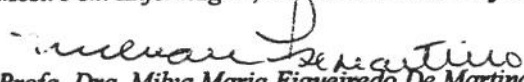


ROBERTA COVA PAFARO

**ESTUDO DO ESTRESSE DO ENFERMEIRO COM
DUPLA JORNADA DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DE CAMPINAS**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Roberta Cova Páfaro


Prof. Dra. Milva Maria Figueiredo De Martino
Orientadora

**CAMPINAS-SP
2002**

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

ROBERTA COVA PAFARO

**ESTUDO DO ESTRESSE DO ENFERMEIRO COM
DUPLA JORNADA DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DE CAMPINAS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Milva Maria Figueiredo De Martino

**CAMPINAS-SP
2002**

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	P14e
V	EX
TOMBO BC/	52024
PROC.	16-124/03
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	12/02/03
Nº CPD	

CM00179040-2

BIB ID 276367

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

P14e Pafaro, Roberta Cova
Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas / Roberta Cova Pafaro. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Milva Maria Figueiredo De Martino
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

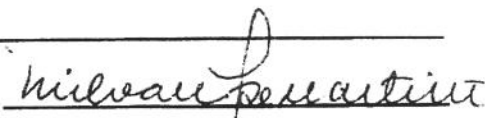
1. Enfermagem. 2. Enfermeiros. 3. Stress. 4. Oncologia pediátrica. 5. Trabalho. I. Milva Maria Figueiredo De Martino. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

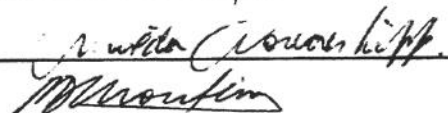
Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Milva Maria Figueiredo De Martino

Membros:

1. Prof^a Dr^a Milva Maria Figueiredo De Martino



2. Prof^a Dr^a. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



3. Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 26/06/2002

“A lição é viver plena e intensamente o presente, com realismo, deixando-se controlar também por aquilo que é benéfico de nosso passado, sem que ele se transforme em um obstáculo para alcançarmos felicidade.”

Norma Sant´ana Zakir

Dedico este trabalho,

Ao meu marido Sérgio, companheiro e amigo
que esteve sempre
ao meu lado.

Aos meus filhos, Nicholas e Yuri razão
do meu viver.

À Prof^ª Dr^ª Milva Maria Figueiredo De Martino, pela oportunidade de ser minha orientadora e que me ajudou a realizar este projeto.

À Prof^ª Dr^ª Maria Inês Monteiro Cocco, que me abriu as portas da Pós-graduação, como aluna especial e pela valiosa contribuição feita na ocasião do exame de qualificação.

À Prof^ª Dr^ª Marilda Emmanuel Novaes Lipp, que com sua sabedoria, foi a grande base literária para realização deste trabalho e pela valiosa contribuição feita na ocasião do exame de qualificação.

À Prof^ª Dr^ª Sílvia Regina Brandalise, um exemplo, que me mostrou que devemos ser incansáveis à procura do saber.

À toda equipe de enfermagem do Hospital Centro Infantil Dr. Domingos A. Boldrini que contribuiu como participantes da pesquisa.

À equipe da Comissão de Ética do Hospital Centro Infantil Dr. Domingos A. Boldrini que permitiu a realização da pesquisa, acreditando nela.

Aos estatísticos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelas orientações das análises estatísticas do trabalho.

À Dr^a Isolina Maria Proença, psicóloga que avaliou os testes psicológicos dos participantes criteriosamente, contribuindo com a pesquisa.

Aos colegas do curso de Pós-graduação de Enfermagem, em especial a Ana Raquel Beck, pela troca e aprendizagem nos dois anos que estudamos juntos.

Aos professores do curso de Pós-graduação, aos quais, freqüentei as disciplinas, podendo contribuir para realização deste trabalho.

Aqueles, cuja contribuição direta ou indireta, foi fundamental para a execução deste projeto.

Lista de Siglas	x
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras e Quadros.....	xii
RESUMO	xiii
CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	14
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Características gerais da dupla jornada de trabalho em enfermagem	29
2. OBJETIVOS	44
3. MATERIAL E MÉTODOS	46
3.1. Local e regime de trabalho	47
3.2. Sujeitos	47
3.3. Material	48
3.4. Procedimento	48
3.5. Tratamento dos dados	49
3.6. Aspectos éticos da pesquisa	50
4. RESULTADOS	52
5. DISCUSSÃO	64
5.1. Limitações do estudo.....	71
6. CONCLUSÕES	72
7. ABSTRACT	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

9. ANEXOS	90
Anexo 1 - Termo de consentimento	91
Anexo 2 - Inventário de Sintomas de “Stress”	92
Anexo 3 - Escala Analógica Visual	95
Anexo 4 - Ficha de Identificação para coletas de dados pessoais dos enfermeiros	96
Anexo 5 - Termo de Consentimento da Comissão de Ética e Pesquisa	97

- ACTH - Hormônio Adrenocorticotrópico
- EAV - Escala Analógica Visual
- FE - Fase de Exaustão
- FR - Fase de Resistência
- ISSL - Inventário de Sintomas de "Stress" LIPP
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- RA - Reação de Alarme
- SAG - Síndrome de Adaptação Geral
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 1 - Características gerais da amostra com e sem dupla jornada de trabalho.	53
Tabela 2 - Avaliação dos sujeitos quanto a presença ou não de estresse de acordo com o tipo de jornada.	55
Tabela 3 - Avaliação dos sintomas físicos e psicológicos conforme o tipo de jornada da população estudada.	56
Tabela 4 - Níveis de estresse subjetivos obtidos através da Escala Analógica Visual – EAV.	57
Tabela 5 - Fases de estresse obtidas através do Inventário de Sintomas de Stresse LIPP.	58
Tabela 6 - Justificativas apresentadas pelos sujeitos em relação à dupla jornada de trabalho.	59
Tabela 7 - Estado civil em relação ao tipo de jornada de trabalho.	59
Tabela 8 - População da amostra com e sem filhos em relação ao tipo de jornada de trabalho.	60
Tabela 9 - Concordância de Kappa entre ISSL e EAV.	61

