologia de ponta, pela sobrecarga de trabalho, bem como pelo próprio ambiente.

Por se tratar de um ambiente fechado, isolado e específico, a UTI pode provocar vários riscos à saúde do trabalhador. Estudos atuais mostram que este setor é considerado um dos ambientes mais propícios ao desenvolvimento de tensões e, principalmente, o estresse no âmbito hospitalar, pois se trata de um ambiente insalubre, desgastante, com difícil relacionamento interpessoal, trabalho noturno, intensa jornada de trabalho, contato com a dor, tempo de serviço entre outros fatores (SILVA, 2010).

De acordo com Araújo e Servo (2011), o significado de estresse tem sido largamente utilizado pelas pessoas no ambiente de trabalho como situação causada pelo excesso de carga horária trabalhada, necessidades humanas básicas não contempladas, dificuldades de relacionamentos interpessoais entre outros, que são situações que podem desencadear o estado de estresse no profissional.

O estresse no ambiente de trabalho está diretamente ligado às respostas ameaçadoras, físicas e emocionais que ocorrem, principalmente, quando a procura de cargo/função não se adequa às habilidades e competências do trabalhador (SUEHIRO; HATAMOTO; CARDOSO, 2008). Identificar a presença de estresse no ambiente de trabalho não é uma tarefa muito fácil, pois a obscuridade da manifestação tem promovido a reformulação de multiplicidade de conceitos e projetos de análises, que postas a prova ainda deixam margem para várias discussões (FRANÇA; RODRIGUES, 2009).

O profissional de saúde vive boa parte de sua vida voltada para as realizações profissionais, moldando sua trajetória diária para o seu ambiente de trabalho, abrangendo a resolutividade do processo saúde-doença, carga horária elevada e para a própria convivência

com a equipe na qual está inserido, esquecendo muitas vezes de sua vida pessoal. Sendo assim, para Santos (2012), a relação desenvolvida entre o indivíduo e seu ambiente de trabalho promove um certo impacto sobre sua maneira de pensar, falar e agir, podendo contudo interferir nos aspectos profissionais deste indivíduo, fazendo com que seja gerada uma sobrecarga emocional, repercutindo diretamente no cuidado com o outro.

A Unidade de Terapia Intensiva é considerada por alguns como um lugar que traduz morte, sofrimento e perda e, por outros, como um lugar preparado para salvar vidas de indivíduos severamente doentes, ou seja, um lugar de renascimento e esperança. Este setor tem características únicas, por ser um ambiente fechado, restrito, frio, com sobrecarga de trabalho, e com uma equipe multiprofissional atuante e sempre pronta para o inesperado. Tais peculiaridades permitem a ocorrência de diversas situações que podem promover um desequilíbrio físico e emocional nos profissionais (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

A vigilância redobrada para poder agir em momentos inesperados, a preocupação com a recuperação do paciente crítico e o lidar com os familiares no horário de visita são fatores que podem também provocar momentos de estresse no grupo, os profissionais de saúde da área hospitalar estão suscetíveis ao estado de tensão advindo de inúmeros fatores, como: o contato com a dor, o sofrimento, o medo de cometer erros, a impessoalidade, fazendo com que o profissional dessa área reflita acerca de sua própria vida, quanto a saúde, doença, frustrações e conflitos (SILVA, 2010).

Araújo e Servo (2011) destacam em um de seus estudos que as dificuldades de relacionamento interpessoal poderá ser uma situação importante que poderá desencadear estado de estresse tanto na forma individual como coletiva, promovendo um ambiente de trabalho desagradável, podendo interferir até mesmo no cuidado com o paciente crítico. Vários são os fatores que podem favorecer o estresse nesse ambiente de trabalho; dentre eles o mais preocupante é quando esse desequilíbrio torna-se crônico e frequente, pois isso pode deixar o meio mais favorável ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, caracterizada por Ribeiro (2012) como: desgaste físico do profissional, levando à exaustão emocional, devido ao ambiente insalubre em que trabalha. Diversas são as características de estresse apresentadas pelos profissionais que compõem essa equipe multiprofissional como: fadiga, irritabilidade, depressão, ansiedade entre outros.

Neste contexto, o trabalhador que atua na UTI merece atenção especial porque de acordo com estudos realizados por Silva (2010), Araújo e Servo (2011), Santos (2012) e Teixeira et al., (2013) há maior quantidade de estressores neste ambiente do que em qualquer outras unidades de internação. A promoção do bem estar entre a equipe de saúde multiprofissional no

seu ambiente de trabalho favorece ao cuidado mais eficaz, prazeroso e humanizado, longe de iatrogenias e promovendo, conseqüentemente, melhor qualidade de vida ao paciente e ao cuidador (ANTHOINE et al., 2014).

Por este fato vislumbrou-se a necessidade de realizar este estudo em uma instituição hospitalar, na cidade de Belém no Estado do Pará, visto que é um hospital escola, de grande porte, com a missão de promover assistência de média e alta complexidade para a comunidade local, sendo composto por quatro Unidades de Terapia Intensiva: uma pediátrica, uma neonatal, uma unidade coronariana para adulto e outra unidade geral adulto. O estudo foi norteado pela seguinte questão: Qual a relação entre a vivência do estresse profissional e o cuidar nas Unidades de Terapia Intensiva?

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Objetivo geral

Compreender a vivência do estresse profissional nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência em Belém do Pará.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais fatores que contribuem para o estresse ocupacional vivenciado pelos profissionais sujeitos da pesquisa.

- Identificar o impacto subjetivo das fontes de estresse sobre o profissional e seu trabalho.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O cuidado nas unidades de tratamento intensivo

A idealização da Unidade de Terapia Intensiva ocorreu em 1854, durante a guerra da Crimeia, quando a enfermeira Florence Nightingale, juntamente a 38 voluntárias, entre leigas e religiosas vindas de vários hospitais, conseguiram reduzir a mortalidade dos soldados de 40% para 2% em Scutari, um subúrbio asiático de Constantinopla, enfatizando a limpeza e colocando os pacientes mais graves, próximo às cuidadoras, para que pudessem ter atendimento prioritário (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

A *Society Critical Care and Medicine* descreve que o modelo inicial de unidade de terapia intensiva (UTI) foi pensado e elaborado por Walter Dandy em 1914, no Hospital Johns Hopkins, Estados Unidos, com três leitos para estabilizar pacientes de pós operatório de neurocirurgia (CHEREGATTI; AMORIM, 2010, p.15). As primeiras Unidades de Terapia Intensiva foram criadas frente aos acontecimentos dramáticos voltados para os problemas respiratórios acarretados pela epidemia de poliomielite que ocorreu no início da década de 1950, na Europa e nos Estados Unidos (GUIMARÃES; FALCÃO; ORLANDO, 2008).

Os registros históricos das UTI's até os dias atuais definem o percurso da enfermagem no ato de cuidar de forma especializada com finalidade específica em assistência ao paciente grave. “Nessa cronologia, o estabelecimento do cuidado/tratamento intensivo, enquanto categoria formal de atenção à saúde deveu-se a reorganização hospitalar no mundo pós-guerra, particularmente na Europa e Estados Unidos da América” (VIANA; WHITAKER, 2011, p.5).

Em 1952, na Dinamarca, por ocasião da mesma epidemia de poliomielite, surgiu o conceito de Terapia Intensiva, que se estendia a pacientes que se encontravam no período pós-operatório ou aqueles que necessitavam de cuidados específicos. Partindo deste princípio, os médicos atuantes da época viram a necessidade de iniciar uma nova especialidade médica, que hoje é conhecida como Terapia Intensiva. O conceito formulado na época foi responsável por demonstrar a importância de outros profissionais especialistas na área, trazendo à necessidade de se ter a atuação de múltiplos profissionais como estratégia para obter bons resultados em seus procedimentos (SARMENTO; VEGAS; LOPES, 2010).

No Brasil, a idealização de UTI foi iniciada em meados dos anos 50, baseado nos modelos Norte Americano, de forma que assegurassem a qualidade do atendimento ao paciente crítico, bem como o controle econômico de equipamentos e de profissionais (VIANA; WHITAKER, 2011). Os dados históricos relacionados a UTI no Brasil, reportam que a primeira

unidade foi implementada na década de 70, com a finalidade de agrupar doentes graves, necessitando de cuidados específicos, infraestrutura adequada, profissionais qualificados e tecnologia de ponta para que pudesse atender pacientes de alta complexidade com segurança e confiabilidade (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

De acordo com Viana (2011), as UTI's foram criadas para dar suporte ao tratamento dos pacientes gravemente enfermos, tornando este modo um setor altamente distinto dentro da área hospitalar, com atendimento diferenciado, complexo e com controles rigorosos, destinados somente aos doentes em estado crítico. Viana e Whitaker (2011), relatam que na década de 1970 faziam parte da equipe profissional da UTI o médico, o enfermeiro, o auxiliar e os atendentes de enfermagem; nesse momento cada profissional desempenhava uma ação específica na assistência ao paciente gravemente enfermo.

Para Soreano e Nogueira (2010), a UTI é uma especialidade nova e tem evoluído com o tempo, requerendo atenção, responsabilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais envolvidos. Nesse processo complementa a necessidade da observação intensa dos parâmetros clínicos dos pacientes, com os dados da anamnese e exame físico para pensar na conduta mais adequada. A UTI é considerada por alguns pesquisadores como um lugar fechado, separado dos outros ambientes hospitalares por uma porta, na qual se lê “proibida a entrada de pessoas estranhas”, os sons dos aparelhos são frenéticos e irreconhecíveis pelo senso comum, com janelas fechadas, sem luz natural, com tarefas realizadas de forma rigorosa e intensiva (SILVA, 2010; PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011).

Para Cheregatti e Amorim (2010), os médicos e os enfermeiros intensivistas, além de, outros profissionais também contribuírem para o cuidado intensivo. A equipe multiprofissional é composta por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, profissionais necessários para promover um suporte completo e adequado aos pacientes e familiares.

Para Viana e Whitaker (2011, p.43), o surgimento de novas tecnologias de ponta, novas modalidades de cuidado terapêutico e diagnóstico, deu-se de forma tão espantosa que superou e supera a evolução dos avanços até então divulgados, forçando nitidamente o aprimoramento e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no cuidado a pacientes com doenças de alto grau de complexidade. O processo de informatização no setor de unidade de terapia intensiva foi de suma importância para a monitorização e coleta de dados do paciente em estado grave, possibilitando mudanças dentro do ambiente de UTI, proporcionando ao profissional ampliação de seus conhecimentos.

As UTI's são elaboradas e estruturadas para atender grupos específicos de pacientes, graves ou de risco, necessitando de serviços médicos e de enfermagem ininterruptos, com equipamentos, com tecnologia de ponta e recursos humanos especializados e destinados a diagnósticos e terapêuticas. São destinadas a atender grupos etários específicos como neonatal, destinada aos menores entre 0 a 28 dias; pediátrica, atende crianças de 28 dias a 14 ou 18 anos, dependendo do protocolo de cada Instituição; adulto, exclusivo para doentes críticos maiores de 14 ou 18 anos, conforme protocolo da Instituição e especializada para atendimento de determinada especialidade ou agravo a saúde (MS, 1998).

## **2.2 O estresse no cuidado intensivo**

O termo estresse é comumente empregado de forma secular para indicar “fadiga e sobrecarga” trazendo certa dificuldade em determinar entre alguns estudiosos um único conceito. Portanto, o estresse é um contíguo de resposta do organismo a diversas exigências e pressões em que é colocado ao longo de sua trajetória. Várias outras definições podem ser encontradas na literatura (SILVA et al, 2011). O estresse é compreendido como uma análise feita pelo indivíduo das condições em que é submetido independente do desgaste, isto é mostrado em seu ambiente de trabalho como um estado negativo de difícil superação (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Estresse é toda atividade do organismo provocada por um estímulo físico ou psicológico que desequilibra o bem estar do mesmo e não é considerado doença. Porém quando em estado prolongado e exagerado pode promover agravos biopsicossociais e em porções apropriadas é fator de motivação para o enfrentamento para o cotidiano (LIMA, 2007). É uma reação do organismo do tipo física ou psicológica em relação a uma modificação que ultrapasse seus limites alterando seu equilíbrio. “Neste sentido, o estresse decorrente de fatores presentes no trabalho (estressores) resultantes de situações do cotidiano profissional é denominado estresse ocupacional” (MURRASSAKI et al, 2011, p. 955)

Lima (2007) cita Selye (1956) como o “Pai do estresse” e destaca que o processo de adoecimento é dividido em três fases diferentes, caracterizadas como Síndrome de Adaptação Geral (SAG). A fase de alarme é caracterizada quando o organismo apresenta uma reação no momento de identificação do estressor, deixando inerte para lutar ou fugir, a fase de resistência, caracterizada pelo esforço do organismo em resistir a fase anterior e voltar ao seu estado normal e a fase de exaustão que ocorre quando há falha no mecanismo de adaptação, devido a falta de resistência do organismo quando o estressor permanece por mais tempo.

Silva (2010) destaca que o estresse se desenvolve quando a proporção de cobrança e pressão é excessiva à resistência, podendo ser provocado por uma situação imediata, ou mudança, visto que toda mudança anseia uma adequação, levando o indivíduo a um gasto de energia, resultando em fadiga, desgaste e, conseqüentemente, readaptação. O estresse ocorre quando há o desgaste anormal do corpo, podendo ocorrer devido a estímulos internos ou externos do ambiente que pode exceder a taxa de adaptação do corpo e pode ocorrer em todas as idades dependendo muito do estilo de vida de cada pessoa (GUERRER; BIANCH, 2008).

Alguns estudos comprovam que o profissional que vivencia o estresse ocupacional de forma crônica, acaba ficando muito vulnerável ao desenvolvimento da síndrome de Burnout, que segundo Kaschka, Korczak e Broich (2011) pode ser considerado como um sofrimento subjetivo, problemas de saúde e desempenho reduzido no trabalho, e pelo fato de abranger uma sintomatologia variada é denominada como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pelos fatores de exaustão emocional, despersonalização e realização reduzida.

Marín e Campayo (2010) ressaltam em seu estudo, que Farber em 1990 foi o primeiro a distinguir uma tipologia preliminar constituída de três perfis da síndrome de burnout, como frenéticas, sub-desafiado e gasta ou desgastado, tipologia esta que pode definir mais precisamente o desenvolvimento de tratamento específico para cada tipo de perfil, conforme seu aparecimento e desenvolvimento.

Marín et al (2013) descrevem *Burnout* como uma consequência da exposição prolongada a fatores estressantes e crônicos no ambiente de trabalho, podendo também ser classificado nos seguintes subtipos: "frenéticos" caracterizado como excesso de horas trabalhadas, "sub-desafiados" como tipo de ocupação e perfil e "desgastados" como efeito acumulado ao longo do tempo das características de uma organização. Esses fatores estressantes e crônicos estão relacionados principalmente a organização estrutural e funções profissionais.

Esta síndrome, resalta Marín et al (2011), inclina-se a ser operacionalizada mais especificamente por meio do "Maslach Burnout Inventory" (MBI) caracterizada pelas dimensões de 'exaustão', 'cinismo' e 'ineficácia' profissional, no qual 'esgotamento' é a sensação de impossibilidade, o 'cinismo' é a atitude fria em relação ao local de trabalho ou desumanização, e "ineficácia" é o sensação de incompetência profissional.

Burnout é cientificamente descrito como uma síndrome associada ao trabalho, que compreende três dimensões: exaustão emocional, despersonalização ou cinismo e eficácia profissional reduzida. Porém, na realidade não há nenhuma definição válida consistente. Podendo-se dizer que esta síndrome parece ser mais adequadamente classificada como um conjunto difuso de muitas definições (KORCZAK; HUBER; KISTER, 2010).

OLIVEIRA et al (2014) em seus estudos sugerem que esta síndrome pode ser evitada por meio de ações preventivas, que podem ser realizadas a partir da atuação direta da direção e das chefias de cada setor e da equipe multiprofissional, com a intenção de resgatar aptidões afetivas no dia a dia de quem cuida, ou seja, o profissional de saúde deve ficar mais atento ao seu ambiente de trabalho.

### **2.3 O estresse na unidade de tratamento intensivo**

O estresse ocupacional é aquele relacionado ao trabalho devido às condições em que o profissional é submetido, sendo definida como resposta prejudicial, tanto física quanto mental (PEREIRA; MIRANDA; PASSOS, 2009). Nos dias atuais, o estresse é muito conhecido pelos riscos que pode oferecer ao bem estar psicossocial de um indivíduo, ocasionando assim uma alteração no estado de saúde. O estresse pode colocar em risco os membros de uma equipe, oferecer uma queda de desempenho do profissional e, até mesmo, violência no trabalho (GUIDO, 2012).

Corroborando com essa ideia, Pereira, Miranda e Passos (2009), consideram o estresse como um fator ameaçador às necessidades pessoal e profissional do indivíduo, prejudicando a interação entre a empresa e o profissional, dificultando assim o relacionamento interpessoal da equipe, que por sua vez deveria atuar de uma forma harmoniosa e entrosada, favorecendo a interação do grupo.

Considerando-se o ser humano e sua saúde como referência para a saúde ocupacional, deve-se tomar como base para a execução de práticas de segurança do trabalho a ergonomia, a higiene ocupacional e a adequação do ambiente, do mobiliário e do instrumental às necessidades humanas, com o intuito de promover e preservar a integridade física e psíquica da equipe de enfermagem (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008, p. 477).

Leitão, Fernandes e Ramos (2008) observaram que os alarmes de bombas de infusão contínua e dos ventiladores mecânicos podem atrapalhar a equipe na hora de uma comunicação com os parceiros de trabalho, sendo necessário em muitas situações aumentar o tom da voz para que o outro possa escutar o que está sendo dito e/ou explicado em um procedimento podendo assim ocorrer um erro nos serviços prestados. Para Santos (2012), se as condições de trabalho forem estressantes podem causar adoecimento pelas sobrecargas psíquicas geradas por fatores físicos e biológicos que ocorrem pelos incidentes no ambiente de trabalho. Essas sobrecargas psíquicas podem ser desencadeadas pelo estresse.

Silva (2010) considera frequente o estresse desenvolvido em profissionais de saúde que atuam em UTI's, pois o desencadeamento dessa síndrome é muitas vezes potencializada por fatores existentes nesse tipo de unidade como os fatores ambientais e vivenciais, deixando esses profissionais expostos, fragilizados e suscetíveis a uma síndrome mais crônica. Leitão, Fernandes e Ramos (2008), ressaltam vários elementos associados às condições de trabalho que expõem a atuação da equipe profissional da UTI para a execução de suas atividades, tais como: a realização de tarefas de alta complexidade que exigem a tomada de decisão eficaz e imediata; a carga horária de trabalho exagerada; o déficit de recurso humanos qualificado e a consequente sobrecarga de atividade.

Segundo Guerrer e Bianch (2008), a assistência prestada na UTI passa a ser polêmica, pois nesse ambiente a equipe convive com intervenções rápidas, várias emoções e sentimentos que podem atrapalhar a equipe em relação a uma assistência humanizada. Por outro lado, Preto e Pedrão (2009) citam a importância de compreender a realidade vivenciada pela equipe de UTI para sabermos identificar os fatores que dificultam sua atuação e que podem contribuir para uma diminuição na qualidade do atendimento, gerando mais estresse e distanciamento da própria equipe.

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente que concentra indivíduos graves, porém recuperáveis, contudo, os profissionais que trabalham nesse ambiente acabam se estressando e deixando de prestar o atendimento humanizado (SALICIO; GAIVA; GAIVA, 2006). Corroborando com isso Santos (2006) relata que a UTI é um local ideal para pacientes graves agudos, porém também se trata de um ambiente agressivo, tenso e traumatizante tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional que tem um convívio diário com procedimentos intensos, com pacientes graves e com a morte.

A Unidade de Tratamento Intensivo é considerada por Ulhôa et al (2011) como um lugar gerador de estresse devido ser um ambiente que necessita de eficiência, atenção redobrada, estado de alerta e superação para lidar com a ambiguidade de vida e morte, acarretando problemas emocionais aos seus profissionais. Silva (2011) afirma que os profissionais de saúde envolvidos em condições adversas de trabalho, condições físicas e falta de formação adequada para atuar em UTI, são vulneráveis ao aparecimento de doenças relacionados ao trabalho como *Burnout* e estresse contribuindo para uma atuação ineficaz e, até mesmo, descontentamento profissional significativo.

Pactuando com essa perspectiva Oliveira (2012) diz que o ambiente intensivo apresenta algumas peculiaridades, como: a rapidez, a destreza, a tensão, o constante contato com o limite, com a morte eminente e tudo isso acaba afetando a equipe de saúde, o paciente e a família,

desenvolvendo um clima de estresse e tensão bastante exacerbado, que se torna mais intenso quando associado à personalidade, à história de vida, à dimensão individual do sofrimento, à dimensão cultural e social, entre outros aspectos. Por ser um local que lida com pessoas em estado grave, com problemas agudos e recuperáveis, a equipe multiprofissional fica em estado de alerta para qualquer intercorrência, frente a isso há uma grande probabilidade desses profissionais enfrentarem várias situações e o estresse é uma delas (SANTOS; ALVES; RODRIGUES, 2009).

As UTI's para se configurarem como tal precisam caracterizar-se como um setor fechado, logo essa característica, acaba ocasionando o estresse, devido ao ambiente e se agravando ao longo do tempo; outros fatores predisponentes tão importantes quanto são a sobrecarga de trabalho, a precariedade dos recursos materiais, a falta de profissional qualificado, as relações interpessoais conflituosas e os riscos ocupacionais, todos esses fatores levam ao esgotamento físico e emocional interferindo na qualidade de vida do mesmo (PEREIRA; MIRANDA; PASSOS, 2009).

### 3 MÉTODO

Levando em consideração a característica do objeto de estudo, optou-se pelo método de pesquisa baseado na *Grounded Theory*, considerada uma teoria indutiva e dedutiva baseada na flexibilidade da fluidez da imaginação do pesquisador, fundamentada na análise sistemática dos dados, no qual o propósito é elaborar um conceito sobre um determinado fenômeno estudado, trazendo esclarecimento sobre ele (CHARMAZ, 2009).

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico para esta pesquisa, devido a este método primar por “dar voz” às pessoas que estão na prática do mundo real, vivendo o que alguns profissionais não sabem, uma vez que essa teoria parte do princípio do “privilegio epistêmico”, onde as pessoas que estão em baixo da pirâmide de poder tem mais acesso a realidade, tendo condições de identificar corretamente como as coisas funcionam de verdade, característica que os profissionais que dão as ordens não apresentam, por não se permitirem vivenciar essa realidade de fato e de direito (CHARMAZ, 2009).

Toda a experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução. A consideração deste pressuposto é de vital importância para que se consiga entender a realidade de um grupo vivida em um determinado ambiente, o que foi possível ser realizado pela pesquisadora, permitindo conhecer o sofrimento e adversidades relatadas, devido sua inserção no ambiente de trabalho pesquisado.

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa e interpretativa, baseada na Teoria Fundamentada em Dados, na modificação construtivista proposta por Charmaz em 2009. Na pesquisa qualitativa a abordagem dá-se de forma subjetiva, com ênfase na interpretação dos resultados e atribuição de significados, que não podem ser traduzidos em números, denominada também como análise intersubjetiva (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2013).

No agnosticismo teórico o pesquisador não fica preso a teorias já formuladas e apresentadas, e sim cria seus próprios fundamentos pautado em suas experiências e aprendizados, procurando deixá-los evidentes como conceitos sensibilizadores. O pesquisador evita alinhar os achados de forma precoce a modelos teóricos existentes para promover uma "escuta" mais aberta dos depoimentos dos participantes (HENWOOD; PIDGEON, 2010)

A pesquisa qualitativa deste estudo apropriou-se da aquisição de dados por meio de entrevistas, alcançada através do contato direto da pesquisadora na situação experienciada. Este tipo de estudo não pode ser quantificado, por envolver questões muito peculiares e aprofundar-se no universo dos significados dos valores e dos fenômenos humanos (MINAYO, 2010).

A *Grounded Theory*, também conhecida como Teoria Fundamentada em Dados (TFD), foi eleita como método para elucidar como certo grupo de indivíduos vivem uma determinada realidade e como lidam com os desafios encontrados nela (CHARMAZ, 2009). “Uma teoria geralmente é mais do que um conjunto de resultados; ela oferece uma explicação sobre os fenômenos encontrados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 35).

Essa abordagem surgiu a partir de estudos realizados pelos sociólogos americanos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, nos Estados Unidos, no início da década de 1960, onde desenvolveram técnicas para a análise de dados qualitativos, ao estudarem o processo de morte em áreas hospitalares, mesmo tendo cada um, tradições filosóficas diferenciadas. Strauss já trabalhava na pesquisa qualitativa, enquanto Glaser ainda era influenciado pelos métodos quantitativos (STRAUS; CORBIN, 2008).

Strauss foi imprescindível no entendimento de que é necessário a saída do pesquisador para o campo de estudo para perceber e sentir o que realmente está acontecendo, considerando a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das relações humanas, propondo que “a análise qualitativa sistemática tivesse sua própria lógica e pudesse gerar uma teoria”, direcionando a pesquisa qualitativa para além dos estudos descritivos, produzindo compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados (CHARMAZ, 2009, p. 19).

A Teoria Fundamentada em Dados possui algumas particularidades como a adaptabilidade, no qual as categorias emergem, valorizando a expressão abstrata dos dados. Outra particularidade é a funcionalidade, resultando ser a teoria significativamente pertinente e capaz de interpretar, compreender e explicar o fenômeno estudado e a última particularidade é a capacidade de modificar a teoria à medida que surgem novos dados. As categorias pré-existentes podem moldar-se aos dados, porém a função do pesquisador é elaborar uma “adaptação emergente” entre os dados e categorias pré-existentes, garantindo que estas continuem funcionais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com Charmaz (2009) os elementos essenciais no processo de construção da Teoria Fundamentada em Dados são: a amostragem teórica, entendida como um recurso de coleta de dados em que o pesquisador pode decidir quais dados serão coletados e onde encontrar os mesmos para que possa desenvolver sua teoria. A codificação, nomeia os dados de acordo com o que eles indicam. O memorando é caracterizado como um conjunto de informações

armazenadas que poderão ser utilizadas para melhorar as reflexões sobre os fenômenos. As notas de campo, entende-se como todas as observações realizadas durante a permanência do pesquisador no campo e, por último, a saturação teórica, que é determinada quando ocorre a exaustão dos dados.

A enfermagem tem ampliado muito a utilização da teoria fundamentada em dados em suas pesquisas, devido à sólida contribuição trazida por este método, promovendo uma compreensão mais dinâmica dos fenômenos estudados e pouco explorados, gerando modelos e teorias. Através de sua coleta de análise de dados sistematizada, a teoria fundamentada em dados determina e encaminha um marco útil para conduzir o pesquisador na ciência das ações interpessoais entre os indivíduos no contexto do cuidado (DANTAS et al, 2009).

Para Dantas et al (2009) a teoria fundamentada em dados, como método de pesquisa qualitativa na área da enfermagem, vai além de instrumentalizar um complexo de métodos e técnicas, envolve ainda uma forma inusitada de pesquisar, analisar, refletir e avaliar sobre um determinado fenômeno social, reunindo informações a partir dos dados encontrados e analisá-los de forma a criar uma teoria. A reflexão desse fenômeno estudado partiu da necessidade de compreender a relação entre processo vivencial do profissional de saúde na terapia intensiva e o cuidado ao paciente crítico, visto que as relações sociais, transcendem a perspectiva biomédica, comum no processo saúde-doença, podendo promover assim um ponto de equilíbrio nesse contexto.

### **3.2 Cenário**

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências das Unidades de Terapia Intensiva adulto, pediátrica, neonatal e coronariana de uma instituição pública de referência Estadual em psiquiatria, cardiologia e nefrologia, situada no município de Belém, no Estado do Pará. A eleição dessa Instituição deu-se pelo fato de ser um hospital público, possuir um quantitativo variado e considerável de UTI's na região Norte, ter como padrão de excelência a humanização, bem como por critério de conveniência, por ser a pesquisadora funcionária do próprio hospital. Todos os leitos das distintas unidades do referido Hospital são de internação via “Central de leitos” e demanda espontânea devido também atender “porta aberta” na urgência e emergência (FHCGV, 2012).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possui 10 leitos para recém-nascidos internados via “central de leitos”, com faixa etária de 0 a 28 dias, priorizando-se os casos de cardiopatia e prematuridade como recomenda a referência do hospital. O atendimento é feito

por uma equipe de saúde multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, psicólogos e fonoaudiólogos exclusivos deste setor.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é uma unidade geral com 08 leitos que atende menores com idade de 29 dias a 14 anos, priorizando-se os casos de cardiopatia. O atendimento dá-se por uma equipe de saúde multiprofissional formada por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, psicólogos e por último fonoaudiólogos que não são exclusivos deste setor, porém são muito solicitados para entendimento nesses pacientes.

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto é uma unidade geral, que atende especialidades variadas, composta por 11 leitos, também formada por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e psicólogo, não havendo fonoaudiólogo para atendimento exclusivo deste setor, sendo solicitado da neonatologia quando necessário.

A Unidade Coronariana atende pacientes coronariopatas com idade superior a 16 anos, tem uma totalidade de 10 leitos e sua equipe multiprofissional é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e psicólogos, não havendo fonoaudiólogo para atendimento exclusivo deste setor, sendo solicitado da neonatologia quando esporadicamente necessário.

### **3.3 Participantes**

Participaram da pesquisa dezenove profissionais de saúde sendo, três psicólogos, oito fisioterapeutas e oito enfermeiros, distribuídos pelas unidades de uma instituição pública referência em Belém, Pará da seguinte forma: na unidade coronariana foram entrevistados três fisioterapeutas, dois enfermeiros e um psicólogo, na UTI adulto foram um fisioterapeuta, dois enfermeiros e um psicólogo, na UTI neonatal foram dois fisioterapeutas, dois enfermeiros e um psicólogo, que também dá suporte para a UTI pediátrica, e na UTI pediátrica foram dois fisioterapeutas e dois enfermeiros, no período de 01 de Abril a 20 de maio de 2014 e com experiência de no mínimo três meses nos respectivos setores. A maioria destes informantes eram do sexo feminino, na faixa etária entre 34 e 43 anos, casados e com filhos.

A escolha dessas categorias profissionais para o estudo se deu pelo fato de serem profissionais de saúde com o terceiro grau completo, que desempenham um papel importante na estabilização do quadro agudo e reestabelecimento da saúde dos pacientes internados nestes setores, além de não haver nenhum estudo sobre o tema nesta região. É importante ressaltar que a classe médica não fez parte desse estudo devido à experiências anteriores não satisfatórias em

relação a adesão, por esse motivo, ficou determinado desde o início, que essa classe profissional não seria incluída na pesquisa.

Os fonoaudiólogos não foram entrevistados por falta de disponibilidade em realizar a pesquisa nos momentos em que ocorreram as abordagens, isso se deu pelo fato de serem apenas um em cada turno, manhã e tarde, e terem que suprir não apenas a neonatologia, mas também a pediátrica e os chamados da adulto. O total de funcionários que fazem assistência nas UTI's pesquisadas são sessenta e três, sendo quarenta enfermeiros, dezessete fisioterapeutas, quatro psicólogos e dois fonoaudiólogos.

### **3.4 Procedimentos**

#### **3.4.1 Recrutamento**

O recrutamento dos participantes deste estudo foi realizado conforme disponibilidade dos serviços de cada unidade. Os dezenove profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram convidados pela pesquisadora de forma individual, para a realização da entrevista em uma sala reservada dentro de uma das dependências das próprias unidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, o TCLE foi lido e explanado aos participantes, informando a magnitude da pesquisa, ficando a pesquisadora sempre disponível para qualquer esclarecimento da parte dos mesmos. Vale ressaltar que as chefias de cada setor não foram informadas quanto aos profissionais que participaram deste estudo, mantendo assim o sigilo em relação a identidade de cada entrevistado. As visitas ocorreram em todos os turnos (manhã, tarde e noite) para que se pudesse alcançar o máximo de participantes, com um tempo médio de 45 minutos para cada abordagem, no período de 01 de abril a 20 de maio de 2014.

#### **3.4.2 Coleta de dados**

A seleção dos 19 participantes foi baseada nos princípios da amostragem teórica da *Grounded Theory*, ou seja, a amostra é formada conforme as opções de variáveis, em um grupo estudado que não é fechado, mas a sua escolha é intencional (CHARMAZ, 2009). A pesquisadora procurou profissionais de saúde atuantes nas UTI's selecionadas e que estavam dispostos a falar sobre o estresse vivenciado dentro deste ambiente, com base na realidade dessa amostra.

Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, sendo em seguida consultados quanto à sua disponibilidade e aceitação em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), conforme as recomendações da Resolução nº 466/12. Posteriormente, foram contatados no próprio setor de trabalho e agendado horário conforme disponibilidade e necessidade do serviço. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC/Goiás, sob o Parecer nº 555.335.

A coleta de dados foi realizada em apenas uma única etapa, com cada participante, não havendo a necessidade de retorno, sempre no horário de visita dos familiares dos pacientes, por ser o horário mais propício para os profissionais, segundo informações dos mesmos, pois este é o momento em que a equipe se afasta dos cuidados diretos aos pacientes para favorecer a interação familiar.

Inicialmente foi realizado pela pesquisadora um “mergulho” no campo de pesquisa para observar o comportamento dos grupos nesses ambientes. Essa imersão contribuiu para aguçar a sensibilidade teórica da pesquisadora. Sequencialmente, foram realizadas a execução da entrevista, composta por duas perguntas abertas, já em uma sala reservada para isso, sendo apresentado um roteiro, composto por duas perguntas abertas, com a finalidade de compreender a vivência dos profissionais e identificar os fatores contribuintes para o estresse nesse ambiente. Para que não se perdesse nenhuma informação a respeito dos dados coletados e para fidedigna transcrição dos relatos, a mesma foi registrada com um gravador de áudio portátil do tipo MP<sub>3</sub>, após a autorização e assinatura do TCLE pelos mesmos.

Aos participantes foi garantido um local protegido acusticamente, com ventilação e iluminação adequadas, longe da circulação de pessoas a fim de garantir o sigilo das informações obtidas. Em todo momento da pesquisa foi garantido o contato com o pesquisador por meio de telefone particular, contato pessoal, ou e-mail deste. Enfatizando ainda, que não houve em nenhum momento, contratemplos ou interferência durante a realização da coleta dos dados.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com questões abertas referentes à temática abordada no estudo e ocorreu simultaneamente à análise dos dados coletados, uma vez que, para cada nova coleta, é preciso que a entrevista seja analisada criteriosamente com o objetivo de verificar os códigos nela contidos para que na próxima entrevista os dados sejam melhor investigados e identificados. Se durante a entrevista, surgirem novos questionamentos, a teoria fundamentada é uma metodologia flexível que permite reformular, incluir e excluir perguntas para melhor compreensão do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para o processo de coleta de dados das entrevistas, foi respeitado o julgamento da **saturação teórica**, que ocorre quando não há mais novas informações relevantes acerca das respostas de cada novo participante acrescido, sugerindo assim que essas informações se tornem reincidentes dando mostras a exaustão, considerando portanto que a coleta de dados deva ser interrompida, pois os dados já coletados tem condições suficientes de responder à questão da pesquisa (TURATO et al, 2008).

### 3.4.3 Procedimentos éticos

Os resultados desta pesquisa serão publicados no meio científico independente de resultados positivos ou não. O pesquisador realizou uma devolutiva sobre a pesquisa para a diretoria e funcionários da Instituição coparticipante, ressaltando-se o cuidado em não identificar qualquer participante, realizando assim uma exposição global dos dados. Para elucidar melhor a análise dos dados obtidos com a pesquisa, os participantes do estudo foram caracterizados com as letras do alfabeto (UCA A, UCAB, ...) para UTI Coronariana; (UTI A, UTI B ...) para UTI Adulto; (UTI ped A, UTI ped B, ...) para UTI Pediátrica e (UTI neo A, UTI neo B ...) para UTI Neonatal.

Não ocorreu nenhum prejuízo moral ou psicológico durante a realização do estudo, porém se ocorresse qualquer inconveniente ou contratempo em que os participantes se sentissem prejudicados, foi salvaguardado pela pesquisadora em comum acordo com o hospital, o atendimento gratuito no Serviço de psicologia, (conforme Declaração em anexo).

### 3.4.4 Análise dos dados

A análise qualitativa foi baseada na *Grounded Theory*, na alteração sugerida por Charmaz (2009), onde tem como meta os dados e os campos em estudo, para poder elaborar sua teoria através de compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados com a finalidade de explicar os dados encontrados, ou seja, compreender como um determinado grupo de pessoas vivem certa situação e como lidam com os desafios experienciados (CHARMAZ, 2009).

A imersão baseou-se na ambientação durante as práticas laborais dos profissionais, com a finalidade de alcançar uma familiaridade com os conteúdos que apareceram durante as entrevistas. Foram realizadas observações nas quatro unidades pesquisadas, as anotações no caderno de campo contribuiriam para aprimorar percepções que ajudaram no entendimento das

entrevistas. Depois dessa investigação de campo, as entrevistas foram iniciadas, focando na vivência e experiências dos profissionais no ambiente da terapia intensiva.

A coleta e análise dos dados foram realizadas de forma concomitante, ou seja, após a realização de uma entrevista a análise desta foi realizada logo em seguida para que se pudesse perceber falhas ou lacunas a serem resgatadas no realizar de cada outras entrevistas subsequente, pois esse processo de análise contribui para aprimorar o próprio processo de coleta dos mesmos. Tudo realizado de acordo com a transcrição de cada relato, conforme sugere a literatura estudada, entrevista, transcrição, leitura, análise e memorando (DANTAS et al, 2009).

Durante a etapa analítica, houve a necessidade de desprendimento momentâneo de todo entendimento e experiências prévias, para que a partir daí pudesse surgir novas ideias e interpretações sobre o fenômeno estudado. A percepção faz-se necessária para que se possa captar os significados dos dados e identificar a relação entre os conceitos, o que significa perceber além do evidente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A partir desse momento foi iniciada uma leitura exaustiva dos dados obtidos, fazendo recortes através de unidades de significados para a codificação, expressada por uma palavra ou uma sentença, denotando seu real significado para o investigador, dentro do contexto analisado, onde o conjunto desses códigos emergiram as categorias compreendidas (CHARMAZ, 2009).

O processo de codificação foi realizado de forma criteriosa e cautelosa, e para proceder essa análise rigorosa, fez-se necessário percorrer cinco etapas claramente distintas e temporalmente separadas, descritas a seguir segundo Strauss e Corbin (1990). A primeira etapa denominada de “codificação aberta” foi o momento em que se percebeu a problemática vivenciada pelos entrevistados, localizando o pesquisador na realidade expressada, para se identificar cada situação em códigos, ou unidades de sentido, dando início no processo de análise (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2011, p. 96).

Em seguida, a esta iniciou-se a “codificação focalizada”, denominada como a segunda etapa do processo de análise, que elucidou um novo direcionamento aos códigos, deixando-os mais refinados e significativos, como tentativa de expressar maiores segmentos dos dados; essa etapa tem como objetivo identificar a similaridade entre os códigos encontrados nos vários relatos transcritos e analisados, para a partir daí construir as subcategorias e categorias interligadas entre si. Neste sentido os códigos foram alocados a margem do texto à medida em que surgiam, e mais, esta análise por sua própria natureza e subjetividade foi realizada em duas etapas, a codificação linha a linha e, posteriormente, a codificação focalizada (CHARMAZ, 2009).

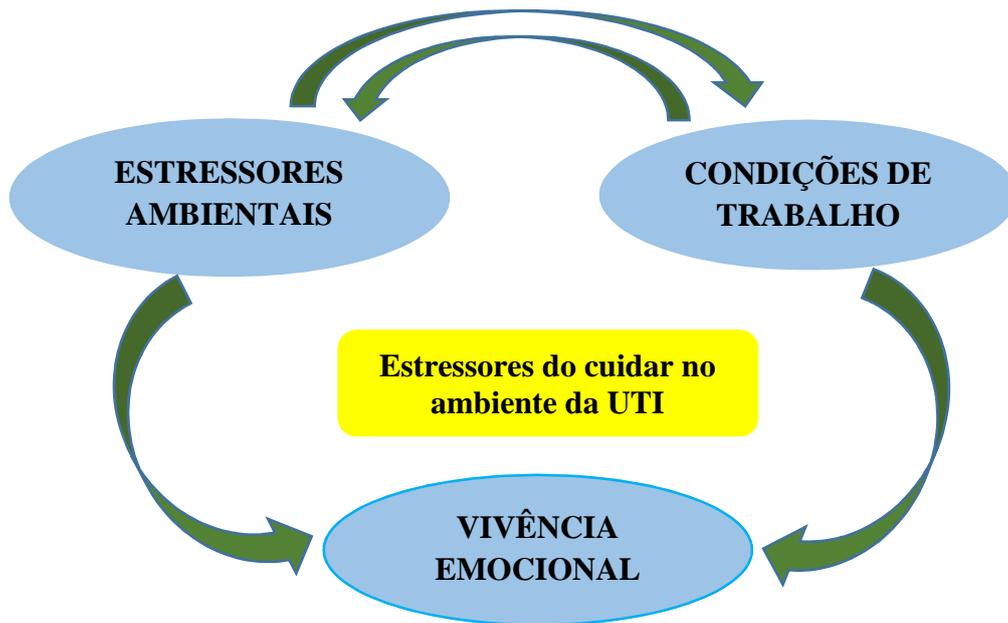
A terceira etapa estabelece a “codificação axial”, a qual seleciona e refina as categorias resultantes da codificação aberta, sendo realizada através da estreita relação entre as categorias e subcategorias, determinada pela seleção das categorias mais expressivas e instituídas como fenômeno central, dando sentido a análise emergente (PINTO, 2012).