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1 - Produtividade do indivíduo em relação as fases do estresse	28
Quadro 1 - Sintomas físicos e psicológicos de estresse da amostra nas últimas 24 horas	62
Quadro 2 - Sintomas físicos e psicológicos de estresse da amostra na última semana	62
Quadro 3 - Sintomas físicos e psicológicos de estresse da amostra no último mês	63

Este estudo tem como objetivos: investigar a presença e o nível de estresse emocional, os sintomas físicos e psicológicos, a intensidade do estresse em enfermeiros que fazem dupla jornada de trabalho e os que não fazem. Foi realizado no Centro Infantil Boldrini na cidade de Campinas, SP. Participaram voluntariamente 33 sujeitos, sendo 9 em regime sem dupla jornada de trabalho e 24 com dupla jornada, com idade entre 23 a 51 anos, de ambos os sexos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Inventário de Sintomas de Stress LIPP (ISS-LIPP) e Escala Analógica Visual (EAV). Os resultados do ISS - LIPP mostraram que 22 sujeitos tiveram a presença de estresse sendo que destes 17 pertenciam ao grupo com dupla jornada e cinco sem dupla jornada. Na amostra estudada, 11 sujeitos não apresentaram a presença de estresse, destes sete faziam dupla jornada e quatro não. Do total de 33 sujeitos, 60.60% encontraram-se na fase de resistência do estresse. Utilizando a EAV foram detectados 11 sujeitos com alto nível de estresse, 13 com nível médio e 09 com nível baixo de estresse. De um modo geral, os sintomas mais citados foram: cansaço constante, sensação de desgaste físico constante, tensão muscular e irritabilidade sem causa aparente. Conclusão: observou-se que os sujeitos classificados quanto às fases de estresses de ambos os grupos estavam na fase de resistência. Com referência aos níveis de estresse, a maioria de ambos os grupos encontrava-se no nível médio de estresse. Houve predominância dos sintomas psicológicos em ambos os grupos. Os sujeitos com dupla jornada estavam mais estressados em relação aos sujeitos com jornada única.

Palavras-chave: Estresse; Enfermeiros; Dupla Jornada; Trabalho em Turnos

**CONSIDERAÇÕES
PRELIMINARES**



Após 16 anos de formada, e adquirindo experiência ao longo destes anos, percebi que faltava algo mais para enriquecer meu currículo e, em especial, aprimorar minha formação profissional, sendo assim, fui participar como aluna especial do Curso de Mestrado em Enfermagem da UNICAMP, cursando duas disciplinas, sendo que, em uma delas, Trabalho Educação em Saúde, apresentou-se um trabalho sobre a qualidade de vida do trabalhador. No decorrer da preparação desta investigação fez-se uma pesquisa de campo com os profissionais de enfermagem da UTI Pediátrica do Hospital em que trabalhava, e a questão era o que estes profissionais faziam para ter uma melhor qualidade de vida?

Lembro-me claramente como me impressionou o semblante daqueles profissionais, no momento em que os olhei, tentando vê-los como pessoas e não como profissionais.

Suas faces possuíam um ar de preocupação, as testas franzidas e um certo nervosismo ao responder rapidamente à questão. Alguns continuaram preparando a medicação, outros interromperam para dar atenção ao paciente, pois, uma máquina alarmou com seu sinal insistente. Seus olhos transmitiam um misto de tristeza, preocupação e resignação.

No transcorrer das respostas, constatou-se que todos tinham dois empregos sendo que as folgas não coincidiam nos dois trabalhos e, quando estavam de folga, tinham de realizar tarefas domésticas e descansar para trabalhar novamente. Esta situação me sensibilizou e pensei em, como estes colegas devem viver estressados, o que fazer para ajudá-los? Que caminhos devem ser tomados? Quem é responsável por esta realidade?

Sabe-se, hoje em dia, que o estresse é um dos fatores responsáveis por alterações do estado de saúde e de bem-estar do indivíduo que podem levar à doença e à morte. Têm-se multiplicado os esforços de pesquisa de especialistas e de instituições no sentido de propor mecanismos que visem controlar os aspectos negativos no trabalho. Essa necessidade de ação passou a ser particularmente visível no campo do controle do estresse, por ter sido provada a possibilidade de se prevenir a morbidade e impedir a mortalidade ocasionada por ele. Frente a essa situação, percebi a necessidade de iniciar pesquisas para que, criteriosamente com os resultados obtidos, pudesse atuar em prol do trabalhador de enfermagem.

INTRODUÇÃO **1**

A palavra “stress” foi primeiramente utilizada na física, indicando o desgaste sofrido por materiais expostos a pressões ou forças (LIMA & CARVALHO,2000).

A palavra “stress”, derivada do latim, foi utilizada pela primeira vez no sentido psicológico no século XVIII (SPILBERGER, 1979). Porém, foi inicialmente usada na área da saúde por Hans Selye, na época estudante de medicina, em 1926, ao perceber que muitas pessoas sofriam de varias doenças físicas e apresentavam algumas queixas em comum como, fadiga, pressão alta, desânimo e falta de apetite.

Em 1936, já então endocrinologista, Selye introduziu o termo “stress” para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos. Ele enfatiza a resposta não específica do organismo a situações que não o debilitam, enfraquecendo e levando o organismo a adoecer.