Na quarta etapa denominada “codificação teórica” foi realizado o reconhecimento da familiaridade entre as categorias emergentes, diferenciando as possíveis relações entre as categorias desenvolvidas na codificação focalizada. E, finalmente, na última etapa designado como “redação do manuscrito” no qual foi realizada a associação dos dados coletados com a literatura do assunto pertinente (CHARMAZ, 2009).

## 4 RESULTADOS

No caminho metodológico percorrido neste estudo, A vivência do estresse profissional no ambiente da terapia intensiva pode ser descrita nas categorias, que foram denominadas: “estressores ambientais”, condições de trabalho” e “vivência emocional”. (Figura 1).

Figura 1 – Modelo geral – discriminação das categorias.



Fonte: Da autora (2014).

De acordo com os procedimentos da Teoria Fundamentada em Dados, proposta por Charmaz (2009), dos relatos das entrevistas analisadas, foram definidas três grandes categorias desenhadas a partir de três subcategorias extraídas dos quatorze códigos identificados. Essa compreensão ficou estabelecida como: Categoria 1- “**Estressores Ambientais**” com a subcategoria: *Condições ambientais* (códigos: inadequação da planta física, poluição sonora e climatização).

Categoria 2 - “**Condições de Trabalho**” elaborada a partir das seguintes subcategorias: *Déficit estruturais* (códigos: pressão pela baixa remuneração, sobre carga de trabalho, déficit de insumos e mobiliário insuficiente); a segunda e última subcategoria encontrada foi *Ciclo de responsabilidade* (códigos: falta de compromisso profissional, cobrança entre profissionais).

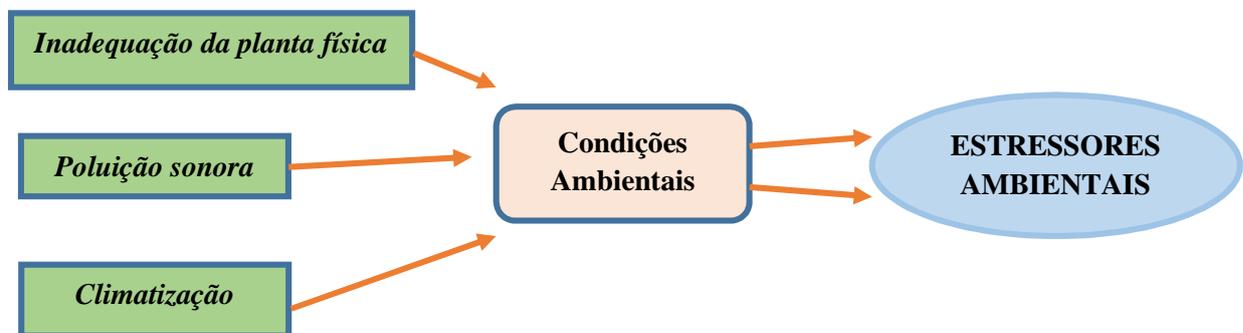
E, a Categoria 3- “**Vivência Emocional**” advinda das seguintes subcategorias: *Relações de poder*, *Comunicação ineficaz*, *Envolvimento pessoal com o paciente*, *Preocupação com a competência profissional* e *Satisfação com o trabalho*, as quais se interligam entre si

quando o assunto abordado foram os estressores encontrados no ambiente da terapia intensiva vivenciado pelos profissionais analisados, fechando um ciclo que justifica o interesse e permanência dos profissionais neste ambiente de trabalho.

#### 4.1 Estressores ambientais

Na categoria estressores ambientais foram descritos aspectos relacionados as condições ambientais.

Figura 2 – Códigos, subcategorias e categoria “Estressores ambientais”.



Fonte: Da autora (2014).

Foram identificados vários fatores que contribuem com desequilíbrio no ambiente de trabalho, relatado pelos profissionais de saúde que atuam nas UTIs. Os estressores ambientais foram um dos contribuintes para o incômodo de se trabalhar neste setor, pois para que se tenha um bom rendimento profissional o mesmo deve se sentir confortável para a realização de suas funções habituais, situação não observada nos relatos dos setores pesquisados, onde esta categoria foi definida a partir do refinamento de uma subcategoria, denominada como condições ambientais.

##### 4.1.1 Condições ambientais

###### a) Inadequação da Planta Física

Em relação ao ambiente físico pode-se perceber em vários relatos a insatisfação com a planta física de algumas unidades onde atuam, situação exclusiva das UTI's neonatal, pediátrica

e adulto, deixando conseqüentemente esses profissionais vulneráveis ao estresse, de acordo com as próprias informações coletadas, como mostra nos relatos a seguir.

... A falta de estrutura física para os atendimentos mais demorados, não dá pra ser no leito, é muito apertado... A gente precisa ter um lugar, uma sala, as vezes nem a cadeira tem. (UTI Neo A).

...torna-se às vezes difícil pelo espaço físico que nós temos aqui... onde exige um espaço maior e melhor para você trabalhar... (UTI Neo B).

... e o espaço também que a gente trabalha é muito ruim, esse espaço físico devia ser bem melhor. (UTI Ped A).

... uma coisa que é muito ruim é o espaço inadequado, essa questão de não termos um banheiro e um repouso dentro do setor, infiltração nas paredes de dentro do setor, isso é muito ruim, isso estressa o grupo... (UTI Neo C).

Os depoimentos abaixo mostram que essas unidades de terapia Intensiva não são bem elaboradas, estruturadas e não seguem a norma padrão de elaboração da planta física de unidades de saúde, existentes em protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde.

A estrutura física da UTI, que não permite uma visualização de todos os pacientes, nós temos uma UTI de onze leitos em que a visualização fica muito mais restrita para uma metade, e a outra a gente não consegue ver ao mesmo tempo.” (UTI Adulto A).

... começa pela estrutura física, que é pequena pra nossa demanda, né? Mediante que nós temos que ter várias áreas de apoio pra desenvolver o trabalho com qualidade. (UTI Ped B).

e ... tem a planta física, tem o balcão que ele não é adequado pra nossa atividade... nosso repouso tem que ser mais adequado, ser de forma separada dos outros profissionais... (UTI Adulto B).

... o nosso repouso é um ovo, bem que eu só entro na hora do descanso mesmo, mas eu acho muito ruim ficam cinco pessoas aqui dentro, é pequenino. (UTI Ped C).

Foi percebido através dos relatos desses profissionais que os espaços são inadequados para se trabalhar, executar tarefas que acontecem de formas inesperadas fazendo com que a equipe se choque durante as intercorrências, que não há um salão adequado que favoreça a visualização de todos os leitos para assegurar assistência imediata aos pacientes críticos, o espaço destinado ao descanso da equipe é desconfortável e inadequado, dificultando o pouco tempo que o profissional tem para descansar, principalmente quando este está realizando doze ou mais horas de plantão, no qual precisam ter pelo menos uma hora de descanso, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes críticos.

## b) Poluição Sonora

Outro fator extremamente importante durante as atividades laborais e que foi muito mencionado, foi o barulho evidenciado dentro desse ambiente, que teoricamente deveria ser silencioso, calmo e tranquilo tanto para os pacientes como para os profissionais que ali atuam.

Infelizmente, não foi isso o encontrado nesses setores, em todas as unidades pesquisadas, os profissionais relataram uma poluição sonora significativa e que muitas vezes não se tem muito o que fazer porque é da própria rotina desse tipo de serviço, onde podemos destacar alguns aparelhos extremamente importantes para o cuidado a beira do leito, como: bombas infusoras, ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, telefone, discussão de casos de paciente, como nos relatos a seguir.

As unidades de terapia intensiva, elas são de uma certa forma muito barulhentas por conta dos aparelhos que tem que tá sempre com seus alarmes ligados. (UTI Adulto D).

Os alarmes do monitor, bomba infusora as vezes me incomoda, tem gente que parece que nem escuta... (UTI Ped C.).

É um ambiente estressante pelo barulho de monitores, bombas infusoras... (UTI Ped B).

... o barulho dos monitores e bombas de infusões, a gente sempre comenta que normalmente, horário de visita e troca de plantão, elas resolvem alarmar... (UTI Ped D).

Os alarmes dessas bombas infusoras, dos equipamentos, do ventilador isso é enlouquecedor... o principal fator que me afeta são os alarmes dos aparelhos, enfim os efeitos sonoros deles começam a te estressar e vai te irritando... (UTI Ped A).

## c) Climatização

Foi observado um descontentamento importante em relação a climatização do ambiente, onde este aspecto foi mencionado pelos profissionais entrevistados atuantes em todas as UTI's investigadas, adulto, pediátrica, neonatal e unidade coronariana, situação esta que evidencia uma variação de temperatura em todos os turnos e que dificulta a realização de suas atividades laborais de forma satisfatória, expondo-os a situações desagradáveis e desgastantes gerando uma situação que pode ser favorável ao estresse.

É muito frio. Então a gente precisa trazer algum agasalho de casa, porque trabalhar com frio... é muito desconfortável, isso acaba gerando um estresse muito grande na equipe. (UCA A).

É muito frio aqui a noite... fico as vezes estressadas com isso, as vezes não dá vontade de ficar aqui, é muito desconfortável... (UTI Ped D).

Aqui o negócio é complicado, às vezes fica muito quente, tudo bem que não pode ficar muito frio devido os recém nascidos... mas temos duas central e só funciona uma... Trabalha-se no calor né?? Fazer o quê? (UTI Neo E).

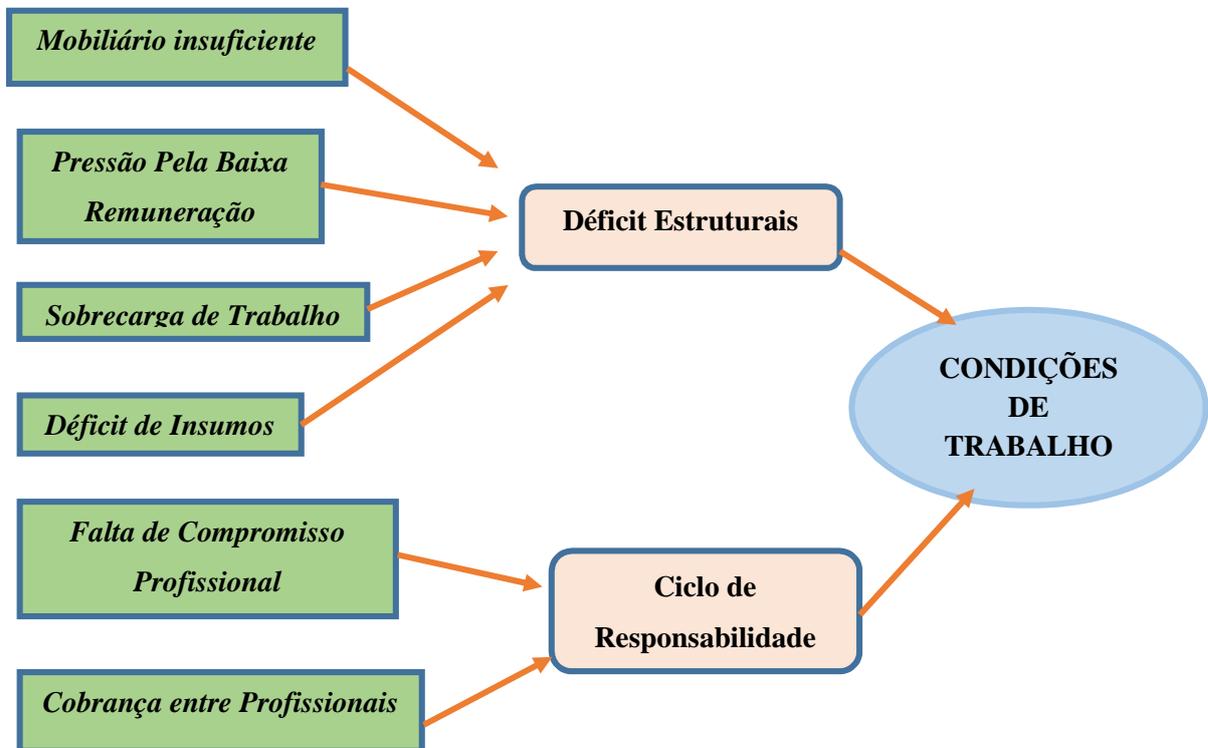
... tem o frio que isso também é.... contribui pra... elevar o estresse, agente também já viveu momentos de calor.... com o ar-condicionado quebrado...agora colocaram uma central interna aqui dentro... e vive desregulada... ninguém acha o controle.... E no final das contas fica congelante esse setor. (UTI Adulto A).

...A questão da climatização, que por muitas vezes a gente fica com problema na parte do ar condicionado, ficando muito quente, ou muito frio... isso dificulta muito o nosso trabalho. (UTI Ped C).

## 4.2 Condições de trabalho

Na categoria condições de trabalho foram descritos aspectos relacionados ao déficit estrutural e ao ciclo de responsabilidade.

Figura 3 – Códigos, subcategorias e a categoria “Condições de trabalho”.



Fonte: Da autora (2014).

Para que o profissional exerça sua atividade laboral de forma satisfatória, este ambiente deve fornecer condições de trabalho adequadas para o desenvolvimento do cuidado ao paciente crítico. No decorrer da análise dos dados percebeu-se a sobrecarga de trabalho, a pressão pela baixa remuneração, a falta de insumos e de mobiliários adequados como fatores que comprometem o desenvolvimento do cuidado de qualidade.

#### 4.2.1 Déficits estruturais

##### a) Mobiliário Insuficiente

Foram descritos a falta de vários instrumentos necessários para a realização e execução do trabalho de forma correta e prazerosa, como cadeiras, mesa, balcão, lixeiras apropriadas, permitindo que muitos profissionais esboçassem nitidamente uma certa insatisfação, dificultando o trabalho e deixando o meio favorável ao desgaste físico e emocional do cuidador.

... um local pra gente escrever, evoluir, uma bancada maior. Se for olhar essa UTI é um estresse. Não tem uma quantidade de cadeiras pra você sentar... Você tem que se levantar pra dar lugar para outro escrever, lixeiras quebradas. (UTI Adulto C).

A falta de material prejudica muito o trabalho, cadeiras adequadas... Isso é desumano conosco, lixeiro com pedal... estão todos quebrados, temos que levantar a tampa com as mãos... isso é um absurdo. (UTI Ped D).

... agente não tem cadeira pra sentar adequadamente, isso é completamente inadequado ergonomicamente, não é saudável para nossa saúde... (UTI Adulto A).

##### b) Pressão pela baixa remuneração

A questão da remuneração salarial foi uma situação mencionada e percebida nestas duas falas representativas na UTI Adulto, que destacam e enfatizam a necessidade de se manter outro vínculo empregatício, pois o valor pago nesta Instituição não é suficiente para o seu bem estar, promovendo, por conseguinte um fator desgastante no profissional, pois os afazeres neste tipo de setor são de alta complexidade, necessitando assim do profissional uma maior atenção e habilidade, na realização das condutas terapêuticas cabíveis ao paciente crítico.

A remuneração salarial, também, é um ponto estressante porque nós não somos remunerados adequadamente da forma como merecemos... Para ganharmos um pouco mais, nós precisamos ter, no mínimo, dois empregos... a nossa carga horária de trabalho é muito alta, entendeu? Nós deveríamos ganhar mais pelo estresse, pela quantidade de trabalho que temos... (UTI Adulto B).

...outro ponto que eu posso ressaltar é o piso salarial baixo, o que nos força a ter mais de um emprego, se o nosso salário fosse bom, eu não precisaria ter três empregos, nos países desenvolvidos o profissional de saúde ganha bem, ele não precisa ficar que nem nós pulando de um lugar para outro... (UTI Adulto D).

#### c) Sobrecarga de Trabalho

Como o ambiente da terapia intensiva é uma unidade que lida somente com pacientes críticos e em muitas situações completamente dependentes, é muito comum encontrarmos sobrecarga de trabalho entre os profissionais que ali atuam. Ainda assim foi percebido que em algumas unidades como UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal há um certo descontentamento em relação ao acúmulo de tarefas executadas nestes setores, pois existem as exigências assistenciais e burocráticas que os profissionais acabam perdendo muito tempo executando-as e não ficando na assistência direta ao paciente como deveriam fazer, ou tentam fazer as duas e acabam se sentindo sobrecarregados por executarem tais funções.

O nosso serviço é muito cansativo, nós temos várias atribuições administrativas, assistenciais... nós fazemos muitos curativos, nós temos que supervisionar os técnicos, a mudança de decúbito, fazer exame físico minucioso. (UTI Adulto B).

Aqui o estresse maior é a sobrecarga de trabalho, várias condutas para fazer as vezes ao mesmo tempo, devido à gravidade da criança naquele momento ... (UTI Ped D).

... O perfil desses pacientes nos exausta, pois temos que realizar as vezes o mesmo procedimento repetidamente por necessidade do paciente, como é o caso dos pacientes crônicos que dependem de ventilação mecânica e que são muito secretivos... (UTI Adulto C).

#### d) Déficit de Insumos

A falta de alguns materiais de insumo é algo que não deveria ocorrer quando se trata de pacientes gravemente enfermos, porém percebeu-se nesse código que essa situação é bem comum de acontecer nesta Instituição de Saúde, talvez pelo fato de fazer parte de um serviço público, e por isso depender de períodos de licitações ou por talvez não ter profissionais qualificados para prover um quantitativo de material necessário para o consumo durante um determinado período.

O fato é que os profissionais têm que lidar com essa situação de falta de material para trabalhar e no final das contas ter que improvisar para que o paciente não sai prejudicado por algo que deveria ter sido previsto. Porém, essa situação acaba expondo o profissional aos improvisos que podem em alguma situação não dar certo e complicar o quadro clínico do

paciente, sobre caindo a culpa no profissional que tentou ajudar com alguma improvisação que não deu certo.

Um momento assim que a gente passa por estresse é quando falta material no local... não tem sangue no Hemopa, não tem antibiótico, tudo isso são motivos de estresse que a gente tem também. (UIT Ped D).

Eu acho que a falta de material é um fator que contribui bastante para o estresse, porque você precisa improvisar. (UCA A).

A gente tem que lançar mão de alguns improvisos pra poder não deixar de fazer algum procedimento nas crianças. (UIT Neo C).

... tem pouco material no hospital pra gente trabalhar de forma correta, as vezes agente improvisa muito. Ai isso gera um pouco de estresse... (UTI Ped B).

...em termo de material até tem, mas o que nos choca muito é quando a referência é cardiologia... e falta a prostadil (medicação)... Ai isso nos choca nos deixa impotente, porque a gente vem pra cá e o que podemos fazer se não tem... Isso não basta... não aceitamos isso... (UTI Neo A).

#### 4.2.2 Ciclo de responsabilidade

##### a) Falta de compromisso profissional

Pode-se observar neste relato que alguns profissionais não têm compromisso profissional com o colega, quando este informa de forma inesperada que não tem condições de trabalhar, ficando o outro à mercê da situação de ser obrigado a virar o plantão, realizando uma carga horária além do planejado.

É angustiante quando o telefone toca próximo da hora de terminar o plantão... e é o colega do outro lado da linha dizendo que não vem trabalhar... e você não pode ir embora, eu acho isso uma falta de compromisso com o colega... ninguém adoece de uma hora para outra... a não ser que seja um acidente... e muitas vezes é virose... (UTI Neo B).

Outra situação que ficou bem nítida de se perceber na fala dos entrevistados, foi quando alguns profissionais perderam a capacidade de compreender sua real função neste setor e esquecem que existem pacientes dependentes e que para poder ter a sua saúde restaurada necessitam que cada um desempenhe seu papel dentro deste ambiente de forma correta e, pelas narrativas observa-se que alguns acabam por não executarem seus cuidados de forma adequada, o que gera no grupo um certo desconforto, pois a partir das falhas surgem as cobranças reais para se alcançar a qualidade do cuidado, como evidenciado nos relatos abaixo.

Muitas vezes, a gente tem que cobrar mil vezes uma coisa que é rotina... parece que alguns colegas estão aqui apenas por tá.... Só pra receber seu salário no final do mês... e esquece que tem um ser humano dependendo dele.... Isso é muito chato. (UTI Adulto B).

... seria muito mais fácil se cada um se empenhasse em desenvolver o seu papel... Cada um fazendo o seu papel. Como isso não acontece a gente acaba tendo que cobrar a nossa equipe, assim como nós somos cobrados... (UCA B).

É muito difícil você colocar na cabeça das pessoas que você está aqui para trabalhar e cuidar bem dos pacientes, que na grande maioria das vezes são dependentes, mas isso é muito difícil, pra mim isso é uma falta de respeito com o paciente e falta de compromisso com a profissão escolhida... (UCA C).

## b) Cobrança entre Profissionais

O trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional nem sempre é fácil de se realizar, principalmente quando existe a exigência de um cuidado eficiente, eficaz e imediato, no qual um depende do outro para que se consiga alcançar o equilíbrio da saúde do paciente.

O cuidado dentro de uma unidade de terapia intensiva é muito complexo, pois lida com pacientes que devido ao seu estado crítico, podem instabilizar a qualquer momento e talvez seja por esse motivo que alguns profissionais ficam atentos para que o outro profissional está fazendo com cada paciente. Porém, percebeu-se nas narrativas abaixo a falta de manejo em como realizar e lidar com essas cobranças e se realmente a cobrança se faz necessária, deixando assim alguns profissionais descontentes e em muitas situações irritados com tais acontecimentos, como é exibido nos relatos abaixo.

Então nós somos cobrados todos os dias pra isso e como nós somos enfermeiros e nós somos líderes de equipe, a gente tem que cobrar a nossa equipe de técnicos, que já gera, um estresse pra nós. (UTI Adulto A).

A cobrança profissional... exigindo um do outro então acaba gerando as vezes estresse momentâneo, mas nada que não seja pro bem da criança. (UTI Neo D).

... a pressão dos profissionais médicos entendeu?? É toda hora... e a gente tem que ter muita atenção, redobrada, então toda hora eles ficam... olha tem fazer isso, tem que fazer aquilo, tem que tirar isso, é complicado... (UTI Ped D).

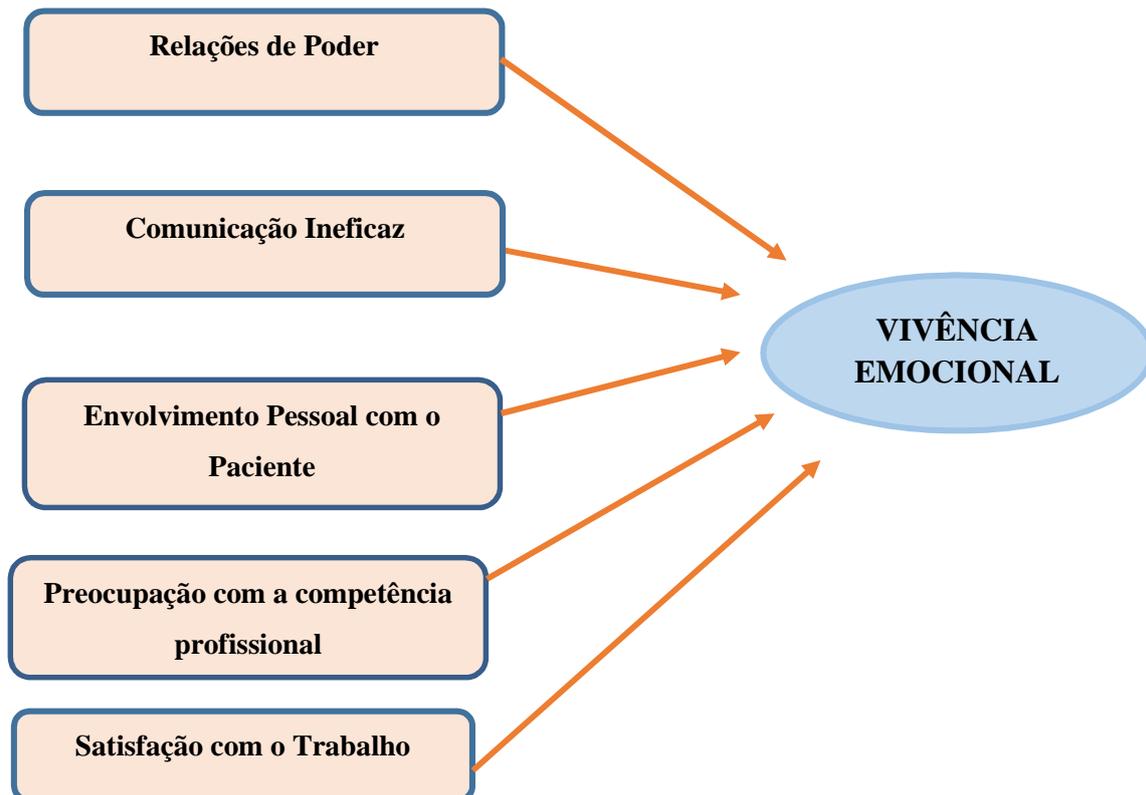
Às vezes alguns profissionais ficam olhando o que você fez ou deixou de fazer... e depois ficam te questionando porque o seu colega da mesma categoria fez assim e você não fez? Isso já gerou uma situação de estresse entre os profissionais... (UCA D).

## 4.3 Vivência emocional

Nesta categoria foram descritos aspectos relacionados a vivência emocional, no qual ela se interliga intimamente com as outras duas categorias descritas anteriormente no contexto da

vivência dos estressores do cuidar no ambiente da UTI. Considerada como a base de sustento para as outras categorias, que apesar dos contratemplos evidenciados, justifica a escolha e permanência desses profissionais neste ambiente. Ficando assim melhor representada pelo fluxograma abaixo.

Figura 4 – Códigos/subcategorias “Vivencia emocional”.



Fonte: Da autora (2014).

Nesta categoria pode-se também perceber nitidamente que a equipe de saúde entrevistada se sente muito incomodada com a forma de tratamento dispensada por outras categorias de profissionais não envolvidos no estudo, como revela nas subcategorias abaixo.

#### 4.3.1 Relações de poder

Foi observado exclusivamente na UTI Pediátrica que os profissionais de saúde entrevistados relataram um certo descontentamento com a forma de lidar de um certo profissional. Não sendo o trabalho ou a gravidade que os deixam incomodados, mas a forma em que são feitas as solicitações de procedimentos, interferindo até mesmo na decisão da

melhor conduta terapêutica designada ao doente crítico, deixando-os, devido a essa lacuna um tanto receosos em fazer qualquer objeção ou contra posição. Foi percebido claramente nos relatos, o clima de tensão que existe neste ambiente, deixando a equipe bem agitada e desconfortável.

Autoridade da chefia médica... a falta de diálogo, de respeito às vezes inclusive, por parte da chefia... e o ambiente acaba ficando muito tenso interferindo em nosso bem estar, quebrando o nosso equilíbrio. (UTI Ped A).

A própria questão da cobrança, né? Dependendo da maneira de como nosso serviço é cobrado aqui dentro. Às vezes por conta da chefia, de uma chefia maior...que não sabe pedir, que não sabe harmonizar o grupo. (UTI Ped B).

Então... pra mim o fator estresse aqui é uma cobrança indevida, uma cobrança sem respaldo, uma cobrança sem... sem nexos por parte da chefia médica... conflitar com uma pessoa que é a chefia e te diz que tens que fazer porque ela quer que faça assim, sem embasamento teórico nenhum? Aí nessa hora eu entro assim... na exaustão psicológica, entendeu. (UTI Ped C).

Neste setor principalmente a pressão da chefia médica que destrata as pessoas, que é mal educada, que trata mal mesmo, que não respeita, que não tem ética. Isso principalmente é o maior... é o maior fator de estresse e esse, e o tom de voz alta, agressividade verbal... (UTI Ped D).

#### 4.3.2 Comunicação ineficaz

Outro ponto importante a ser ressaltado é a comunicação deficiente. Ficou bem claro nos relatos que há deficiência na comunicação profissional entre as equipes atuantes na unidade coronariana, UTI neonatal e adulto. A comunicação é um fator necessário no ambiente de trabalho para que o mesmo não se torne desagradável e cansativo, culminando consequentemente no estresse, como mostra nos relatos abaixo.

O maior fator de estresse em muitos momentos é a maneira de falar com a equipe, a cobrança, a forma como ela é feita, que poderia ser de uma maneira mais amena pela situação de trabalho que vivemos... um pouco mais suave. (UTI Adulto D).

Muitas vezes tem profissionais que são difíceis de trabalhar, complicados, aí isso deixa a gente estressado mesmo... (UCA D).

A pior coisa é quando temos que falar para outro que ele tá fazendo errado e que precisa ser feito de outra forma, principalmente quando este é experiente, porque nem sempre você é bem interpretada no que quer dizer... isso me deixa muito mal. (UCA E).

Eu acho que o relacionamento interpessoal... lidar com pessoas é muito difícil, cada um tem um temperamento, um histórico, então acaba sendo difícil... (UTI Neo D).

Lidar com qualquer grupo de trabalho é difícil, ainda mais quando estamos dentro de um ambiente que é muito favorável ao estresse... (UCA B).

### 4.3.3 Envolvimento pessoal com o paciente

Foi percebido nas entrevistas que muitos profissionais tem dificuldade em lidar com o sofrimento do paciente e seus familiares, se sensibilizam e acabam se envolvendo com o que o paciente vive dentro deste ambiente tão peculiar, ou pelo tempo de permanência destes doentes ou pela própria história de vida que cada um traz, como pode ser observado nos relatos abaixo.

... questão do lado emocional, é algo que não é fácil, lidar com o sofrimento, tanto das criancinhas, quanto dos seus pais e seus parentes...isso é desgastante. (UTI Ped B).

...tem alguns pacientes que convivem tanto tempo conosco na terapia intensiva... que a gente cria um vínculo e acaba se envolvendo... (UTI Adulto C).

O agravamento da criança onde sabemos que já foi feito tudo que podia e ter que dar essa notícia pra família... isso é muito difícil... a equipe sofre junto. (UTI Neo C).

... as crianças aqui são extremamente graves, são todas cardiopatas, algumas vem de uma situação familiar de maus tratos de abandono, querendo ou não a gente acaba se envolvendo emocionalmente com essas situações... (UTI Ped A).

Durante a realização das entrevistas pode-se perceber que estes profissionais pesquisados se sensibilizam muito com a situação de cada paciente, principalmente quando este é criança. Os que atuam na UTI pediátrica foram os que mais relataram essa dificuldade no exercício da profissão, e que algumas vezes leva o profissional a um desgaste emocional importante. No caso dos pacientes crianças, ainda tem como agravante os pais, que estão diretamente ligados a esse contexto e tem acesso livre dentro desse ambiente, resguardado pelo próprio protocolo institucional.

Foi percebido também que quando, por ventura, o êxito no tratamento não consegue ser alcançado, o pior momento para eles, segundo as entrevistas, é ter que aceitar essa impotência, visto que apesar dos esforços, esses profissionais são apenas seres humanos qualificados para exercer tal função e que não lhes cabem a decisão de vida ou de morte

### 4.3.4 Preocupação com a competência profissional

Foi percebido nesse código que alguns profissionais sentem-se muito cobrados, por si mesmos, pela Instituição e pela própria sociedade no sentido de que o indivíduo e seus familiares que buscam por um atendimento de ponta e uma assistência de qualidade, se sintam seguros com o serviço oferecido nas UTIs, forçando-os a buscarem novos conhecimentos, independentes das atividades que já realizam e isso acaba deixando-os um pouco desgastados,

cansados e um tanto estressados, pois em algumas situações os mesmos não são liberados de suas atividades laborais para se atualizarem, forçando o profissional a estudar concomitantemente com suas atividades assistenciais, como demonstram os relatos abaixo.

A gente precisa sempre tá se atualizando. A cada ano, a cada mês, surge uma descoberta nova, surge um aparelho novo que a gente precisa tá sendo treinado... Eu não quero usar esse termo, mas, a gente não pode ficar pra trás, na verdade... (UTI Adulto C).

... mas isso também acaba exigindo uma carga de estudo, essa carga de estudo ela acaba me consumindo e as vezes é um pouco não cansativo, mas desgastante... (UCA E).

Às vezes é estressante porque essa complexidade exige muito gente, tem muita pressão em cima do profissional, pra ele saber atuar corretamente... (UTI Ped A).

#### 4.3.5 Satisfação com o trabalho

Diante de toda dificuldade vivenciada por estes profissionais ao longo de sua jornada na terapia intensiva, pode-se perceber na análise dos resultados, uma satisfação em atuar neste ambiente de trabalho, por vários momentos, e com isso promover a escolha em desempenhar suas tarefas nessas unidades. Foi observado que a satisfação de alguns se dá simplesmente pelo fato de se sentirem essenciais no tratamento e acompanhamento dos pacientes críticos que estão sob seus cuidados. A progressão e recuperação dos doentes culminando na alta hospitalar é uma das maiores prova de gratidão e reconhecimento que esses profissionais poderiam ter como retorno e isso faz com que se sintam mais satisfeitos com o trabalho desenvolvido nesta instituição, isso foi observado em todos os setores pesquisados como mostra nos relatos abaixo.

Aqui eu me sinto verdadeiramente enfermeira, aqui ninguém faz nada sem eu ter a ciência de que tá sendo feito, então eu me sinto completa. É uma satisfação trabalhar aqui nessa UTI, gosto muito sinceramente... (UTI Neo B).

Apesar do estresse que a gente sabe que existe, dos pacientes dependentes, procuramos trabalhar em conjunto com os outros profissionais, porque acaba que a gente é a ancora de tudo isso... (UTI Adulto D).

Eu me sinto satisfeita com o trabalho que eu exerço aqui... essa minha vivencia na UTI tem me acrescentado muito não só como profissional mais como pessoa... (UTI Ped A).

Quando a gente consegue diagnosticar a tempo a patologia e fazer a intervenção, juntamente com os outros profissionais é gratificante e vê que o nosso trabalho vale a pena. (UTI Ped C).

... gosto do que eu faço, não foi imposta a vinda pra cá, foi uma escolha, desde a época da faculdade, no final do meu curso já. Era bem definido na minha cabeça que eu queria fazer terapia intensiva, não visualizei fazer outra especialidade... (UCA F).

## 5 DISCUSSÃO

Para compreender a vivência do estresse profissional no ambiente da terapia intensiva de um hospital referência em Belém do Pará, fez-se necessário um estudo aprofundado a fim de perceber de que forma esses indivíduos conseguem lidar com o manejo diferenciado exigido neste tipo de ambiente, levando em consideração toda sua peculiaridade, distinção, competitividade e necessidade.

Diante disso a Teoria Substantiva emergente foi denominada “Vivenciando o estresse profissional no ambiente da terapia intensiva” sustentada pelas seguintes categorias, “Estressores Ambientais”, “Condições de Trabalho” e “Vivência Emocional” interligadas entre si no contexto dos estressores do cuidar no ambiente da UTI. Dentro delas foram identificados vários fatores favoráveis ao desgaste físico e emocional que podem deixar esses profissionais vulneráveis ao estresse ocupacional.

Ficou indubitável que os profissionais de saúde entrevistados nas quatro UTIs não se sentem satisfeitos de uma forma geral com o desenvolver de suas atividades, dentro do ambiente da terapia intensiva. A nitidez é clara ao se deparar com a categoria evidenciada no estudo denominado **Estressores Ambientais**, a qual foi extraída da subcategoria *condições ambientais*, e seus códigos planta física inadequada, poluição sonora e climatização, problemas estes que interferem diretamente no bem estar do grupo, podendo até mesmo atingir de forma direta ou indireta o cuidado realizado aos pacientes internados nestes setores.

A primeira categoria elaborada acusa como fontes de desgaste físico e mental, por parte dos profissionais entrevistados em relação às dificuldades ambientais impostas pelo próprio setor, a planta física, o barulho, a temperatura, tornando o trabalho diário mais dificultoso e desgastante. É importante ressaltar que em relação a planta física a unidade coronariana foi a única considerada como padrão pelos entrevistados, por ter sido projetada para esse fim, o que deveria servir de exemplo para as outras unidades.

Porém em relação as outras unidades pesquisadas como UTI neonatal, pediátrica e adulto a insatisfação foi geral em relação a planta física e isso se deu ao fato destas unidades não terem sido projetadas para ser um ambiente de Terapia Intensiva, sendo então improvisadas e adaptadas para este fim, dificultando as atividades rotineiras do setor, deixando consequentemente esses profissionais vulneráveis ao estresse, principalmente no momento em que todos os profissionais precisam agir ao mesmo tempo com o intuito de salvar a vida de um paciente que se encontra entre a vida e a morte, gerando assim uma sobrecarga a mais na equipe propiciando consequentemente o estresse.

Essas unidades envolvidas pediátrica, adulto e neonatal não são bem elaboradas, estruturadas e não seguem a norma padrão de elaboração da planta física de unidades de saúde, existentes em protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde (2002), que ressaltam a necessidade e importância de cada espaço e área dessas unidades tão complexas, com a finalidade em promover a diminuição do risco de infecção entre os pacientes e, até mesmo, o conforto para a equipe atuante nesse setor (MS, 2002).

Corroborando com essa ideia, Leitão, Fernandes e Ramos (2008) resalta que para se manter o equilíbrio entre a saúde do profissional e o ambiente de trabalho faz-se necessária a execução de práticas essenciais de segurança do trabalho como a ergonomia, higiene ocupacional e a adequação do ambiente, do mobiliário e do instrumental às necessidades do indivíduo.

Pesquisas realizadas por outros estudiosos revelaram vários fatores considerados estressantes pela equipe de saúde para esse tipo de ambiente como ruídos, iluminação, infraestrutura, recursos materiais para desenvolver o trabalho, promovendo desarmonia no grupo (TEIXEIRA et al, 2014).

O fato desse ambiente ser cheio de aparelhos que necessitam ter seus alarmes ligados para poder intervir em qualquer sinal mínimo de alerta, faz com que alguns profissionais absorvam esses sons e se acostumem a eles, ficando por sua vez imune ao som no momento que o alarme dispara ecoando dentro do setor. Isso promove uma poluição sonora ensurdecadora capaz de incomodar outros profissionais e, até mesmo, a maioria dos pacientes que estejam conscientes no setor, tornando assim um ambiente desagradável nesses momentos.

Rodrigues e Pereira (2011) no seu estudo realizado em enfermeiros que atuam em unidades críticas, evidencia que a estrutura física inadequada, espaço físico restrito e recursos ineficientes para a execução das tarefas diárias podem levar o funcionário a um certo nível de estresse. Meneghini, Paz e Lautert (2011) também reafirmam que as condições de trabalho inadequadas podem prejudicar o desenvolvimento das atividades do profissional, além de deixar a sensação de trabalho mal feito.

Bezerra (2012) em seu estudo sobre estresse ocupacional em enfermeiros alega que os recursos materiais insuficientes e instalações físicas improvisadas são cogitados como fator estressante para os profissionais de saúde que atuam em setores fechados, podendo até mesmo promover o imprevisto e, conseqüentemente, falhas no cuidado.

Esse tipo de situação deixa a equipe muito constrangida, porém sensível a situação do paciente, e acaba se vendo obrigada a trabalhar no imprevisto, gerando assim um certo descontentamento no grupo, por não ter material suficiente e adequado para poder executar suas

atividades com competência e profissionalismo, deixando a equipe muitas vezes em situação de estresse.

Outra categoria importantíssima que emergiu através deste estudo foi as **Condições de Trabalho**, haja vista que desta destacam-se os déficits estruturais, como: mobiliários insuficientes, pressão pela baixa remuneração, sobrecarga de trabalho e déficit de insumos; ainda, ciclo de responsabilidade como falta de compromisso profissional e cobrança entre profissionais, também considerados como preditores de estresse entre os profissionais dentro deste tipo de ambiente de trabalho, fatores que na maioria das vezes geram insatisfação entre os envolvidos no processo laboral das UTI's. Neste estudo foram encontrados os mesmos problemas já evidenciados por outros pesquisadores como Duarte, Nunes e Oliveira (2013); Valeretto e Alves (2013); Vieira et al (2013); Teixeira et al (2014) e Meneghini, Paz e Lautert (2011) entre outros.

Para se atuar de forma adequada e efetiva, oferecendo um serviço de qualidade aos pacientes críticos faz-se necessário que se tenha nestes ambientes os mobiliários adequados e suficientes para o exercício da profissão, pois o cuidar está diretamente relacionado com o bem estar do cuidador, se este se encontra insatisfeito ou incapaz por algum motivo, isso poderá refletir diretamente no atendimento oferecido ao doente internado.

A insatisfação com as condições de trabalho vivenciada nesses ambientes críticos, como a indignação pela falta de compromisso que alguns profissionais tem com o outro, com o paciente e, até mesmo, com o próprio serviço; afora isso, a insatisfação com a remuneração pelo tipo de cuidado oferecido e atenção redobrada que o profissional deve ter quando se refere à unidade de terapia intensiva e a decepção relacionada a desvalorização do profissional por alguns colegas de trabalho, interferindo conseqüentemente na confiança profissional de cada um.

Apesar de ter sido evidenciado em apenas dois relatos a insatisfação pela baixa remuneração, ainda é um fator vivenciado na realidade por muitos profissionais da área da saúde, o que acaba muitas vezes forçando o profissional a procurar outro vínculo empregatício com a finalidade de complementar sua renda mensal, estimulando conseqüentemente um sentimento de inferioridade em relação a outras categorias, algo não preconizado pelo SUS, que estabelece a isonomia salarial, ou seja, sem diferença de remuneração entre os profissionais graduados, evento que não é respeitado nesta Instituição Estadual.

Encontra-se também, em muitos estudos, alto índice de profissionais estressados que trabalham em Unidades de terapia intensiva. Duarte, Nunes e Oliveira (2013) mencionam que este tipo de ambiente é favorável ao desenvolvimento de estresse, devido ser um ambiente de

trabalho onde necessita de longa carga horária, extrema competência técnica e científica, habilidade de tomada de decisão e implementação de cuidados em tempo oportuno, posto que os profissionais precisam tomar decisões cruciais em relação à saúde do pacientes.