Quando Selye publicou suas descobertas sobre os fenômenos do estresse, houve interesse médico mundial pelo assunto e vários pesquisadores puderam relacionar grande parte de seus achados de pesquisas com o esquema organizado por Selye (ALBRECHT, 1990).

Inicialmente pesquisas médicas definiram estresse como sendo um desgaste geral do organismo. Este desgaste poderia ser causado por alterações psicofisiológicas que apareceriam, por sua vez, através de uma determinada situação que despertasse uma emoção forte, boa ou má, que provocasse mudança.

Segundo LIPP (1994a) o estresse pode ser definido como um desgaste geral do organismo, causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem

quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que o irrite, excitem, amedrontem, ou mesmo que o façam imensamente feliz.

O estímulo que inicia uma reação de estresse é chamado de estressor. Um estímulo pode se tornar estressor em função da interpretação cognitiva ou do significado que o indivíduo atribui a ele. Ou seja, algumas vezes, a interpretação que se dá a certos eventos é que os torna estressantes e essa interpretação é o resultado da aprendizagem que ocorre durante o processo de nossa vida. Há situações em que o evento é intrinsecamente estressante independentemente da interpretação, como no caso de frio ou calor excessivo, dor, etc.

O estressor pode ser algo negativo e também positivo que emocione a pessoa de modo marcante.

Estresse, atualmente, significa “pressão”, “insistência” e estar estressado significa estar sob pressão ou estar sob ação de um determinado estímulo insistente (PROENÇA, 1998).

O estresse tem sido considerado como um dos problemas que mais freqüentemente age sobre o ser humano, interferindo na homeostase de seu organismo devido à grande quantidade de tensões que enfrenta diariamente.

O nível de estresse sentido por um indivíduo pode ser menos intenso sem que, para isso, se elimine o estresse completamente, pois ele ocorre com todas as pessoas e é algo necessário para se ter uma vida normal. LIPP (1994a) descreve que uma maneira positiva de se encarar a vida, interpretando adequadamente as situações que temos de atravessar, possibilita que mesmo experimentando algum estresse, ele não evolua até causar graves conseqüências.

A vulnerabilidade dos indivíduos ao estresse depende da habilidade dos mesmos lidarem com os eventos estressores. Não só os eventos estressores, mas

a maneira como o indivíduo lida com eles é fundamental para que se desenvolva um quadro de estresse. Uma vez que o modo de reagir a estímulos é um produto da aprendizagem, o contrário também pode ocorrer e é possível desaprender certas reações inadequadas e estressoras em potencial (LIPP, 1984).

LIPP (1994a) em suas pesquisas relata como podem ser as reações físicas e emocionais frente ao estresse. Os sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência são do nível físico como: aumento da sudorese, nó no estômago, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula e ranger de dentes, hiperatividade, mãos e pés frios, náuseas. Em termos psicológicos, vários sintomas podem ocorrer como: ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, incapacidade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionado ao estressor, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão, hipersensibilidade emotiva.

Esse desgaste sofrido pelo organismo exige grandes adaptações que podem gerar uma variedade de problemas. Existe uma necessidade no organismo de se adaptar procurando sempre o equilíbrio interno, quando esse é abalado.

LIPP (1998) refere que o estado de estresse prolongado pode afetar o sistema imunológico. Isto ocorre provavelmente porque as células linfáticas do timo, glândula que participa ativamente do sistema imunológico, são prejudicadas, assim como as glândulas dos gânglios linfáticos. Em decorrência disso, os linfócitos, ou seja, os glóbulos brancos diminuem em número e o organismo fica sujeito a várias infecções e doenças, podendo ocorrer, inclusive, envelhecimento precoce.

SELYE (1965) define estresse como um estado manifestado por uma síndrome. Complementa que esse estado pode ser avaliado pelas alterações que produz e que se manifesta como uma síndrome específica, embora seja induzido de forma não específica.

Em estudos anteriores SELYE (1965) observou alterações nas glândulas supra-renais (dilatação do córtex), no timo (involução), no baço, no estômago (úlcera) e em muitas outras estruturas linfáticas do corpo. Identificou algo como uma única reação não específica do corpo a qualquer tipo de lesão infligida. A esse conjunto de respostas não específicas denominou Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Verificou, após um tempo, que este conjunto evoluía de acordo com três fases, que seriam a reação de Alarme (RA), a fase de Resistência (FR) e a fase de Exaustão (FE). Estabeleceu três pontos fixos como parte da Síndrome: a supra-renal, o timolinfático e as alterações intestinais. A partir deste momento, estabeleceram-se condições para a realização de uma análise científica precisa sobre o mecanismo do estresse.

De acordo com esta teoria, as manifestações de estresse envolvem três fases que, em conjunto, caracterizam a Síndrome de Adaptação Geral:

Estágio de defesa ou alarme

Conforme as citações de LIMA & CARVALHO (2000) este estágio se caracteriza no organismo através do sistema nervoso central que percebe a situação de tensão e o hipotálamo estimula a hipófise, levando-a a aumentar a secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH). Este, por sua vez, estimula as supra-renais a aumentarem a produção de adrenalina e corticóides. Jogadas na circulação sistêmica rapidamente, estas substâncias chegam a todas as células do organismo. Estes hormônios são essencialmente úteis e, juntamente com as

reações do sistema nervoso central e com outros componentes químicos, constituem a defesa do organismo contra o estresse. Se forem porém descarrilados em sua produção podem causar doenças. Como exemplo, uma série de reações complexas ocorrem: a produção de hormônios aumenta; a respiração acelera; os batimentos cardíacos aumentam de frequência; os músculos ficam tensos.

Fase de Resistência

Ocorre quando o estressor perdura por um período muito prolongado, havendo um aumento da capacidade de resistência do organismo. Há plena adaptação ao estressor, ficando a atividade mais intensa em função do sistema parassimpático, possuindo o efeito de desmobilizar o corpo, pois este abaixa novamente o nível de alerta. A respiração, os batimentos cardíacos, a circulação e a pressão arterial voltam gradativamente a seus níveis anteriores. Porém, se há persistência do estresse, o nível de resistência vai diminuindo e inicia-se o estágio de exaustão.

Fase de exaustão ou esgotamento

Nessa fase, os sintomas da fase de alerta reaparecem mais acentuados e outros se desenvolvem, tornando o organismo mais suscetível a doenças. Caracteriza-se pela incapacidade dos mecanismos responsáveis pela busca da adaptação do organismo aos efeitos dos estressores permanecerem por tempo prolongado. O estresse se torna intenso e, conseqüentemente, esgotando toda a energia adaptativa do organismo.

Exaustão é a quebra do equilíbrio do organismo e está associada a uma série de doenças como hipertensão arterial, depressão, ansiedade,

problemas sexuais e dermatológicos, como psoríase, vitiligo, urticárias e alergia, além do infarto e até da morte súbita.

Embora Selye tenha identificado somente três fases do estresse (alerta, resistência e exaustão), em estudo desenvolvido por LIPP (2000c), identificou-se uma quarta fase tanto clínica como estatisticamente.

A esta nova fase foi dado o nome de **quase-exaustão** por se encontrar entre a fase de resistência e a da exaustão. Essa fase recém-identificada caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém, ainda não são tão graves como na fase da exaustão.

Embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar na sociedade até certo ponto, ao contrário do que ocorre na de exaustão, quando a pessoa não consegue, na maioria das vezes, trabalhar ou concentrar-se.

Desse modo, no presente instrumento, a fase de resistência refere-se à primeira parte do conceito de resistência de Selye enquanto a fase de quase-exaustão refere-se à parte final desta quando a resistência da pessoa está realmente se exaurindo.

Um alto nível de estresse contínuo pode gerar um quadro de esgotamento físico e emocional caracterizado por pessimismo, imagens negativas de si mesmo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho, mais conhecidas como Síndrome de Burnout.

O termo inglês “burnout” é empregado, usualmente, no meio esportivo americano, para denominar os atletas exaustos, cansados e estressados. Esse termo, atualmente, também é utilizado na psicologia para referir-se a uma

disfunção psicológica que parece acometer de forma mais comum os trabalhadores, cuja atividade se realiza em relação direta com pessoas.

Síndrome de Burnout pode ser definida como uma síndrome que acomete aqueles profissionais cujas profissões têm relação direta com as pessoas, e que estão expostos a um estresse crônico. A Síndrome de Burnout tem como traços característicos o desgaste emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência do indivíduo. O fenômeno do "Burnout" pode ser caracterizado como uma síndrome de má adaptação psicológica, psicofisiológica e de reações comportamentais inadequadas, a uma forma específica de estresse ocupacional. Esta definição permite uma visão compreensiva de como a realidade emocional do indivíduo associada à institucional, pode afetar os profissionais que trabalham nos serviços sociais.

WOLFGANG (1988) descreve o fenômeno "Burnout" como uma condição psicológica debilitante, ocasionada pelo estresse sem alívio e que contribui para o absenteísmo, para as constantes mudanças de serviço e, ainda, para o alcoolismo, o suicídio, as doenças mentais e os conflitos conjugais. Essa síndrome é também conhecida como estafa ou esgotamento profissional.

ALVAREZ e FERNANDEZ (1991) apóiam esse posicionamento, afirmando que a síndrome é uma conseqüência de altos níveis de tensão no trabalho, frustração pessoal e inadequadas atitudes de enfrentamento das situações conflituosas, o que supõe a existência de um traço pessoal, um organizacional e um social.

Os principais sintomas psicossomáticos associados referem-se ao aparecimento de cefaléias, tensões musculares, hipertensão arterial e outros. As alterações mais freqüentemente observadas na conduta são: o absenteísmo ao

trabalho, a conduta violenta, a incapacidade para relaxar, além do aumento do consumo de tabaco, álcool, fármacos, entre outros. Já na dimensão emocional: impaciência, irritabilidade, distanciamento afetivo, ansiedade e redução da capacidade de elaboração de juízos podem ser observados. O conjunto desses sintomas influirá diretamente no inter-relacionamento pessoal e, conseqüentemente, na relação profissional.

De acordo com SELIGMAN–SILVA (1995) a síndrome de Burnout tem sido descrita principalmente em profissionais que trabalham na prestação de cuidados a pessoas doentes, crianças e grupos sociais carentes.

O estresse relacionado à enfermeira que não tem e não recebe suporte emocional para enfrentar essas situações, pode acarretar condutas inadaptadas como atos de rebeldia, instabilidade emocional, ira ou reações paranóicas, podendo chegar à despersonalização, a qual constitui o traço característico da síndrome de Burnout.

A exaustão emocional foi definida como resultante de demandas excessivas na energia, na força e em recursos pessoais no local de trabalho. Vários sintomas como perda de preocupação, sentimentos positivos, compaixão e respeito por pacientes, colegas, familiares e por si mesmo definem o sintoma de exaustão emocional. A pessoa afetada precisa ser removida do ambiente de estresse o mais rápido possível e lhe deve ser dada a oportunidade de fazer algo diferente por um tempo. Lazer com familiares e amigos pode ser benéfico.

Segundo KOENING (1981) os quatro itens seguintes fazem parte da prevenção da exaustão emocional: 1- Atributos pessoais, 2 – Ambiente profissional, 3- Características do estilo de vida, 4- Realização.