Concordando com os resultados deste estudo Valeretto e Alves (2013) divulgaram em suas pesquisas os fatores que podem desencadear estresse ocupacional e *Burnout*, como: os problemas organizacionais do tipo déficit de recursos humanos, sobrecarga laboral, falta de autonomia, relacionamento interpessoal, desvalorização profissional, baixos salários, grande responsabilidade e sobrecarga emocional. Vieira et al (2013) destaca também a desvalorização profissional, falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho como fatores desencadeantes de estresse no ambiente da terapia intensiva.

Teixeira et al (2014) e Meneghini, Paz e Lautert (2011) comungam da mesma opinião, revelando em seus estudos fatores desencadeantes de estresse no ambiente de cuidados críticos, como: sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficiente, baixa remuneração, mais de um vínculo empregatício, formação do profissional, relacionamento interpessoal, relação entre a teoria e a prática, atividades burocráticas e atuação assistencial/gerencial, jornada de trabalho prolongada, sobrecarga de atividades.

A última categoria evidenciada por meio da análise dos relatos dos participantes foi a **Vivência Emocional** subdividida em relações de poder, comunicação ineficaz, envolvimento pessoal com o paciente, preocupação com a competência profissional e satisfação com o trabalho. Pode-se destacar neste último código sentimentos diferentes, experienciado pelos participantes como a humanização e a satisfação entre os envolvidos, como se fosse uma forma de tentar superar todo o desgaste emocional vivenciado neste local, fato este que atenua as “dores subjetivas” um subterfúgio para tentar manter o equilíbrio profissional e não permitir que situações externas afete de forma negativa a recuperação do doente crítico.

O respeito ao ser humano é um valor que deve ser considerado por qualquer indivíduo, seja no âmbito pessoal ou profissional. Quando se refere ao ambiente de trabalho a falta deste implica em uma explosão de sentimentos como revolta, vergonha, indignação, raiva e insatisfação. Emoções que não podem ser preponderante ante a um ambiente onde se lida com pacientes críticos, necessitando a todo o momento além de habilidade e conhecimento científico, mas também de atenção, compromisso e equilíbrio do grupo, pois se trata de unidades que lidam com pacientes dependentes e fragilizados.

Pode-se perceber neste cenário um déficit no relacionamento interpessoal do grupo, o que acaba esbarrando na diferença entre chefia e liderança. O conceito atual de liderança sobrepõe-se ao antigo conceito de ser chefe. O bom líder é aquele que motiva e estimula o grupo

a desempenhar a sua função de uma forma mais prazerosa promovendo a satisfação no ambiente de trabalho, exercendo este, o papel de colaborador, ou seja, o ser que ajuda, mediador que serve e não aquele que é servido (HUNTER, 2004)

Por outro lado, o chefe é aquele em que apenas manda executar a ordem, sem dar espaço para qualquer argumentação de outros. Por conseguinte, para se encontrar o ponto de equilíbrio entre cada denominação deve haver entre a equipe de trabalho compreensão e boa vontade para que todos consigam alcançar cada um o seu maior objetivo: cuidar do outro.

Dessa forma corroborando com este estudo, compreende-se em pesquisa realizada por Dias (2013) que os profissionais que compõem a equipe multiprofissional estão insatisfeitos em relação a sua participação nas tomadas de decisão no setor em que trabalham, o que acaba deixando-os desmotivados. É importante salientar que essa situação pode ser amenizada através de estratégias como comunicação eficaz, reconhecimento, orgulho do trabalho executado, condições de trabalho adequado, sensação de ser útil e aceito, ser tratado como pessoa justa, que pode e deve ser ouvida.

Alves e Sá (2008) afirmam em seus estudos que não são apenas os equipamentos, materiais e conhecimento técnico-científico que determinam a qualidade do serviço oferecido ao paciente, mas também as relações estabelecidas pelos profissionais de saúde, seja para o usuário ou para equipe multiprofissional, que são derivadas das “éticas interativas e comunicacionais”. A comunicação interpessoal eficaz promove ao grupo satisfação na realização de suas responsabilidades profissionais diárias.

Para tanto, o ambiente de trabalho é considerado como *o habitat* laboral, onde o trabalhador deve alcançar meios de prover a sua existência de certa forma digna, sem ficar restrita à relação obrigacional, nem ao limite físico, uma vez que a saúde é tópico de direito de massa e o ambiente equilibrado, essencial a uma boa qualidade de vida, e direito constitucionalmente garantido no Art. 227 (CF 1988). Um local de trabalho adequado, ritmo de tarefas e relacionamento interpessoal são elementos que diariamente renovam as emoções que ensejam o estresse ocupacional, caracterizado por um estado crônico, permanente e diário, de desgaste físico e mental para e pelo trabalho (AVILA, 2008).

Gelis Filho e Blikstein (2013) reforçam que é muito difícil administrar as emoções diante dos problemas organizacionais, assim articular e estimular uma comunicação voltada para liderança pode ser a estratégia mais eficaz para estabelecer relações mais colaborativas no ambiente de trabalho. Já uma comunicação controlada, fechada, ignora as peculiaridades culturais de cada organização e pode gerar mais antipatia do que colaboração.

Anthoine et al (2014) refere-se a melhoria na comunicação entre os profissionais como uma estratégia necessária para beneficiar o convívio profissional, com a intenção de promover resolução de conflitos e uma melhor colaboração entre o grupo, com o intuito de melhorar a qualidade e segurança da assistência oferecida ao paciente crítico. Moreira, Souza e Ribeiro (2013) reafirmam essa situação relatando em seus estudos que os conflitos profissionais acabam se evidenciando na área da saúde devido à desvalorização profissional e sentimento de impotência e conflitos médicos.

Para se alcançar a excelência em um serviço de alta complexidade como é o caso das UTIs, além da tecnologia de ponta, a comunicação é uma importante ferramenta utilizada para a formação do vínculo entre o grupo. E para que isso aconteça deve haver entre os mesmos, trabalho em equipe, que de acordo com Duarte e Alves (2014) para que isso seja alcançado algumas características sociais devem existir neste ambiente, como: coletividade, cooperação, compromisso e responsabilidade, para que a equipe se sinta comprometida com suas atividades, além de sentir-se parte do grupo como ser pensante e atuante, vislumbrando neste sentido a satisfação do grupo.

Estudos realizados por Stumm et al em 2009 apontam a satisfação e a motivação como elementos importantes na organização dos serviços de saúde, pois interferem diretamente no bem estar individual e coletivo, no ambiente de trabalho, repercutindo no relacionamento interpessoal do grupo e, até mesmo, na saúde do trabalhador.

A satisfação do profissional está diretamente relacionada com o investimento nas condições estruturais do ambiente de trabalho, bem como remuneração adequada e as relações interpessoais com a equipe, elementos essenciais para a promoção da qualidade de vida dos profissionais e assistência digna para os usuários (MENDES et al, 2013).

Por isso, faz-se necessário que o profissional responsável por representar um grupo de categorias diferentes, repense em suas atitudes de liderança, no qual este precisa estar em plena sintonia motivacional com a equipe, para que a maioria sinta-se envolvido e parte do grupo de trabalho, com foco num objetivo maior, propiciar um ambiente de trabalho amigável para que com isso o profissionalismo e competência sejam as ferramentas utilizadas pelo grupo para gerenciar a realização do cuidado oferecido aos usuários neste setor crítico. Perceber-se que, apesar de toda dificuldade vivenciada por esses profissionais ainda há humanização nos cuidados dispensados aos seus pacientes sendo que estes se esforçam de forma salubre para que consigam desenvolver sua assistência direta de maneira satisfatória.

## 6 CONCLUSÃO

O objetivo primordial desta pesquisa oportunizou a idealização de um modelo para ressaltar como o estresse é vivenciado por esses profissionais de saúde que atuam dentro de uma unidade crítica como as UTI's. Desta forma, o estudo demonstrou a presença de vários aspectos predisponentes ao estresse nesse ambiente. Esses profissionais tentam de várias formas desempenhar o seu papel da melhor maneira para alcançar a melhora clínica dos seus pacientes, porém acabam esbarrando em alguns contratemplos que favorecem ao aparecimento de situações de sofrimento que podem contribuir com o desencadeamento do processo de desequilíbrio físico, psíquico e mental do profissional, bem como deixando-os vulneráveis ao estresse.

Esse modelo permitiu investigar melhor o que esses profissionais vivem, nos permitindo projetar soluções que facilitem para esses indivíduos conciliarem suas atividades diárias no ambiente de trabalho, destacando para este as três categorias evidenciadas: estressores ambientais, condições de trabalho e vivência emocional. Fatores estes que favorecem a potencialização de um importante agente estressor.

O perfil de atendimento deveria ser melhor avaliado para se estipular, por exemplo, gratificações para um atendimento tão peculiar e criterioso como são os que acontecem neste tipo de unidade. Essa situação promove, conseqüentemente, um cansaço físico e mental, devido à realização de várias horas trabalhadas, desencadeando uma insatisfação vivenciada por alguns profissionais em relação a outros de outras categorias, que recebem um valor diferenciado por suas atividades mais complexas.

Na realidade o que fica evidente é um problema de ordem Institucional que deve ser resolvido, mas que ninguém consegue solução, deixando esses profissionais à mercê desta situação, expondo-os a situações desagradáveis, conflitantes e desgastantes gerando uma situação favorável ao estresse. Todo e qualquer ambiente de trabalho necessita ter uma equipe harmoniosa e entrosada para que se tenha vontade de estar naquele ambiente e realize suas tarefas com respeito e dignidade e com isso seja alcançado o êxito e, por conseguinte, a melhora e alta do paciente.

Para tanto, torna-se necessária a criação de medidas preventivas e resolutivas contra os efeitos assoladores que influenciam diretamente na vida profissional e pessoal do trabalhador, repercutindo conseqüentemente no cuidado direto ao paciente crítico. Portanto, é importante que exista um serviço de apoio psicológico mais próximo destes profissionais a fim de perceber tais dificuldades e intervir de forma eficaz na saúde emocional destes trabalhadores.

Tão pouco podemos descartar a responsabilidade da Instituição de saúde em oferecer condições de trabalho favorável para estes profissionais neste ambiente “insalubre”, com o objetivo de torná-lo mais salubre para o convívio profissional, para que estes sintam-se mais motivados e satisfeitos em executar seu papel de forma digna e humana, visto que é de suma importância na área da saúde.

Toda mudança traz um certo receio, pois ainda permeia dentro do desconhecido, mas a realidade é clara quando se trata de reestruturação de um ambiente reservado ao cuidado do outro. Para que se obtenha êxito no cuidar, a saúde emocional do cuidador deve estar em equilíbrio e para que isso ocorra neste ambiente estudado, várias mudanças institucionais devem ser avaliadas e implementadas.

O fato de conviver com esses grupos e fazer parte de suas atividades assistenciais neste ambiente da terapia intensiva, possibilitou a pesquisadora interagir de uma forma mais próxima com os entrevistados que se sentiram à vontade para expressarem seus sentimentos, desvelando a situação de estresse que os envolve na realização de suas atividades rotineiras cabível a cada profissional.

O estudo revelou fatores de estresse nos profissionais de saúde que desenvolvem suas ações assistenciais dentro do ambiente da terapia intensiva, podendo ocasionar um comprometimento no cuidado realizado no paciente criticamente enfermo, pois são ações que necessitam de pensamento crítico-reflexivo rápido e eficaz, o que depende exclusivamente da motivação e do estado de espírito em que esse profissional se encontra.

Foi percebido um choque entre a realidade vivenciada e a reflexão sentida, pois apesar de tantos contratemplos evidenciados neste ambiente, o grupo ainda consegue encontrar satisfação profissional em algumas situações vivenciadas como a melhora do quadro clínico do paciente e, conseqüentemente, a restauração da saúde deste indivíduo, percebida na subcategoria satisfação com o trabalho.

Esses profissionais são seres humanos emotivos que sentem, se surpreendem, se preocupam com a qualidade do cuidar e que tem dificuldade em lidar com o outro e que, da sua maneira tentam fazer de tudo para que isso não interfira na arte do cuidar, pois têm plena consciência da necessidade do equilíbrio emocional da equipe no tratamento do paciente crítico, que na maioria das vezes são completamente dependentes desse cuidado. Além de se preocuparem com a qualificação e aprimoramento de seus serviços prestados, para com isso melhorar a qualidade do atendimento especializado.

Para que se tenha um bom relacionamento no ambiente de trabalho faz-se necessário o uso de um instrumento extremamente necessário para o entendimento entre as pessoas, a

comunicação. Quando esta é falha, os conflitos entre os indivíduos começam a surgir, dificultando não somente o relacionamento interpessoal entre a equipe mas também o bom andamento do serviço e, conseqüentemente, a evolução do quadro clínico do paciente.

Pode-se pensar que o relacionamento entre profissionais da mesma categoria ou de categorias diferentes está intimamente ligado à comunicação. Quando o grupo consegue manter uma boa comunicação, gerando feedback, dificilmente haverá falha no serviço, pois há entre o grupo sintonia e harmonia, fazendo com que cada um desempenhe seu papel de forma eficiente.

A satisfação profissional é um ponto chave importantíssimo para que o exercício da profissão seja realizada de forma agradável e prazerosa, em qualquer ambiente de trabalho, seja este no âmbito hospitalar ou não, e com isso obtenha seus resultados de forma eficaz, qualificado e comprometido. Para que a satisfação profissional seja alcançada faz-se necessário que estes se sintam parte do grupo, valorizados, respeitados, percebendo que suas atitudes sejam verdadeiramente reconhecidas tanto pela instituição de saúde, como pelos colegas de trabalho e até mesmo pelos pacientes e seus familiares.

É importante salientar que ainda falta muito para alcançar a satisfação geral do grupo, pois esta está intimamente ligada a vários fatores como os descritos em cada subcategoria encontrada no decorrer deste estudo, culminando no último tópico da também última subcategoria encontrada satisfação com o trabalho. Algumas características são de responsabilidade única e exclusiva de reparação da própria Instituição de saúde, outras das chefias dos setores e algumas dos próprios profissionais pesquisados. Existem muitas necessidades que ainda não foram supridas, porém foi percebido uma boa vontade das hierarquias superiores em resolver parte dessas necessidades, bem como do próprio grupo estudado.

Vale ressaltar que é essencial dizer que as necessidades humanas, sejam básicas ou motivacionais são ilimitadas, e no seu contraponto os recursos materiais para satisfazê-las são finitos e limitados, e dentro desse paradoxo vislumbramos uma ideia chave como a busca da qualidade total nos serviços. A partir dessa questão antiética entende-se que essa situação não terá fim pois é um processo contínuo visto que, novas necessidades sempre estarão surgindo e que para isso estão buscando novas satisfações. E mesmo havendo esse descompasso entre necessidade e satisfação coloca-se como elemento primordial o envolvimento e boa vontade de todos para encontrar equilíbrio o do grupo.

Conclui-se portanto, que o equilíbrio vem representar justamente a obtenção do desejo de satisfação utilizando-se da forma mais racional os recursos disponíveis. Sabendo-se que a satisfação total nunca será alcançada mas que chegando a esse ponto de equilíbrio todos os

membros dessa equipe serão motivados pelo sentimento de pertencimento, característica que os conduzirá à felicidade como membro de um todo que se completa e tentam trabalhar em harmonia.

Diante dessas observações, percebe-se que, neste mesmo campo, ainda há muitas possibilidades de estudos a serem realizadas. Existem inúmeras questões a serem exploradas, como:

- Reestruturação e readequação da planta física de estabelecimentos de saúde conforme recomendação do Ministério da Saúde;

- Provisão adequada dos insumos de saúde necessários para o bom desenvolvimento das atividades rotineiras desenvolvidas dentro do estabelecimento de saúde;

- Adequação ergonômica para os profissionais que atuam no ambiente da terapia intensiva;

- Definição do piso salarial adequado para os profissionais especialista de saúde, que atuam em áreas hospitalares denominadas como críticas;

- Adequação da carga de trabalho; e

- Oferecimento pela Instituição de saúde de cursos de aperfeiçoamento garantindo a gratuidade e dispensa dos profissionais para a realização destes.

Espera-se que o conteúdo deste estudo estimule a elaboração de trabalhos futuros, compartilhando sugestões para a diminuição dos fatores estressantes, desenvolvendo um melhor método de apoio ao profissional de saúde atuante nas unidades de terapia intensiva a fim de que ele sinta-se motivado a desempenhar o seu papel com eficácia, satisfação e, se possível, com um mínimo de problemas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. E.; SÁ, R. C. da N. **A comunicação interpessoal entre profissionais de saúde: um levantamento Bibliográfico**. 2008. Trabalho apresentado ao XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Natal, RN – 2 a 6 de setembro de 2008. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/resumos/R3-1410-1.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.
- ANTHOINE, E. et al. Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. **BMC Health Serv Res**. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008265/>>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- ARAÚJO, P. O.; SERVO, M. L. S. Estressores e mecanismos de coping da Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista espaço acadêmico**, v 11, n. 124, set. 2011. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/12624/7752>>. Acesso em: 17 ago. 2014.
- AVILA, R.P. de. **As consequências do assédio moral no ambiente de trabalho**. 2008. 139 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Caxias do Sul, RS, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/jspui/bitstream/11338/290/1/Dissertacao%20Rosemari%20P%20de%20Avila.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.
- BEZERRA, F.N.I.P.O. **Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no serviço móvel de urgência à luz da teoria de Betty Neumam**. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes Cenários do Cuidar) - Universidade federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/francimar.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- BIANCHI, E. R. F. Escala Bianchi de Estresse. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43. n. Esp. p.1055-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a09v43ns.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC Nº. 50, de 21 de Fevereiro de 2002**. Dispõem sobre o regulamento técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html)>. Acesso em: 17 de jul. 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010**. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10644726/artigo-227-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 20 de ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada**: Guia Prático para a Análise Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C.P. **Enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

DANTAS, C.de C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.17, n.4, p. 573-79. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2014.

DIAS, G.C. **Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional atuante em um hospital psiquiátrico**. 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-22052014-165355/pt-br.php>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

DUARTE, A. de P.; NUNES, S.M. de P.; OLIVEIRA, A.A. Prevalência da síndrome de *Burnout* em enfermeiros atuantes em UTI. **Psicologia.pt**, O Portal dos Psicólogos. Brasil, 2013. Disponível em: <[http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0696](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0696)>. Acesso em: 19 jul. 2014

DUARTE, G. de M.; ALVES, M. da S. Trabalho em equipe/proximidade do paciente: elementos da práxis de enfermeiras na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 144-151, 2014. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/9059>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

FARIAS FILHO, M.C.F.; ARRUDA FILHO, E.J.M.A. **Planejamento da pesquisa científica**. São Paulo: Atlas, 2013.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Estresse e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA - FHCGV. **Hospital**. Pará, 2012. Disponível em: <<http://www.gasparvianna.pa.gov.br/?q=content/hospital>>. Acesso em: 10 maio 2013.

GELIS FILHO, A.; BLIKSTEIN, I. Comunicação assertiva e o relacionamento nas empresas. **GV executivo**, v. 12, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/viewFile/20706/19443>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

GUIDO, L. de A. et al. Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.46, n.6, p. 1477-83. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/27.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

GUERRER, F.J.L.; BIANCH, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de terapia intensiva, **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a19.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

GUIMARÃES, H. P.; ORLANDO, M. da C; FALCÃO, L. F. dos R. **Guia prático de UTI da AMIB**. São Paulo: Atheneu, 2008.

HENWOOD, K; PIDGEON, N. A teoria fundamentada. In: BREAKWELL, G. M. (Org.). **Métodos de pesquisa em psicologia**. São Paulo: Artmed, 2010, p. 340-61.

HUNTER, C. J. **O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança**. São Paulo: Sextante, 2004.

KASCHKA, W.P.; KORCZAK, D.; BROICH K. Burnout: a fashionable diagnosis. **Dtsch Arztebl Int**. v. 108, n. 46, p. 781-7, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230825/>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

KORCZAK, D.; HUBER, B.; KISTER, C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. **GMS Health Technol Assess**. Jul 5;6, 2010. Disponível em: ><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21289882>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LEITÃO, I.M.T.A.; FERNANDES, A.L.; RAMOS, I.C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, CE, v. 7, n. 4, p. 476-84. 2008. Disponível em: <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6630/3907>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

LIMA, N.C.S. **Qualidade de vida no trabalho para profissionais da ciência da informação**. 2007. 55 f. Monografia (Especialização em Gestão em Recursos Humanos) – Projeto a vez do mestre, Universidade Candido Mendes, Niterói, RJ, 2007. Disponível em: <<http://www.ndc.uff.br/repositorio/Qualidade%20de%20vida%20no%20trabalho.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

MARÍN, J.M. et al. Causes of discomfort in the academic workplace and their associations with the different burnout types: a mixed-methodology study. **BMC Public Health**, Dec 30, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878796/>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" (BCSQ-12). **Health Qual Life**, sep. 20, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196899/>>. Acesso em: 28 jul. 2104.

\_\_\_\_\_; CAMPAYO, G.J. A newer and broader definition of burnout: validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". **BMC Public Health**, 2 jun.2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525178>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso:** revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. Florianópolis: PEN/UFSC, 2005. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <[http://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/senior/RESUMOS/resumo\\_181.html](http://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/senior/RESUMOS/resumo_181.html)>. Acesso em: 30 set. 2014.

MENDES, A. da C.G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Rev. bras. enferm.** [online], v.66, n.2, p. 161-66, 2013. Acesso em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/02.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MENEGHINI, F.; PAZ, A.A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v.20, n.2, apr./jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 jul. 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

MOREIRA, A.de O.; SOUSA, H. de A.; RIBEIRO, J.A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enfm. UFSM**, v.3, n. 1, p. 102-11, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7207>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MURRASSAKI, A.C.Y. et al. Estresse em enfermeiros intensivistas e a condição chefe/não chefe de família. **Cienc Cuid Saude**, Cascavel-PR, v. 10, n. 4, p. 755-62. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18320/pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

OLIVEIRA, M.I.V. de et al. Estresse ocupacional: manifestações de sintomas físicos, psicológicos e sociais dos profissionais de enfermagem de uma maternidade pública no Brasil, Fortaleza-Ceará. **Ciencia & Trabajo**. v. 14, n. 45, p. 254-259, 2012. Disponível em: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Estresse-Ocupacional.aspx>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

OLIVEIRA, R.S. de et al. Síndrome de Burnout: percepção do profissional de enfermagem. **Rev. Enf. Profissional**, v. 1, n. 1, p. 185-93, jan./abr. 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/viewFile/3540/pdf\\_1211](http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/viewFile/3540/pdf_1211)>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PEREIRA, C. de A.; MIRANDA, L. C. dos S.; PASSOS, J.P. O Estresse Ocupacional da Equipe de Enfermagem em Setor Fechado. **Rev. de Pesq.: cuid Fundam** [online], v. 1, n. 2, p. 196-202, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/346/331>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

PINTO, C.M. **A teoria fundamentada como método de pesquisa**. 2012. Trabalho apresentado ao Seminário Internacional em Letras. Universidade Católica de Pelotas. Instituto Federal Farroupilha – Campus São Vicente do Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/inletras2012/Trabalhos/4415.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L.J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400015)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

PROENÇA, M. O.; DELL AGNOLO, C. M. Internação em unidade de terapia intensiva: Percepção de pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 2, p.279-286, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n2/a10v32n2.pdf>>. Acesso em: 22 maio. 2013.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

RODRIGUES, V.M.C.P.; FERREIRA, A.S. de S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, p.14, jul./aug. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692011000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)>. Acesso em: 19 jul. 2014.

SALICIO, D.; GAIVA, M.; GAIVA, M.A.M. O Significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf.** [online], Cuiabá-MT, v. 8, n. 3, p. 370-6, 2006. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_3/v8n3a08.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a08.htm)>. Acesso em: 22 maio. 2013.

SANTOS, F.E. dos; ALVES, J.A.; RODRIGUES, A.B. Síndrome de *Burnout* em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Einstein**, v.7 n. 1, p. 58-63. 2009. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/979-Einsteinv7n1p58\\_63.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/979-Einsteinv7n1p58_63.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2014.

SANTOS, J. M. dos; OLIVEIRA, E.B. de; MOREIRA, A. da C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, p. 580-85, 2006. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=452535&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 22 maio. 2013.

SANTOS, P. S. **Construção e validação de escala de estresse organizacional**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia social, do trabalho e organizações) - Instituto de psicologia, Universidade de Brasília, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/10527>>. Acesso em: 22 maio. 2013.

SARMENTO, G.J.V; VEJA, J.M.; LOPES, N.S. **Fisioterapia em UTI**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SILVA, A. B. H. C. da. O estresse na prática profissional do psicólogo em UTI: uma revisão de literatura. **Rev. SBPH** [online], v.13, n.1, p. 33-51. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1516-08582010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1516-08582010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 jul. 2014.

SILVA, V.L. dos S. et al. Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes. **Rev. Enf. UERJ**, p. 121-26, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

SORIANO, F.G.; NOGUEIRA, A.C. **UTI: Adulto: Manual prático**. São Paulo: Sarvier, 2010. (Medicina “ciência e Arte”).

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

STUMM, E. M. F. et al. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. **Cogitare Enferm.**[online], v.14, n.4, p. 620-27, 2009. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v14n4/a03v14n4.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

SUEHIRO. A.C.B. et al. Vulnerabilidade ao estresse satisfação no trabalho em profissionais do Programa Saúde da Família. **Bol. Psicol.**, v. 58, n 129, p. 205-18, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=528877&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 maio. 2013.

TEIXEIRA, C. et al. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. **BMC Anesthesiol**, v. 13, n. 38, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3826848/#!po=35.4167>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Avaliação do nível de estresse do enfermeiro no ambiente de trabalho. **NOV@: Revista Científica**, v. 2, n. 2, p. 1-14, 2014. Disponível em: <<http://177.159.202.218:83/index.php/NOVA/article/view/78/55>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

TURATO, E. R.; FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

ULHÔA, M. de L. et al. Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de belo horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **REGE**, São Paulo-SP, v. 18, n. 3, p. 409-26, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ge/article/view/36745>>. Acesso em: 22 maio. 2013.

- VALERETTO, F.A., ALVES, F. D. Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de *Burnout* em enfermeiros. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2013. Disponível em: <<http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/SFM/article/view/1192/1038>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- VERSA, G.L.G.S. et al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre-RS, v.33, n.2, p.78-85. jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/12.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- VIEIRA, F. S. et al. Stress triggers no exercise of professional nurses/Estresse: fatores desencadeadores no exercício profissional de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v.2, n.5, p.55-9. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1305/pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- VIANA, R. A.P.P. **Enfermagem em terapia intensiva: Prática Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011.
- \_\_\_\_\_; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Prática e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

APÊNDICE A - Artigo submetido na revista da Escola de Enfermagem da USP

**A VIVÊNCIA DO ESTRESSE PROFISSIONAL NA TERAPIA INTENSIVA:**

VOZES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**PROFESSIONAL EXPERIENCE STRESS IN INTENSIVE CARE:**

HEALTH PROFESSIONAL VOICES

**ESTRÉS PROFESIONAL EXPERIENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS:**

VOCES PROFESIONAL DE LA SALUD

**Resumo. Objetivo** compreender a vivência do estresse profissional nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência, na cidade de Belém, Pará, identificar os principais fatores que contribuem ao estresse e o impacto subjetivo das fontes de estresse sobre o profissional e seu trabalho. **Método** foi realizado um estudo qualitativo, nos moldes da Teoria Fundamentada em dados. Participaram deste estudo 19 profissionais atuantes nas unidades de terapia intensiva. **Resultados** A Teoria Substantiva emergente “**Vivenciando o estresse profissional no ambiente da terapia intensiva**” foi sustentada pelas seguintes categorias “**Estressores Ambientais**”, “**Condições de Trabalho**” e “**Vivência Emocional**” interligadas entre si nos estressores do cuidar no ambiente da Terapia Intensiva. **Conclusão** Esse modelo teórico permitiu identificar os vários fatores associados ao desgaste físico e emocional e que deixaram esses profissionais vulneráveis ao estresse ocupacional. O equilíbrio vem representar justamente a obtenção do desejo de satisfação utilizando-se da forma mais racional os recursos disponíveis. **Descritores:** Terapia intensiva, estresse ocupacional, saúde do trabalhador e *Burnout*.

**Objective:** Understanding the experience of professional stress in intensive care units of a reference hospital in the city of Belém, Pará, identify the main factors that contribute to stress and identify the subjective impact of the sources of stress on the professional and his work. Method was performed a qualitative study, along the lines of Grounded Theory data. The participants were 19 professionals working in intensive care units. The results emerging Substantive Theory "Experiencing professional stress in the intensive care environment" was supported by the following categories "Environmental Stressors", "Working Conditions" and "Emotional Experience" interconnected in the stressors of care in the intensive care environment. Conclusion This theoretical model identified the various factors associated with physical and emotional exhaustion and let these professionals vulnerable to occupational stress. The balance comes just represent obtaining the desire of satisfaction using the most rational use of available resources. **Keywords:** Intensive therapy, occupational stress, occupational health and Burnout.

**Resumen.** Dirigido a la comprensión de la experiencia del estrés profesional en las unidades de cuidados intensivos de un hospital de referencia en la ciudad de Belém, Pará, Brasil, para identificar los factores clave que contribuyen al estrés en el trabajo en este entorno. Método Se realizó un estudio cualitativo, cuyo marco metodológico fue la teoría fundamentada. Los participantes fueron 19 profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, tres psicólogos, ocho enfermeras y ocho fisioterapeutas. Los resultados emergentes Teoría Sustantiva "Experimentar estrés profesional en el entorno de cuidados intensivos" con el apoyo de las siguientes categorías de "factores de estrés ambiental", "condiciones de trabajo" y "experiencia emocional" interconectados en los factores de estrés de la atención en el entorno

de cuidados intensivos. Conclusión Este modelo teórico identificó los diversos factores asociados con el agotamiento físico y emocional y dejar que estos profesionales vulnerables al estrés ocupacional. El equilibrio se produce tan sólo representan el deseo de obtener satisfacción mediante el uso más racional de los recursos disponibles. **Palabras clave:** terapia intensiva, el estrés en el trabajo, la salud de los empleados y el agotamiento.

## INTRODUÇÃO

A evolução mundial, tecnológica e científica trazidas pela globalização, vem promovendo, além de importantes avanços na área da medicina, também sérios prejuízos à saúde do trabalhador, devido à necessidade de acompanhar tal ritmo evolucionar, o que acaba gerando um desequilíbrio físico e emocional em alguns profissionais, como o estresse que é visto como um dos principais problemas de saúde na atualidade <sup>(1)</sup>.

O significado de estresse tem sido largamente utilizado pelas pessoas no ambiente de trabalho como situação causada pelo excesso de carga horária trabalhada, necessidades humanas básicas não contempladas, dificuldades de relacionamentos interpessoais entre outros, que são situações que podem desencadear o estado de estresse no profissional <sup>(2)</sup>. O estresse atualmente é muito conhecido pelos riscos que pode oferecer ao bem estar psicossocial de um indivíduo, ocasionando assim uma alteração no estado de saúde. O estresse pode colocar em risco os membros de uma equipe, oferecer uma queda de desempenho profissional e, até mesmo, violência no trabalho <sup>(3)</sup>.

O trabalhador que atua na UTI merece atenção especial porque há maior quantidade de estressores neste ambiente do que em qualquer outra unidade de internação <sup>(2,4-5)</sup>. Por este fato vislumbrou-se a necessidade em realizar este estudo nas unidades de terapia intensiva de uma instituição hospitalar, na cidade de Belém no Estado do Pará, visto que é um hospital escola, com a missão de promover assistência de média e alta complexidade para a comunidade local. Com base na situação anteriormente apresentada este estudo baseou-se no seguinte questionamento: Qual a relação entre a vivência do estresse profissional e o cuidar nas Unidades de Terapia Intensiva? E para responder esses questionamentos foram determinados os seguintes objetivos: Compreender a vivência do estresse profissional nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência em Belém do Pará e Identificar os principais fatores que contribuem para o estresse ocupacional vivenciado pelos profissionais sujeitos da pesquisa e o impacto subjetivo das fontes de estresse sobre o profissional e seu trabalho.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa de cunho interpretativo, baseada na Teoria Fundamentada em Dados (TFD), na modificação construtivista proposta por Charmaz em 2009. Na pesquisa qualitativa a abordagem dá-se de forma subjetiva, com ênfase na interpretação dos resultados e atribuição de significados, não podendo ser traduzido em números, denominada também como análise intersubjetiva<sup>(6)</sup>. No agnosticismo teórico o pesquisador não fica preso a teorias já formuladas e apresentadas, e sim cria seus próprios fundamentos pautado em suas experiências e aprendizados, procurando deixá-los evidentes<sup>(7)</sup>.

Participaram da pesquisa dezenove profissionais de saúde, sendo três psicólogos, oito fisioterapeutas e oito enfermeiros, de ambos os sexos, distribuídos pelas UTI's de uma instituição pública referência em Belém do Pará da seguinte forma: adulto um fisioterapeuta, dois enfermeiros e um psicólogo; neonatal dois fisioterapeutas, dois enfermeiros e um psicólogo; pediátrica dois fisioterapeutas e dois enfermeiros e unidade coronariana três fisioterapeutas, dois enfermeiros e um psicólogo, no período de 01 de Abril a 20 de maio de 2014. A maioria destes informantes eram do sexo feminino, na faixa etária entre 34 e 43 anos, casados e com filhos.

A escolha desses profissionais se deu pelo fato de serem profissionais de saúde com o terceiro grau completo, desempenharem um papel fundamental na estabilização do quadro agudo e reestabelecimento da saúde dos pacientes internados nestes setores, além de não haver nenhum estudo sobre o tema na região Norte. É importante ressaltar que a classe médica não fez parte desse estudo devido à experiências anteriores não satisfatórias em relação a adesão. Foi realizado uma entrevista, com duas perguntas abertas, com o auxílio de um gravador de áudio portátil, após a assinatura do TCLE e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC/Goiás, sob o Parecer nº 555.335.

A análise qualitativa foi iniciada após a transcrição dos relatos para a identificação dos códigos e construção das categorias conceituais simultaneamente com a coleta dos dados, com o intuito de aprimorar as questões da pesquisa, cuja análise, por sua própria natureza e subjetividade foi fundamentada a partir da Teoria Fundamentada em Dados, na alteração construtivista elaborada por Charmaz em 2009<sup>(8)</sup>.

A imersão da pesquisadora no local estudado baseou-se numa ambientação durante as práticas laborais dos profissionais, com a finalidade de alcançar uma familiaridade com os conteúdos que apareceram durante as entrevistas. Foram realizadas observações nas quatro

unidades pesquisadas, as anotações no caderno de campo contribuíram para aprimorar as percepções que ajudaram no entendimento das entrevistas. Depois dessa investigação de campo, as entrevistas foram iniciadas, focando na vivência e experiências dos profissionais no ambiente de terapia intensiva.

Após a transcrição das entrevistas e diários de campo foi realizado a análise elaborada em duas etapas, a codificação linha a linha e posteriormente a codificação focalizada. Os códigos foram construídos analiticamente a partir do próprio conteúdo interpretado, conforme a Grounded Theory e alocados a margem do texto a medida em que surgiam, permitindo uma reflexão acerca do significado dos relatos. Essa primeira codificação teve como objetivo identificar a similaridade entre os códigos para a partir destes mais direcionados e seletivos, sintetizar e explicar os significados mais abrangentes, construindo categorias e subcategorias interligadas entre si de forma simultânea com a coleta de dados, a partir do cruzamento das informações fragmentadas <sup>(8)</sup>.

## RESULTADOS

No caminho metodológico percorrido neste estudo, A vivência do estresse profissional no ambiente da terapia intensiva pode ser descrita nas categorias, que foram denominadas: “estressores ambientais”, condições de trabalho” e “vivência emocional”, demonstrada na figura 1.

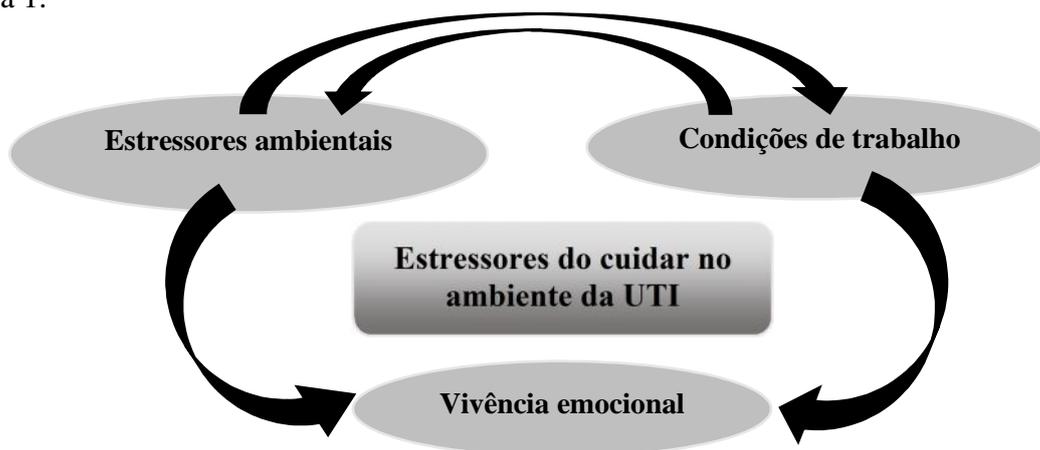


Figura 1 – Discriminação das categorias. Belém-Pará, 2014

De acordo com os procedimentos da Teoria Fundamentada em Dados, proposta por Charmaz em 2009, dos relatos das entrevistas analisadas foram definidas três grandes categorias

desenhadas a partir de onze subcategorias extraídas dos nove códigos encontrados em cada fala. Essa idealização ficou estabelecida como: Categoria 1- **“Estressores Ambientais”** elaborada a partir da subcategoria: Condições ambientais (códigos: inadequação da planta física, poluição sonora e climatização). Categoria 2- **“Condições de Trabalho”** e subcategorias: Déficit estruturais (códigos: pressão pela baixa remuneração, sobre carga de trabalho, déficit de insumos e mobiliário insuficiente) e Ciclo de responsabilidade (códigos: falta de compromisso profissional, cobrança entre profissionais).

E, a Categoria 3- **“Vivência Emocional”** advinda das seguintes subcategorias: Relações de poder, Comunicação ineficaz, Envolvimento pessoal com o paciente, Preocupação com a competência profissional e Satisfação com o trabalho, as quais se interligam entre si em relação aos estressores encontrados no ambiente da terapia intensiva vivenciado pelos profissionais analisados, fechando um ciclo que justifica o interesse e permanência dos profissionais neste ambiente de trabalho, sendo percebido nesses cuidadores que a agilidade, destreza e compaixão são elementos indispensáveis para o desenvolvimento de suas atividades diárias.

## ***ESTRESSORES AMBIENTAIS***

Na categoria estressores ambientais foram descritos aspectos relacionados as condições ambientais. Foram identificados vários fatores que contribuem com desequilíbrio no ambiente de trabalho, relatado pelos profissionais de saúde que atuam nas UTIs. Os estressores ambientais foram um dos contribuintes para o incômodo de se trabalhar neste setor, pois o desconforto para a realização de suas tarefas habituais dificulta e diminui o rendimento profissional, segundo os relatos analisados

### **Condições ambientais**

#### ***Inadequação da Planta Física, poluição sonora e climatização***

Em relação as condições ambientais pode-se perceber que esses profissionais de saúde estão insatisfeitos com elementos fundamentais no ambiente físico, como a planta física inadequada de algumas unidades onde atuam, por não favorecer a visualização de todos os leitos, repouso inadequado para o descanso da equipe, banheiro fora do ambiente da UTI, permitindo que muitos profissionais esboçassem nitidamente uma certa insatisfação, dificultando o trabalho e deixando o meio favorável ao desgaste físico e emocional do cuidador.

O único setor no qual não houve relato de insatisfação em relação a este critério foi a Unidade Coronariana (UCA), pois foi projetada para ser um ambiente de Terapia Intensiva, diferente das outras que foram improvisadas, adaptadas e readaptadas para este fim, o que acaba dificultando as atividades rotineiras do setor deixando, conseqüentemente, esses profissionais vulneráveis ao estresse, de acordo com as próprias informações coletadas, como observado nos relatos abaixo.

*“... A falta de estrutura física para os atendimentos mais demorados, não dá pra ser no leito, é muito apertado... A gente precisa ter um lugar, uma sala, as vezes nem a cadeira tem.” (UTI Neo A).*

*“... uma coisa que é muito ruim é o espaço inadequado, essa questão de não termos um banheiro e um repouso dentro do setor, infiltração nas paredes de dentro do setor, isso é muito ruim, isso estressa o grupo...” (UTI Neo B).*

*“A estrutura física da UTI, que não permite uma visualização de todos os pacientes, nós temos uma UTI de onze leitos em que a visualização fica muito mais restrita para uma metade, e a outra a gente não consegue ver ao mesmo tempo.” (UTI Adulto A).*

Outro fator extremamente importante para as atividades laborais e que foi muito mencionado, foi o barulho evidenciado dentro desse ambiente, que teoricamente deveria ser silencioso, calmo e tranquilo tanto para os pacientes como para os profissionais que ali atuam. Em todas as unidades pesquisadas, foi relatado uma poluição sonora significativa e que muitas vezes não se tem muito o que fazer, pois é inerente do próprio serviço, onde podemos destacar alguns aparelhos extremamente importantes para o cuidado a beira do leito, como bombas infusoras, ventiladores mecânicos, monitores cardíacos e telefone.

Foi observado também um descontentamento importante em relação a climatização do ambiente, onde este aspecto foi mencionado pelos profissionais entrevistados atuantes em todas as UTI's investigadas, adulto, pediátrica, neonatal e unidade coronariana, situação esta que evidencia uma variação de temperatura em todos os turnos e que dificulta a realização de suas atividades laborais de forma satisfatória, expondo-os a situações desagradáveis e desgastantes gerando uma situação que pode ser favorável ao estresse.