Atributos pessoais que ajudam a evitar a exaustão emocional em oncologistas pediátricos incluem a habilidade de entender os próprios sentimentos e aceitar limitações pessoais. As pessoas que têm muita dificuldade em lidar com perdas pessoais ou que reagem mal a elas não devem se tornar oncologistas pediátricos. Antes de considerar essa especialidade médica, as pessoas devem avaliar como elas lidam com seus sentimentos num momento de grande perda. Acredita-se que o atributo pessoal mais crítico na prevenção do burnout é a habilidade de aceitar limitações pessoais. Embora 70% das crianças com câncer hoje sejam curadas, outros 30% ainda morrem. O oncologista pediátrico não deve se culpar e nem desenvolver sentimentos de culpa quando um paciente morre.

Ambiente profissional. Um ambiente profissional no qual médico e outros membros da equipe confiem uns nos outros e se sintam seguros para discutir os problemas de lidar com o estresse de cuidar com crianças com câncer ajuda a prevenir a exaustão emocional. Grupos formais ou informais da equipe médica que se encontram em intervalos regulares para discutir problemas podem ser de considerável ajuda. Além disso, os membros da equipe médica não devem trabalhar constantemente com uma criança em estado terminal. Eles necessitam de oportunidades para realizar outras funções, seja pesquisa, administração ou o cuidado de pacientes não terminais. Suporte positivo é uma parte importante do ambiente profissional. Os sucessos assim como os problemas necessitam ser discutidos.

Características do estilo de vida. Um estilo de vida equilibrado é muito importante na prevenção do "burnout". Diversificação profissional, trabalhando com crianças saudáveis e com doenças não fatais, pesquisar, e mesmo cuidar de aspectos administrativos ajudam a ampliar a base da identidade pessoal. Atividades recreativas servem como diversão e ajudam a equilibrar o profissional. A palavra-chave para prevenir a exaustão emocional é o equilíbrio.

Os oncologistas pediátricos não devem viver apenas no mundo do tratamento do câncer. Eles devem balancear essa experiência com outras, a fim de ajudar efetivamente no cuidado das crianças com câncer.

Realização. Finalmente para gostar de ser um oncologista pediátrico a equipe médica deve ter realização. O sucesso pode ser medido de diversas formas, a melhora nas curvas de sobrevivência é uma maneira de medir o sucesso. Talvez a maior realização venha de ver pacientes crescerem e se tornarem membros ativos e saudáveis de nossa sociedade. Mesmo quando as crianças morrem jovens, a equipe médica deve se sentir realizada por tê-las ajudado a obter uma melhor qualidade de vida durante a sua existência. O sucesso também pode ser sentido quando as famílias agradecem repetidamente por anos a fio. Os pacientes e as famílias que agradecem não o fazem pela razão mais óbvia, a criança se curou ou viveu mais do que o esperado, mesmo os pais cujos filhos morrem expressam gratidão. Eles não agradecem porque a equipe médica teve um excelente desempenho nas técnicas, como realizar transplantes de medula, retiradas de líquido e coletas de sangue, mas porque a equipe médica se preocupou com eles e com seu filho.

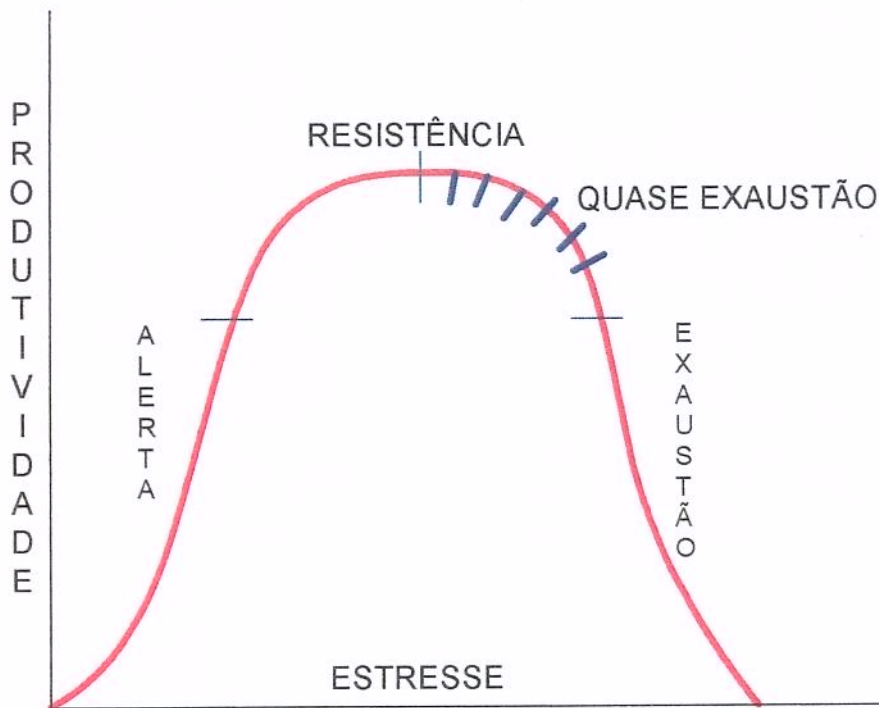


Figura 1 – Produtividade do indivíduo em relação às fases do estresse. (PAFARO, 2002)

O estresse se relaciona diretamente com a produtividade do indivíduo, uma pessoa que não tem estresse não produz, pois ela acaba não produzindo adrenalina, tornando-se uma pessoa apática, desanimada, totalmente improdutiva. Portanto quanto mais estresse, maior a produção de adrenalina, conseqüentemente maior a produtividade. Quando o estresse extrapola o limite do indivíduo, sua produtividade começa a diminuir, e ele pode contrair doenças e até mesmo morrer (LIPP 2000b).