*“As unidades de terapia intensiva elas são de uma certa forma muito barulhentas por conta dos aparelhos que tem que tá sempre com seus alarmes ligados” (UTI Adulto D).*

*“Os alarmes do monitor, bomba infusora as vezes me incomoda, tem gente que parece que nem escuta...” (UTI Ped C.)*

*“Os alarmes dessas bombas infusoras, dos equipamentos, do ventilador isso é enlouquecedor... o principal fator que me afeta são os*

*alarmes dos aparelhos, enfim os efeitos sonoros deles começam a te estressar e vai te irritando...” (UTI Ped A).*

*“É muito frio aqui a noite... fico as vezes estressadas com isso, as vezes não dá vontade de ficar aqui, é muito desconfortável...” (UTI Ped D).*

*“Aqui o negócio é complicado, as vezes fica muito quente, tudo bem que não pode ficar muito frio devido os recém nascidos... mas temos duas central e só funciona uma... Trabalha-se no calor né?? Fazer o quê??” (UTI Neo E).*

*“É muito frio. Então a gente precisa trazer algum agasalho de casa, porque trabalhar com frio... é muito desconfortável, isso acaba gerando um estresse muito grande na equipe” (UCA A).*

## **CONDIÇÕES DE TRABALHO**

Nesta categoria foram descritos aspectos relacionados as subcategorias déficit estrutural e ao ciclo de responsabilidade. Percebeu-se a sobrecarga de trabalho, a pressão pela baixa remuneração, a falta de insumos e de mobiliários adequados como fatores que comprometem o desenvolvimento do cuidado com qualidade.

### **Déficit estruturais**

#### ***Pressão pela Baixa Remuneração, Sobrecarga de Trabalho, Déficit de Insumos e Mobiliários inadequados***

Quatro importantes pontos-chaves foram observados nos relatos analisados a seguir, como: a insatisfação pela baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho, a falta de insumos e mobiliários adequados para poder realizar o cuidado de forma segura, eficaz e dinâmica. Foi percebido que esses atributos deixam o grupo desmotivado com o serviço, pois os mesmos sentem-se inferiorizados em relação a remuneração, sobrecarregados em relação ao trabalho exigido nessas unidades pelo próprio perfil de atendimento e pressionados por terem que exercer o cuidado sem material e mobiliários adequado para isso, expondo o profissional a situações de imprevisto, que podem não dar certo e complicar o quadro clínico do paciente.

*“A remuneração salarial é um fator estressante pois nós não somos remunerados da forma como merecemos... Pra gente ganhar um pouco mais, precisamos ter, no mínimo, dois empregos...” (UTI Adulto B).*

*“...outro ponto que eu posso ressaltar é o piso salarial baixo, o que nos força a ter mais de um emprego...” (UTI Adulto D).*

*“O nosso serviço é muito cansativo, nós temos várias atribuições administrativas, assistenciais... nós fazemos muitos curativos, nós temos que supervisionar os técnicos, a mudança de decúbito, fazer exame físico minucioso” (UTI Adulto B).*

*“Aqui o estresse maior é a sobrecarga de trabalho, várias condutas para fazer as vezes ao mesmo tempo, devido à gravidade da criança naquele momento ...” (UTI Ped D).*

*“... O perfil desses pacientes nos exausta, pois temos que realizar as vezes o mesmo procedimento repetidamente por necessidade do paciente, como é o caso dos pacientes crônicos que dependem de ventilação mecânica e que são muito secretivos...” (UTI Adulto C).*

*“Eu acho que a falta de material é um fator que contribui bastante para o estresse, porque você precisa improvisar” (UCA A).*

*“A gente tem que lançar mão de alguns improvisos pra poder não deixar de fazer algum procedimento nas crianças” (UTI Neo C).*

*“... tem pouco material no hospital pra gente trabalhar de forma correta, as vezes agente improvisa muito. Ai isso gera um pouco de estresse...” (UTI Ped B).*

*“... um local pra gente escrever, evoluir, uma bancada maior. Se for olhar essa UTI é um estresse. Não tem uma quantidade de cadeiras pra você sentar... Você tem que se levantar pra dar lugar para outro escrever, lixeiras quebradas.” (UTI Adulto C).*

*“A falta de material prejudica muito o trabalho, cadeiras adequadas... Isso é desumano conosco, lixeiro com pedal... estão todos quebrados, temos que levantar a tampa com as mãos... isso é um absurdo.” (UTI Ped A).*

*“... agente não tem cadeira pra sentar adequadamente, isso é completamente inadequado ergonomicamente, não é saudável para nossa saúde...” (UTI Adulto B).*

## **Ciclo de responsabilidade**

### ***Falta de Compromisso Profissional e Cobrança entre Profissionais***

Foram observadas situações como a falta de compromisso com o colega e a falta de percepção de sua real função, comprometendo o compromisso ético e moral dos profissionais e com isso acabam por não executarem seus cuidados de forma adequada, promovendo no grupo situações desconfortáveis, pois a partir das falhas surgem as cobranças, com o objetivo de alcançar a qualidade do cuidado. Percebeu-se nas narrativas abaixo a falta de manejo em como realizar e lidar com essas cobranças e se realmente são necessárias, deixando assim alguns

profissionais descontentes e em muitas situações irritados com tais acontecimentos, como é exibido nos relatos abaixo.

*“É angustiante quando o telefone toca próximo da hora de terminar o plantão... e é o colega do outro lado da linha dizendo que não vem trabalhar.... E você não pode ir embora, eu acho isso uma falta de compromisso com o colega... ninguém adoece de uma hora para outra... a não ser que seja um acidente... e muitas vezes é virose...” (UTI Neo D).*

*“Muitas vezes, a gente tem que cobrar mil vezes uma coisa que é rotina...parece que alguns colegas estão aqui apenas por tá.... Só pra receber seu salário no final do mês... e esquece que tem um ser humano dependendo dele.... Isso é muito chato” (UTI Adulto B).*

*“... seria muito mais fácil se cada um se empenhasse em desenvolver o seu papel....Cada um fazendo o seu papel. Como isso não acontece a gente acaba tendo que cobrar a nossa equipe, assim como nós somos cobrados...” (UCA B).*

*“É muito difícil você colocar na cabeça das pessoas que você está aqui para trabalhar e cuidar bem dos pacientes, que na grande maioria das vezes são dependentes, mas isso é muito difícil, pra mim isso é uma falta de respeito com o paciente e falta de compromisso com a profissão escolhida...” (UCA C).*

*“A cobrança profissional... exigindo um do outro então acaba gerando as vezes estresse momentâneo, mas nada que não seja para bem da criança” (UTI NeoB).*

*“Às vezes alguns profissionais ficam olhando o que você fez ou deixou de fazer... e depois ficam te questionando porque o seu colega da mesma categoria fez assim e você não fez? Isso já gerou uma situação de estresse entre os profissionais...” (UCA D).*

## **VIVÊNCIA EMOCIONAL**

Nesta categoria foram descritos aspectos relacionados a vivência emocional, no qual ela se interliga intimamente com as outras duas categorias descritas anteriormente no contexto da vivência dos estressores do cuidar no ambiente da UTI. Considerada como a base de sustento para as outras categorias, que apesar dos contratemplos evidenciados, justifica a escolha e permanência desses profissionais neste ambiente, destacando-se as relações de poder, a comunicação ineficaz, o envolvimento pessoal com o paciente, a preocupação com a competência profissional e a satisfação com o trabalho.

## Relações de poder

Foi observado exclusivamente na UTI Pediátrica que os profissionais de saúde entrevistados relataram um certo descontentamento com a forma de lidar de um certo profissional. Não sendo o trabalho ou a gravidade que os deixam incomodados, mas a forma em que são feitas as solicitações de procedimentos, interferindo até mesmo na decisão da melhor conduta terapêutica designada ao doente crítico, deixando-os, devido a essa lacuna um tanto receosos em fazer qualquer objeção ou contra posição. Foi percebido claramente nos relatos, o clima de tensão que existe neste ambiente, deixando a equipe bem agitada e desconfortável.

*Autoridade da chefia médica, a falta de diálogo, de respeito às vezes inclusive, por parte da chefia e o ambiente acaba ficando muito tenso interferindo em nosso bem estar, quebrando o nosso equilíbrio. (UTI Ped A).*

*A própria questão da cobrança, né? Dependendo da maneira de como nosso serviço é cobrado aqui dentro. Às vezes por conta da chefia, de uma chefia maior...que não sabe pedir, que não sabe harmonizar o grupo. (UTI Ped B).*

*Então... pra mim o fator estresse aqui é uma cobrança indevida, uma cobrança sem respaldo, uma cobrança sem nexos por parte da chefia médica... conflitar com uma pessoa que é a chefia e te diz que tens que fazer porque ela quer que faça assim, sem embasamento teórico nenhum? Aí nessa hora eu entro assim... na exaustão psicológica, entendeu. (UTI Ped C).*

*Neste setor principalmente a pressão da chefia médica que destrata as pessoas, que é mal educada, que trata mal mesmo, que não respeita, que não tem ética. Isso principalmente é o maior... é o maior fator de estresse e esse, e o tom de voz alta, agressividade verbal.(UTI Ped D).*

## Comunicação ineficaz

Outro ponto importante a ser ressaltado é a comunicação deficiente. Ficou bem claro nos relatos que há deficiência na comunicação profissional entre as equipes atuantes na unidade coronariana, UTI neonatal e adulto A comunicação é um fator necessário no ambiente de trabalho para que o mesmo não se torne desagradável e cansativo, culminando consequentemente no estresse, como mostra nos relatos abaixo.

*O maior fator de estresse em muitos momentos é a maneira de falar com a equipe, a cobrança, a forma como ela é feita, que poderia ser de uma maneira mais amena pela situação de trabalho que vivemos... um pouco mais suave. (UTI Adulto D).*

*Muitas vezes tem profissionais que são difíceis de trabalhar, complicados, aí isso deixa a gente estressado mesmo... (UCA D).*

*A pior coisa é quando temos que falar para outro que ele tá fazendo errado e que precisa ser feito de outra forma, principalmente quando este é experiente, porque nem sempre você é bem interpretada no que quer dizer... isso me deixa muito mal. (UCA E).*

*Eu acho que o relacionamento interpessoal... lidar com pessoas é muito difícil, cada um tem um temperamento, um histórico, então acaba sendo difícil... (UTI Neo D).*

*Lidar com qualquer grupo de trabalho é difícil, ainda mais quando estamos dentro de um ambiente que é muito favorável ao estresse... (UCA B).*

### **Envolvimento pessoal com o paciente**

Foi percebido nas entrevistas que muitos profissionais tem dificuldade em lidar com o sofrimento do paciente e seus familiares, se sensibilizam e acabam se envolvendo com o que o paciente vive dentro deste ambiente tão peculiar, ou pelo tempo de permanência destes doentes ou pela própria história de vida que cada um traz. Pode-se perceber que estes profissionais se sensibilizam muito com a situação de cada paciente, principalmente quando este é criança. Os que atuam na UTI pediátrica foram os que mais relataram essa dificuldade no exercício da profissão, e que algumas vezes leva o profissional a um desgaste emocional importante.

*... questão do lado emocional, é algo que não é fácil, lidar com o sofrimento, tanto das criancinhas, quanto dos seus pais e seus parentes...isso é desgastante. (UTI Ped B).*

*...tem alguns pacientes que convivem tanto tempo conosco na terapia intensiva... que a gente cria um vínculo e acaba se envolvendo... (UTI Adulto C).*

*O agravamento da criança onde sabemos que já foi feito tudo que podia e ter que dar essa notícia pra família... isso é muito difícil... a equipe sofre junto. (UTI Neo C).*

*... as crianças aqui são extremamente graves, são todas cardiopatas, algumas vem de uma situação familiar de maus tratos de abandono, querendo ou não a gente acaba se envolvendo emocionalmente com essas situações... (UTI Ped A).*

## **Preocupação com a competência profissional**

Foi observado que alguns profissionais sentem-se muito cobrados, por si mesmos, pela Instituição e pela própria sociedade no sentido de que o indivíduo e seus familiares que buscam por um atendimento de ponta e uma assistência de qualidade, se sintam seguros com o serviço oferecido nas UTIs, forçando-os a buscarem novos conhecimentos, independentes das atividades que já realizam e isso acaba deixando-os um pouco desgastados, cansados e um tanto estressados, pois em algumas situações os mesmos não são liberados de suas atividades laborais para se atualizarem, forçando o profissional a estudar concomitantemente com as suas atividades assistenciais.

*“A gente precisa sempre tá se atualizando. A cada ano, a cada mês, surge uma descoberta nova, surge um aparelho novo que a gente precisa tá sendo treinado... Eu não quero usar esse termo, mas, a gente não pode ficar pra trás, na verdade...” (UTI Adulto C).*

*“... mas isso também acaba exigindo uma carga de estudo, essa carga de estudo ela acaba me consumindo e as vezes é um pouco não cansativo, mas desgastante...” (UCA E).*

*“Às vezes é estressante porque essa complexidade exige muito da gente, tem muita pressão em cima do profissional, pra ele saber atuar corretamente...” (UTI Ped A).*

## **Satisfação no trabalho**

Diante de toda dificuldade vivenciada por estes profissionais ao longo de sua jornada na terapia intensiva, pode-se perceber a satisfação em atuar neste ambiente de trabalho, por vários momentos, como se sentirem essenciais no tratamento e acompanhamento dos pacientes críticos que estão sob seus cuidados, a recuperação dos doentes culminando na alta hospitalar, o fato de se sentirem uteis, faz com que reforcem a escolha em desempenhar suas tarefas nessas unidades críticas.

*“Aqui eu me sinto verdadeiramente enfermeira, aqui ninguém faz nada sem eu ter a ciência de que tá sendo feito, então eu me sinto completa. É uma satisfação trabalhar aqui nessa UTI, gosto muito sinceramente...” (UTI Neo B).*

*“Apesar do estresse que a gente sabe que existe, dos pacientes dependentes, procuramos trabalhar em conjunto com os outros profissionais, porque acaba que a gente é a ancora de tudo isso...” (UCA F).*

*“Eu me sinto satisfeita com o trabalho que eu exerço aqui... essa minha vivência na UTI tem me acrescentado muito não só como profissional mais como pessoa...” (UTI Ped A).*

*“Quando a gente consegue diagnosticar a tempo a patologia e fazer a intervenção, juntamente com os outros profissionais é gratificante e vê que o nosso trabalho vale a pena” (UTI Ped C).*

## DISCUSSÃO

A primeira categoria elaborada acusa como fontes de desgaste físico e mental às dificuldades ambientais impostas pelo próprio setor como o barulho, a temperatura e a planta física, tornando o trabalho diário mais dificultoso e desgastante. É importante ressaltar que em relação a planta física a unidade coronariana foi a única considerada como padrão pelos entrevistados, por ter sido projetada para esse fim, e as UTI's neo, pediátrica e adulto as mais criticadas em relação a este aspecto.

Na segunda categoria é notória a insatisfação em relação as condições de trabalho vivenciada nesses ambientes críticos, a indignação pela falta de compromisso, a insatisfação com a remuneração pelo tipo de cuidado oferecido, atenção redobrada que o profissional deve ter quando se refere à unidade de terapia intensiva, bem como, a deficiência de insumos e mobiliários, são fatores que podem comprometer o desenvolvimento de uma assistência de qualidade.

Na terceira categoria foram destacados fatores que interferem de forma significativa o convívio profissional como a relação de poder, comunicação ineficaz, envolvimento pessoal com o paciente, preocupação com a competência profissional e por último e mais importante a satisfação com o trabalho. Apesar de todo contratempo observado nas três categoria discutidas, foi percebido a presença de sentimentos diferentes, experienciado pelos participantes como a humanização e a satisfação entre os envolvidos, como se fosse uma forma de tentar atenuar as “dores subjetivas” e superar todo o desgaste emocional vivenciado pelo grupo.

Para promover a qualidade de vida dos profissionais e assistência digna para os usuários faz-se necessário investimentos nas condições estruturais do ambiente de trabalho, bem como remuneração adequada e as relações interpessoais com a equipe <sup>(9)</sup>. Este tipo de ambiente é favorável ao desenvolvimento de estresse, devido ser um ambiente de trabalho onde apresenta carga horária extensa, alta cobrança de competência técnica, habilidade de tomada de decisão, desvalorização profissional, falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho <sup>(10-12)</sup>. Além

disso, são também as relações estabelecidas com o usuário e com a equipe que determinam o nível de estresse e a qualidade dos cuidados oferecidos. A comunicação interpessoal eficaz é um elemento importante nessa configuração <sup>(5)</sup>.

## CONCLUSÃO

O objetivo primordial desta pesquisa oportunizou a idealização de um modelo para ressaltar como o estresse é vivenciado por esses profissionais de saúde que atuam dentro de uma unidade crítica como as UTIs. Desta forma, o estudo demonstrou a presença de vários aspectos predisponentes ao estresse nesse ambiente, compactuando com várias literaturas já publicadas. Esses profissionais tentam de várias formas desempenhar o seu papel da melhor maneira para alcançar a melhora clínica dos seus pacientes, porém acabam esbarrando em alguns contratempos que favorecem ao aparecimento de situações de sofrimento que podem contribuir com o desencadeamento do processo de desequilíbrio físico, psíquico e mental do profissional, bem como deixando-os vulneráveis ao estresse.

Conclui-se portanto, que o equilíbrio vem representar justamente a obtenção do desejo de satisfação utilizando-se da forma mais racional os recursos disponíveis. Sabendo-se que a satisfação total nunca será alcançada mas que chegando a esse ponto de equilíbrio todos os membros dessa equipe serão motivados pelo sentimento de pertencimento, característica que os conduzirá à felicidade como membro de um todo que se completa e tentam trabalhar em harmonia.

## REFERÊNCIAS

- 1 Versa GLG da S, Murassaki ACY, Inoue KC, Melo WA de, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Ver Gaúcha Enfer [Internet]. 2012 [citado em 2014 Jun 29] 33(2):78-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/12.pdf>.
- 2 Araújo P O, Servo MLS. Estressores e mecanismos de coping da Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva. Revista espaço acadêmico [Internet] 2011 [citado em 2014 Ago 17] 11(124):138-145. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/12624/7752>.

3 Guido L de A, Silva RM da, Goulart CT, Bolzan ME de O, Lopes LFD. Burnout Syndrome in multiprofessional residents of a public university. Rev. esc. enferm. USP [internet]. 2012 [cited em 2014 Jul 17] 46(6): 1477-83. 2012. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/27.pdf>.

4 SILVA ABHC da. O estresse na prática profissional do psicólogo em UTI: uma revisão de literatura. Rev. SBPH [internet]. 2010 [citado em 2014 Jul 17] 13(1) 33-51. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100004).

5 Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. BMC Anesthesiology [internet]. 2013 [cited em 2014 Jul 18] 13(38). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3826848/#!po=35.4167>. DOI: 10.1186/1471-2253-13-38.

6 Farias MCF Filho, Arruda EJMA Filho. Planejamento da pesquisa científica. São Paulo: Atlas; 2013.

7 Henwood K, Pidgeon N. A teoria fundamentada. In: Breakwell, GM (Org.). Métodos de pesquisa em psicologia. São Paulo: Artmed; 2010. p. 340-361.

8 Charmaz KA. Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para a análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

9 Mendes A da CG, Araújo JL do AC de Jr, Furtado BMASM DPO, Silva ALA da, Miranda GMD. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. Rev. bras. enfer [internet] 2013 [citado em 2014 Jul 21] 66(2) 161-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/02.pdf>.

10 Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes as síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. Texto contexto – enfer [internet] 2011 [citado em 2014 Jul 19] 20(2) 225-233. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>.

11 Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, Carvalho FSS Filha, Aguiar JS. Estresse: fatores desencadeadores no exercício profissional de enfermeiros. Revista de Enfermagem da UFPI [internet] 2013 [citado em 2014 Jun 29] 2(5):55-9. Disponível em:

<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1305/pdf>.

12 Anthoine E, Delmas C, Coutherut J, Moret L. Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. *BMC Health Services Research* [internet] 2014 [cited em 2014 Jun 21]. 14:126. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008265/>. DOI: 10.1186/1472-6963-14-126.

APÊNDICE B - Resumo apresentado no 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belém do Pará em 2014. Modalidade comunicação coordenada

**ESTRESSE E BURNOUT NA INTERFACE DO PROTAGONISMO NO CUIDAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Uma Revisão Integrativa de Literatura.**

Milene de Andrade Gouvêa Tyll<sup>1</sup>

Luc Vandenberghe<sup>2</sup>

**Introdução** Os profissionais de saúde que atuam na área hospitalar tem grandes possibilidades de desenvolverem o estresse, ficando conseqüentemente vulneráveis a síndrome de *Burnout*, devido aos vários fatores de risco encontrados nestes lugares.<sup>1</sup> A convivência com a dor, com o sofrimento alheio, excesso de horas trabalhadas, baixa remuneração e conflitos interpessoais, são por muitas vezes fatores que podem servir como gatilho para esses tipos de doenças ocupacionais. Conhecer através da literatura os conceitos destes dois termos, facilita muito a compreensão desses achados, podendo até mesmo favorecer há uma identificação precoce dessas doenças ocupacionais em sua fase inicial. Para isso foi realizado uma revisão integrativa da literatura, pois é um dos recursos da prática baseada em evidências, utilizada com o intuito de promover um conhecimento inicial a serem realizados antes de elaborar uma determinada proposta.<sup>2</sup> Este estudo se fez relevante devido aos cuidados prestados ao indivíduo criticamente enfermo, estarem diretamente relacionado à saúde do profissional de saúde, uma vez que o indivíduo para cuidar do outro, necessita estar bem emocionalmente, espiritualmente e organicamente. A Unidade de Tratamento Intensivo é considerada como um lugar gerador de estresse devido ser um ambiente que necessita de eficiência, atenção redobrada, estado de alerta e superação para lidar com a ambiguidade de vida e morte, acarretando problemas emocionais aos seus profissionais<sup>3</sup>. Portanto se as condições de trabalho forem estressantes pode causar adoecimento pelas cargas psíquicas que são geradas por fatores físicos e biológicos que ocorrem pelos incidentes no ambiente de trabalho<sup>4</sup>. Comumente o estresse é uma palavra que representa “fadiga” e “sobrecarga”, promovendo uma certa dificuldade em determinar um conceito único, pode-se considerar como uma reação do organismo a pressões experienciadas ao longo de sua trajetória.<sup>1</sup> E *Burnout* pode ser conceituado como um problema de saúde, relacionado ao trabalho caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e realização reduzida.<sup>5</sup>

**Objetivo** Identificar na literatura brasileira o quantitativo de publicações sobre estresse e *Burnout* em profissionais de saúde que atuam na unidade de terapia intensiva. **Método** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, no qual foi realizada uma busca nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), com os seguintes descritores: estresse ocupacional, *Burnout* e unidade de terapia intensiva a investigação se deu a partir dos títulos nacionais e internacionais relacionados ao tema no período de 2006 a 2014. **Resultados** Foram encontrados 30 artigos, dentre estes 7 internacionais, sendo 13 de avaliação da síndrome de *Burnout*, 09 de identificação de estresse e 08 sobre fatores de risco favorável ao estresse, todos consideravam a unidade de tratamento intensivo como um ambiente favorável ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, devido aos vários fatores de risco encontrados neste ambiente como barulho, conflito interpessoal, cobrança profissional entre outros, que contribuem ao estresse. Todos apontavam esses profissionais com um nível no mínimo do tipo moderado desta

síndrome e que os próprios profissionais tentam encontrar e fazer uso de alguma estratégia para melhorar sua saúde mental com a finalidade de não afetar o cuidado ao paciente crítico. **Conclusão** Diante desta revisão literatura percebeu-se que atualmente ainda são escassos os números de pesquisas realizadas sobre estresse e Síndrome de Burnout na equipe multiprofissional atuante na Unidade de Terapia Intensiva, o maior número de publicações é voltado para os enfermeiros e publicado pelos mesmos. Acredita-se que ainda é necessário estudos mais aprofundados sobre o tema em questão, pois muitos profissionais que compõe a equipe multiprofissional atuante no ambiente da unidade de terapia intensiva, como enfermeiro, médico, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e psicólogo, vivenciam alguma situação de estresse ou evoluem para algum nível da síndrome de Burnout, o que pode comprometer direta ou indiretamente o cuidado prestado ao doente crítico, bem como a saúde do próprio trabalhador. **Contribuições/implicações** A saúde do trabalhador é um fator que implica diretamente na arte do cuidar, por isso o estudo sobre essa temática é de extrema relevância para o contexto multiprofissional, principalmente no que se refere a equipe de enfermagem, pois é quem lida a maior parte do tempo com o ser cuidado. Esses profissionais, tentam de várias formas desempenhar o seu papel da melhor maneira para alcançar a melhora clínica dos seus pacientes, devido a essa situação e reconhecendo o fato, é importante o envolvimento da instituição de saúde, para que possa investir com estratégias individuais ou em grupo no sentido de melhorar as condições de trabalho deste profissionais, oferecendo recurso material adequado e suficiente, ambiente favorável para o bom desenvolvimento do trabalho, rodas de conversas com profissionais qualificados para trabalhar os conflitos interpessoais e se instalada a síndrome, identificar o distúrbio na fase inicial para que se possa realizar um tratamento adequado e eficaz. **Referências** <sup>1</sup>Silva, V.L. dos S. *et al.* Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes. Ver. Enf. UERJ; 19 910: 121-126, jan. – març. 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 17 jul 2014. <sup>2</sup>Creswell, JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. <sup>3</sup>Ulhôa, M. de L., *et al.* Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de belo horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. REGE, São Paulo – SP, v. 18, n. 3, p. 409-426, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/36745>. Acesso em: 22 maio. 2013. <sup>4</sup>Santos, F. D. dos, *et al.* O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. Rev. Elet. SMAD. 2010, v. 6, n. 1. Disponível em: [www.eerp.usp.br/resmad](http://www.eerp.usp.br/resmad). Acesso em: 17 jul 2014. <sup>5</sup>Kaschka, W.P., Korczak, D., Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011 Nov;108(46):781-7. doi: 10.3238/arztebl.2011.0781. Epub 2011 Nov 18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230825/> Acesso em: 17 jul 2014.

Descritores: Estresse ocupacional, saúde do trabalhador e *Burnout*.

### **Eixo 1: O Protagonismo no Cuidar**

<sup>1</sup> Enfermeira intensivista do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém/Pa, especialista em terapia intensiva pela UEPA – 2004, mestranda do curso de ciências ambientais e da saúde, PUC/Goiás.

<sup>2</sup> Doutor em psicologia pela Universite de l'Etat a Liege, U. LIEGE, Bélgica – 2002, docente do curso de pós graduação (mestrado) PUC/Goiás.

APÊNDICE C - Resumo apresentado no XIX Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva em Goiânia em 2014. Modalidade apresentação oral

**A vivência do trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de terapia intensiva de um hospital referência no Estado do Pará.**

Milene de Andrade Gouvêa Tyll (FHCGV/Pa)<sup>1</sup>

Luc Vandenberghe (PUC/Goiás)<sup>2</sup>

**Objetivo** Avaliar a presença da Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna/Belém-Pa. **Métodos** Foi aplicado dois instrumentos, um questionário de perfil sócio-demográfico e Escala de Caracterização do *Burnout* (Tamayo e Troccoli, 2009) contendo 35 perguntas, investigando os seguintes fatores: Exaustão emocional; Desumanização e Decepção no trabalho, em uma amostragem probabilística de 60 servidores (enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos), distribuídos nas unidades Coronariana, UTI adulto, neonatal e pediátrica, após a aprovação do CEP (CAAE 25566014.0.0000.0037). No tratamento dos dados, foram utilizados o teste de Fisher para as variáveis categóricas e teste t-student para variáveis numéricas. Para avaliar as diferenças dos escores por fatores foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e o teste de Dunnet. Foi evidenciado que a maioria dos profissionais estudados são do sexo feminino (83,3%), a faixa etária predominante varia entre 34 a 43 anos (53,3%), 75% com companheiro, 31,7% sem filhos, em média com 11 anos de profissão, 75% com mais de dois empregos, 56,7% possuem escala noturna e 58,3% tem carga horária de até 12 horas por dia. **Resultados** Dos profissionais avaliados, (13,3%) pontuaram índices altos e (31,7%) índices médios (*Burnout* desenvolvida), apenas a cobrança exagerada da chefia foi estatisticamente significativa em relação a presença de *Burnout*. **Conclusão** As pessoas que relataram vivenciarem cobrança exagerada por parte da chefia estão associadas a síndrome de *Burnout*, evidenciando assim a necessidade do cuidado à saúde mental desses profissionais que atuam nos setores críticos do referido Hospital.

**Descritores:** Estresse ocupacional, saúde do trabalhador e *Burnout*.

**Classificação:** Gestão, qualidade e segurança.

<sup>1</sup> Enfermeira intensivista do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém/Pa, especialista em terapia intensiva pela UEPA – 2004, mestranda do curso de ciências ambientais e da saúde, PUC/Goiás.

<sup>2</sup> Doutor em psicologia pela Université de l'Etat a Liege, U. LIEGE, Bélgica – 2002, docente do curso de pós graduação (mestrado) PUC/Goiás.

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Milene de Andrade Gouvêa Tyll, sou aluna do curso de pós graduação *stricto sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e gostaria de convidá-la para participar como voluntária de uma pesquisa referente a minha dissertação de mestrado. Por isso, apresento este termo a você.

O objetivo desta pesquisa é compreender a vivência de profissionais da saúde nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência em Belém do Pará e identificar os principais fatores de risco que contribuem ao estresse ocupacional vivenciado por eles. Este estudo se justifica devido à saúde do profissional de saúde estar diretamente relacionada ao cuidado ao paciente crítico. A promoção do bem estar entre a equipe de saúde multiprofissional no seu ambiente de trabalho favorece ao cuidado mais eficaz, prazeroso e humanizado, longe de iatrogenias e promovendo consequentemente melhor qualidade de vida ao paciente e ao cuidador.

### **Informações sobre a pesquisa:**

**Título da Pesquisa: “A VIVÊNCIA DO ESTRESSE PROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VOZES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PARÁ”.**

**Nome da Pesquisadora:** Milene de Andrade Gouvêa Tyll

Telefone para contato: (91) 9919-8558 e 4005-2559

**Nome do orientador:** Dr. Luc Vandenberghe

Em virtude do caráter voluntário da pesquisa, solicitamos que, após ler ou ouvir com atenção este documento, e ser esclarecido e informado a respeito deste trabalho, caso concorde em participar dele, assine em todas as folhas deste documento, que contem duas vias. Uma dessas vias é sua e a outra será guardada por mim, pesquisador.

Em caso de recusa, sinta-se a vontade em não participar do estudo ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, não sendo por isso responsabilizado(a) ou penalizado(a) em hipótese alguma. A recusa ou desistência de participação a qualquer momento não acarretará qualquer prejuízo ao seu vínculo de trabalho na instituição de saúde.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá, em qualquer etapa do estudo, entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Av. Serzedelo Correa, N. 725, apto 606, Batista Campos, Belém/Pa, telefone (91) 9919-8558, podendo inclusive ligar a cobrar. A qualquer momento, caso haja dúvidas, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO) pelo telefone (62) 3946-1512 ou email: [www.pucgoias.edu.brcep](http://www.pucgoias.edu.brcep) ou [cep@pucgoias.edu.br](mailto:cep@pucgoias.edu.br), ficando a pesquisadora responsável pelo ônus de cada ligação realizada pelo participante no momento de dúvida.

Ao participar deste estudo, o senhor/ a senhora permitirá que a pesquisadora, Milene de Andrade Gouvêa Tyll, aplique três instrumentos: a) Questionário do perfil sócio-demográfico e profissional, b) O roteiro de entrevista e c) A Escala de Caracterização de Burnout (ECT) para avaliar a vivencia relacionado ao trabalho e fazer as análises necessárias para que os objetivos desse estudo sejam alcançados. Esses dados serão analisados em conjunto com os dados colhidos junto aos outros participantes da pesquisa, para que possamos analisar as concepções dos participantes sobre a mesma temática. Desta forma, não haverá a identificação dos participantes, pois as informações serão analisadas

em conjunto, por setor e não por categoria. Os dados coletados durante a pesquisa serão arquivados anonimamente, sem indicação da identidade real do participante, serão mantidos em sigilo absoluto durante e após a realização de toda pesquisa e destruídos no período máximo de seis meses após a finalização da mesma.

Conforme dispõe a Resolução n. 466/2012, emanada do Conselho Nacional de Saúde, todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, sendo preservada sua identidade, assim como a identidade de todas as pessoas por você referidas. Os dados aproveitados na pesquisa serão somente aqueles que tenham o foco relacionado ao objetivo, mas mesmo assim, o sigilo será mantido e não será dada nenhuma informação que possa lhe identificar. Os dados que forem colhidos serão utilizados para essa pesquisa e não serão armazenados ou aproveitados para estudos futuros.

Durante todo o processo, você será acompanhada pela pesquisadora, que estará a sua inteira disposição para esclarecimento de dúvidas. Além disso, você poderá desistir de ser participante da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade. Esclarecemos que a sua participação na pesquisa não terá nenhum tipo de pagamento ou privilégios, contudo, os conhecimentos obtidos nesta investigação poderão ampliar as discussões sobre a ocorrência do estresse em profissionais de saúde que trabalham em UTIs. Desta forma, você não terá nenhum benefício direto por estar participando, mas contribuirá para que o conhecimento adquirido por meio desta pesquisa, possa auxiliar as discussões sobre a temática em questão.

Caso você apresente alguma consequência de cunho psicológico, devido ao processo da pesquisa, a pesquisadora responsável se responsabiliza por encaminhá-lo para atendimento gratuito junto ao serviço de psicologia da FHCGV/Pa. Neste serviço, você poderá ser atendido, de forma sigilosa, por um profissional se assim desejar. Mesmo assim, se você considerar que houveram danos decorrentes à participação, você tem o direito de contestar na justiça a indenização cabível. A pesquisadora compromete-se em acatar a decisão da justiça com relação ao pagamento de indenização e efetuar/pagar a indenização.

Se os resultados dessa pesquisa forem publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sempre garantiremos o sigilo do seu nome, e também asseguraremos a sua privacidade.

Agradecemos antecipadamente a sua participação e autorização.

---

Milene de Andrade Gouvêa Tyll

COREN 10085/ Pesquisadora

APÊNDICE E - Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
 n° \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo  
 em participar do estudo “**A VIVÊNCIA DO ESTRESSE PROFISSIONAL NA UNIDADE DE  
 TERAPIA INTENSIVA: VOZES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PARÁ**”.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Milene de Andrade Gouvêa Tyll sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, bem como de que minha participação é voluntária. Além disso, reconheço que tenho a liberdade de fazer perguntas a qualquer momento, sempre que houver dúvidas e quando julgar necessário.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade quanto ao meu trabalho nesta instituição hospitalar.

Em nenhum momento terei o meu nome publicado ou exposto por qualquer razão, e caso seja necessário, será trocado como forma de manter minha privacidade. A pesquisadora se compromete a manter confidência toda e qualquer informação que possa nos identificar individualmente. E ainda, é sabido que as profissionais responsáveis pela pesquisa se disponibilizam a oferecer assistência psicológica gratuito em função de possíveis necessidades decorrentes da investigação. Caso considere que houve algum dano decorrente da minha participação na pesquisa, sei que tenho o direito de contestar na justiça a indenização cabível e que a pesquisadora compromete-se a acatar a decisão da justiça com relação ao pagamento de indenização.

Local e data:

Belém, \_\_\_\_\_ de 2014.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Nome da pesquisadora: Milene de Andrade Gouvêa Tyll

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE F - Roteiro de entrevista

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Fale sobre sua vivência profissional neste ambiente de trabalho...
  
2. Você pode descrever quais os fatores que, na sua opinião, podem contribuir ao estresse?  
Me fale sobre isso...

## ANEXO A - Declaração do serviço de psicologia do Hospital de Clinicas Gaspar Vianna



FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
SERVIÇO DE PSICOLOGIA



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que caso seja necessário, o serviço de psicologia da FHC GV oferecerá atendimentos psicoterápicos sem ônus aos participantes da pesquisa de Mestrado intitulado: “O estresse vivenciado pelos profissionais de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de Referência no Estado do Pará”, pesquisa realizada pela Enfermeira Milene de Andrade Gouvêa Tyll sob a orientação da Dra. Renata Fabiana Pegoraro, dentro das condições de risco prevista aos participantes do projeto. Os atendimentos encaminhados a este serviço serão realizados mediante a apresentação do comprovante de aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, bem como desta declaração.

Belém, 25 de Novembro de 2013.

Atenciosamente,

Dra. Tatiana Vera Pinheiro Reis  
Chefe do serviço Biopsicossocial da FHC GV

Tatiana Vera Pinheiro Reis  
Psicóloga  
CRP-10/00884-4

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA  
Trav. Alferes Costa s/nº - Bairro: Pedreira – Belém/Pa – CEP: 66.087.6600  
CNPJ: 22. 980.973/0001-77 – Fone: (091) 32760601- FAX: (091) 32761150  
Email: gasparvianna@uol.com.br

## ANEXO B - Declaração de aceite do Hospital de Clinicas Gaspar Vianna



**FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO – PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Trav. Alferes Costas s/nº - Bairro: Pedreira - Belém/Pará - CEP: 66.087.660  
CNPJ: 22.980.973/0001-77 - Fone: (091) 3276-0601 - FAX: (091) 3276-1150  
E-mail: gasparvianna@uol.com.br



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em nome da **FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA**, termos conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: **“O estresse vivenciado pelos profissionais de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de Referência no Estado do Pará”** que terá como orientadora a Dra. Renata Fabiana Pegoraro e orientanda Milene de Andrade Gouvêa Tyll, tendo o mesmo recebido aceite para seu desenvolvimento na **UCA, UTI Adulto, UTI Pediátrica e UTI Neo desta Instituição**, durante o período pré-estabelecido pelo cronograma e **APÓS APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**.

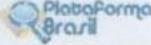
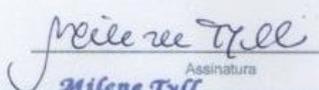
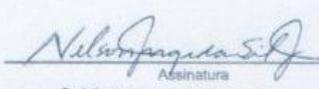
Belém (Pa), 25 de Novembro de 2013,

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Alessandra Quinto Bentes**

**Gerente de Ensino e Pesquisa da FHCGV**

*Dra. Alessandra Quinto Bentes*  
Gerente de Ensino e  
Pesquisa - FHCGV

## ANEXO C – Folha-de-rosto liberada pelo CEP/PUC-GOÍÁS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: "A VIVÊNCIA DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO ESTADO DO		2. Número de Participantes da Pesquisa: 65	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Milene de Andrade Gouvêa Tyll			
6. CPF: 654.920.722-34		7. Endereço (Rua, n.º): Av. Serzedelo Correa nº 725, Apto 606 Batista Campos Ed. Monteiro Lopes BELEM PARA 66033770	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (91) 9919-8558	10. Outro Telefone:
			11. Email: milenetyll@hotmail.com
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprerei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>23 / 01 / 14</u>		 Assinatura <b>Milene Tyll</b> Intensivista COREN: 100085	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás		14. CNPJ: 01.587.809/0001-71	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (62) 3946-1070		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela Instituição): Declaro que conheço e cumprerei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Prof. Nelson Jorge da Silva Jr.</u>		CPF: <u>233.380.241-34</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenador</u>			
Data: <u>23 / 01 / 14</u>		 Assinatura <b>Prof. Dr. Nelson Jorge da Silva Júnior</b> Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde PUC Goiás - Coordenador - R.E. 3317	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP/PUC-GOIÁS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** "A VIVÊNCIA DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ".

**Pesquisador:** Milene de Andrade Gouvêa Tyll

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25566014.0.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 555.335

**Data da Relatoria:** 12/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

**Introdução** O estresse é um problema vivenciado em qualquer ambiente de trabalho, podendo ser um pouco mais evidente em setor crítico hospitalar, pelo fato de ser um ambiente tenso, frio e hostil, infelizmente são os vários fatores que podem desencadear situação de estresse dentro das Unidades de Terapia Intensiva, causando uma desarmonia entre a equipe de trabalho, promovendo conseqüentemente um desajuste no compasso dos cuidados prestados neste setor. Hoje em dia vários estudos vem abordando essa temática, para que possamos dar maior atenção à saúde do trabalhador, principalmente quando este lida diretamente com pacientes gravemente enfermos, uma vez que à saúde do profissional de saúde está diretamente relacionada aos cuidados ao paciente crítico, visto que o indivíduo para cuidar de outro precisa estar bem emocionalmente, espiritualmente e organicamente para que possa promover um cuidado mais eficaz, prazeroso e humanizado, longe de iatrogenias, favorecendo conseqüentemente a melhoria na qualidade de vida ao paciente e ao cuidador. **Objetivo** Compreender a vivência profissional do enfermeiro, do fisioterapeuta e do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital de referência em Belém do Pará. **Método** será um estudo descritivo transversal, com abordagem quanti-qualitativa, baseado a luz da Grounded Theory, Teoria Fundamentada em Dados, com profissionais de saúde

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 555.335

que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência em Belém/Pa,

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Compreender a vivência profissional do enfermeiro, do fisioterapeuta e do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital de referência em Belém do Pará. Método será um estudo descritivo transversal, com abordagem quanti-qualitativa, baseado a luz da Grounded Theory, Teoria Fundamentada em Dados, com profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de referência em Belém/Pa

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

OBJETIVO GERAL

¿ Compreender a vivência profissional do enfermeiro, do fisioterapeuta e do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital de referência em Belém do Pará.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

¿ Traçar o perfil sócio demográfico dos enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos atuantes nas UTIs adulto; pediátrica, neonatal e coronariana de um Hospital de referência em Belém/Pa;

¿ Identificar os principais fatores de risco para o estresse vivenciado pelos enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos atuantes nas UTIs de um Hospital de referência em Belém/Pa;

¿ Identificar a presença de Burnout entre os participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 555.335

Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 13 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br