BERNIK (2000) analisou as diferenças entre o estresse positivo e o negativo caracterizando-os como: EUSTRESS – o estresse de natureza positiva, a pessoa se tenciona, atingindo um nível ideal de esforço e é realimentada pelos resultados; e DISTRESS – o estresse que adocece, que está relacionado à sobrecarga, no qual ocorre a ativação crônica e repetida do eixo hipotálamo-

hipófise-adrenal, no qual a constante elevação dos hormônios origina alterações patológicas.

VASCONCELLOS (1992) vincula as terminologias eustress e distress, não à natureza qualitativa do estressor, mas, ao tempo em que o organismo permanece exposto a ele; isto é, mesmo que o estímulo para o estresse acarrete reação orgânica exacerbada, por meio da liberação intensa dos hormônios envolvidos neste processo e de outros mecanismos bioquímicos e biofísicos, esta reação será normal, como comportamento adaptativo natural em qualquer organismo vivo, visto que após essa fase de excitação o organismo retorna à sua homeostase. Esta seria uma reação saudável de estresse e, portanto, o eustress.

Ao contrário desta situação, quando o efeito estressor perdura, o organismo é impossibilitado de retornar à fase refratária de repouso, necessitando alterar seus processos fisiológicos de atividade orgânica e metabólica, com o intuito de recrutar recursos energéticos para conviver com esse estressor prolongado. Esse recurso adaptativo, denominado distress, resulta em espoliação energética do organismo, exaustão e finalmente colapso, manifestado clinicamente por meio de uma patologia.

1.1. Características gerais da dupla jornada de trabalho em enfermagem

A dupla jornada de trabalho, atualmente, se faz necessária aos trabalhadores de enfermagem devido à situação econômica da área da saúde, aos baixos salários insuficientes para o sustento da família, o que os leva a procurar novas fontes de renda. Na realidade, necessitam enfrentar dupla jornada de trabalho, o que pode interferir em alguns aspectos referentes à qualidade de vida do trabalhador.

De uma maneira geral, o serviço de enfermagem é composto por pessoas do sexo feminino, fazendo com que estas tenham uma carga de trabalho dupla, principalmente quando se somam as atividades domésticas ou quando são obrigadas a trabalharem em outro emprego (DE MARTINO, 1996).

Os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional tendem a remetê-las a determinadas situações em que se sentem impotentes e frustradas por não conseguirem conciliar seus inúmeros afazeres. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas pode conduzir a mulher ao stress emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das “tarefas domésticas” e da educação dos filhos resultando num acúmulo de atribuições (SPÍNDOLA, 2000).

O trabalho por equipes é a consequência inevitável dos processos de produção que funcionam por 24 horas seguidas. A atividade é exercida por uma população que não negligencia o trabalho, todas as horas do dia e da noite, e, sem dúvida, todos os dias do ano.

A denominação “trabalho em turnos” (“travail posté”, “shiftwork” e “Schichtarbeit”) é vaga e encobre, conforme o caso, realidades de trabalho variadas. A diferença essencial, atribuída antes a tradições socioeconômicas do que a necessidades objetivas, reside na opção entre trabalho em equipes fixas ou trabalho em equipes alternantes (FORET, 1983).

Na Europa Ocidental, no trabalho em turnos é quase que predominante o trabalho de equipes em horários alternantes, isto é, as mesmas pessoas trabalham ora no período da manhã, ora no período da tarde, ora no período da noite.

Na América do Norte, nas indústrias, as equipes são, em geral, fixas: por exemplo, trabalha-se constantemente no turno da noite, “graveyard shift”, que começa em torno de 23-24 horas.

Além dos trabalhos que tradicionalmente não podem sofrer interrupções, tais como, atendimentos de urgências e hospitais, há outros setores, entre os quais frações importantes do setor bancário, indústrias, companhias de seguro, administração, transporte, telecomunicações, etc., que estão se informatizando. Assim, rapidamente, estão sendo adotadas jornadas de trabalho de 14, 16 ou mesmo de 24 horas, muito mais longas do que há algum tempo. Essa evolução coloca uma série de problemas novos. Pode-se pensar que a elevada taxa de trabalho feminino, a ausência de mentalidade operária e os tipos relativamente novos de funções são os fatores que vão modificar significativamente os dados referentes ao problema e tornar aleatória uma generalização de conclusões que se pode extrair hoje sobre o trabalho em turnos.

O trabalho em turnos é uma característica do exercício da enfermagem, sendo obrigatório uma vez que a assistência é prestada durante as 24 horas do dia, nos 7 dias da semana, ininterruptamente. Essa condição obriga que a assistência ocorra à noite, nos finais de semana, nos feriados, períodos estes utilizados por outros trabalhadores para dormir, descansar, usufruir do lazer e do convívio social e familiar.

Dentre os turnos (diurno, tarde, noturno), estudos já realizados mostram que o trabalho noturno é uma das causas de alterações na saúde do trabalhador. Essas alterações são de ordem fisiológica, ambiental e social, principalmente quando interferem nas necessidades de sono, repouso e lazer dos trabalhadores, provocando alterações no ritmo circadiano ou biológico em relação à temperatura corporal, aos níveis hormonais, à capacidade ventilatória e à alternância sono-

vigília, além de outros distúrbios como nervosos, digestivos e de personalidade, ficando evidentemente prejudicado o relacionamento social e familiar (DE MARTINO & CIPOLLA-NETO, 1999; FERREIRA, 1985).

Os turnos rotativos contrários ao ritmo biológico do organismo causam: distúrbio do sono, da digestão e má adaptação. Por outro lado, o ritmo excessivo de trabalho, aliado ao número excessivo de pacientes por profissional, gera uma sobrecarga de responsabilidade, uma vez que a ação do profissional ultrapassa as atividades inerentes a sua formação. Essas cargas psíquicas provocam alterações fisiológicas e sociais que favorecem o aparecimento do alcoolismo, da drogadicção e da depressão.

Quando falamos em adaptação em turnos de trabalho, sejam eles fixos ou alternantes, reportamo-nos à Cronobiologia, ciência responsável pelos estudos dos fenômenos biológicos, entre eles o ciclo vigília-sono, numa visão de temporalidade e ritmicidade.

O período de sono normal típico de um adulto jovem é o noturno, caracterizado por uma estrutura interna com diferentes estágios de profundidade, por uma duração própria e por uma relativa estabilidade da hora de deitar e acordar, quando o indivíduo está livre de pressões sociais ou profissionais.

Desse modo, o sono normal pode ser visto como fenômeno noturno, o que significa que o ciclo vigília-sono é um evento que apresenta uma ritmicidade dependente das 24 horas do dia (ritmicidade circadiana), na qual, no período noturno, ocorre o sono noturno e no período diurno a vigília. Os episódios de sono que ocorrem durante o dia não são iguais ao sono noturno, assim como a vigília que ocorre durante a noite não é igual à vigília que ocorre durante o dia.

Referindo-se ao sono de um adulto jovem, a idade é um dos fatores considerados importantes na caracterização do sono. Tais características individuais, tanto as durações, quanto os horários em que o sono se dá, classificam esta população em que há os grandes dormidores, pessoas cuja necessidade diária de sono é maior que 9 horas, e há também os pequenos dormidores, cuja necessidade diária de sono é bem menor ou abaixo de cinco horas (CIPOLLA-NETO *et al*, 1996; FERREIRA, 1985).

Combinado a esse fenômeno há outro que, com bases biológicas precisas e com explicação através dos ritmos circadianos, classifica os indivíduos (Cronótipo) como pessoas matutinas (ou “da manhã”) que manifestam preferência por acordar cedo e dormir cedo, estando em plena forma de manhã; e pessoas vespertinas (ou “da noite”) que preferem acordar tarde e também dormir tarde.

Talvez os enfermeiros que fazem dupla jornada de trabalho, não estejam respeitando seu ritmo biológico, isto é, sua ritmicidade circadiana, o seu ciclo vigília-sono. Pesquisas realizadas por DE MARTINO & CEOLIM (2001) verificaram que nem sempre o cronótipo das pessoas corresponde ao seu turno de trabalho.

BOSCH & LANGE (1987) em suas pesquisas realizadas nos hospitais da Holanda, estudaram as implicações do turno de trabalho na assistência de enfermagem do paciente e na saúde do enfermeiro. Os resultados mostraram que em outras atividades, como, por exemplo, trabalho postal e de indústria, o turno é menos prejudicial à saúde do que no trabalho do enfermeiro. Verificaram, também, que o trabalho noturno causa um efeito negativo sobre a vida social do enfermeiro.

DE LUCIA *et al* (1988) afirmaram existir o consenso de que o trabalho noturno, seja ele fixo ou alternante com o diurno, é prejudicial à saúde dos trabalhadores. Entre as queixas mais freqüentes dos trabalhadores noturnos,

estão os distúrbios do sono, as alterações gastrointestinais e os transtornos mentais.

DEJOURS (1992) comenta que o trabalhador que não consegue atuar no domínio da organização de seu trabalho terá a integridade do seu sistema psíquico e a saúde do seu corpo ameaçadas, por meio de processo de somatização. Deste modo, a livre organização do trabalho torna-se uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e de satisfação.

Para DEJOURS (1992) não se pode desconsiderar o fato de que não há neutralidade na relação do trabalho com a saúde, pois ou ele favorece a doença ou a saúde.

Ao considerarem a existência de uma ação recíproca entre o trabalho e a saúde, especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) chamam a atenção para o fato de que, quando o trabalho está adaptado às condições do trabalhador e os riscos para a saúde estão sob controle, este trabalho favorece a saúde tanto física quanto mental.

A OMS reconhece que existem não apenas as doenças profissionais legalmente reconhecidas, mas também as doenças relacionadas ao trabalho, aquelas ocasionadas ou favorecidas pelas condições e ambiente de trabalho. Dentre essas está o estresse ocupacional (MENDES, 1995).

O estresse ocupacional é definido como um estado emocional desagradável num indivíduo, decorrente de aspectos profissionais avaliados por ele como ameaçadores à sua auto-estima e bem estar físico e psicológico (KYRIACOU & SUTCLIFFE, 1981).

BUENO (1999) cita em seus estudos realizados na área do estresse ocupacional, vários grupos profissionais, como por exemplo, psicólogos (Covolán,

1989), professores (Reinhold, 1984), policiais militares (Romano, 1989), jornalistas (Proença, 1998), entre outros. Todos eles demonstraram a importância de se avaliar o nível de estresse dos profissionais, sintomas e fontes relevantes do estresse e estratégias usadas objetivando programas de profilaxia e tratamento do estresse para uma melhor produtividade e qualidade de vida.

LIPP (1998) aponta algumas fontes de estresse ocupacional, tais como: quando um indivíduo não sabe exatamente o que é esperado de sua função, quando tem que trabalhar contra sua vontade e seus valores, quando existem objetivos incompatíveis entre as pessoas, quando tem várias obrigações a cumprir e não tem tempo de executar sua tarefa de modo correto, entre outras.

Portanto, alguns estudos referindo-se ao estresse do enfermeiro hospitalar aproximam relações com as características organizacionais do hospital e com a estrutura de poder que delas emana. Segundo FOUCAULT (1984), essas estruturas baseiam-se no poder disciplinar e na peculiaridade da dinâmica intra-institucional. A gênese do estresse do enfermeiro tem raízes também no fato do hospital caracterizar-se como um local de residência e trabalho, onde as pessoas, afastadas da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Existem práticas ou relações de poder, as quais dizem respeito não a relações interpessoais, mas a relações sociais. Estas, por sua vez, baseiam-se na vivência de papéis sociais existentes na conformação de um cenário específico que no caso refere-se à instituição hospitalar. A vivência e a convivência com esses papéis sociais, as relações de poder que aí se estabelecem e as emoções que surgem e permeiam essas relações compõem o substrato para as situações potencialmente estressoras, vividas pelo sujeitos aí envolvidos (FOUCAULT, 1984).

Nesse ambiente de poder disciplinar, na maioria das vezes, as pessoas que não estão no ápice da pirâmide hierárquica como os enfermeiros, por exemplo, controlam ao mesmo tempo em que são controlados, fato que provoca e potencializa situações conflitivas, ansiogênicas e causadoras de estresse.

A intensidade da vivência que o enfermeiro hospitalar experimenta no seu cotidiano exige dele uma contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar o estresse.

Em seu estudo sobre morbidade em trabalhadores de hospital geral, FRANCO (1981) conclui que várias patologias, como doenças infecto contagiosas, alergias, lombalgias e fadiga, são manifestadas nesses indivíduos em decorrência da exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, sobrecarga de trabalho, salários insuficientes, condições insatisfatórias de trabalho e mecanismos excessivos de controle formal e informal sobre os sujeitos e o produto do trabalho desses, caracterizados na organização do trabalho nessa instituição de saúde.

Os riscos para a saúde relacionados com o trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que ela é desempenhada. Os serviços de saúde, e de um modo particular os hospitais, proporcionam aos seus funcionários condições de trabalho reconhecidamente piores do que as verificadas na grande maioria dos outros setores de atividade. Para além dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais propriamente ditas, a atividade de enfermagem contribui de forma decisiva para a ocorrência de doenças relacionadas com o trabalho. Os enfermeiros encontram-se expostos do ponto de vista etiológico a: fatores de risco de natureza física, química, biológica e psicossocial; que se fazem sentir com grande intensidade e justificam a inclusão

da profissão de enfermagem no grupo das “profissões desgastantes” (GASPAR, 1997).

Os riscos ocupacionais quando não controlados levam ao aparecimento de acidente e doenças profissionais. O aparecimento de sintomas objetivos, até desequilíbrios nas funções orgânicas, confirma também a falta de condições ambientais e de condições adequadas para o trabalhador. Tais problemas na maioria das vezes não são percebidos pelo gerente ou pelo próprio trabalhador de saúde que acaba desenvolvendo um autocontrole dos sintomas acarretando queda da produção, maior vulnerabilidade e acidentes no trabalho, que o levam ao afastamento do serviço e ao absenteísmo (MAURO, 1996).

É sabido que um dos fatores que causa estresse numa empresa está relacionado às relações interpessoais. A pessoa estressada sofre uma redução da capacidade de comunicação com sua equipe. Isto cria um sistema em cadeia que torna as relações interpessoais um dos primeiros riscos à saúde. Diante do estresse, alguns se isolam, restringem-se aos mesmos pensamentos. Gerenciar o estresse consiste em traçar perspectivas antes de tudo, através dos nossos próprios pensamentos.

CANDEIAS *et al* (1988) consideraram que “componentes do ambiente de trabalho contribuem potencialmente para provocar reações disfuncionais e patogênicas no ser humano, características de estresse, como decréscimo de atuação e doenças coronarianas”.

LOYOLA (1984) estudando o trabalho da enfermeira hospitalar, apresenta mais um elemento potencialmente estressor, que surgiria na relação que se estabelece entre a enfermeira e o médico, isto é, nessa relação o papel do primeiro se caracteriza como suporte ao papel do segundo. Seu desempenho está submetido ao poder médico e por isso sua autonomia é quase inexistente, no que

se refere às decisões relativas às diretrizes terapêuticas. As características dessa relação, via de regra, resultam em desmotivação profissional, sentimento de injustiça, diminuição da auto-estima, conflitos e insegurança em relação à competência profissional, em hostilidade nas relações interpessoais, tudo isso, podendo, com o passar do tempo, engendrar situações ansiogênicas, que facilitarão e potencializarão o surgimento do estresse no trabalho da enfermeira.

A enfermagem é uma profissão considerada como potencialmente estressante. De fato, em 1988, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* (conforme citado por COOPER & MITCHELL, 1990) como a quarta profissão mais estressante no setor público.

A questão do estresse ocupacional associado ao exercício de qualquer profissional está intimamente ligada à satisfação no trabalho e ao bem-estar físico e mental dos profissionais.

Para COOPER (1993) os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos: fatores intrínsecos ao trabalho, papéis estressores, relações no trabalho, desenvolvimento na carreira, estrutura e cultura organizacional e interface trabalho-casa.

ANDRADE FILHO & ASSIS (1995) afirmaram que situações consideradas estressoras, no ambiente de trabalho, têm sido relacionadas com o aparecimento de hipertensão e doenças cardiovasculares em geral.

Em se tratando de hospital, uma característica deste trabalho é ser realizado sob tensão, o que provoca desgaste físico e mental. Como fatores geradores de tensão, podem-se citar principalmente os sentimentos de ansiedade, angústia e depressão provocadas pelo lidar ininterruptamente com a doença, o sofrimento e a morte.

Analisando o trabalho da enfermeira, verifica-se que um grande percentual dos estudos psicológicos e sociológicos tem demonstrado que essa profissão, principalmente no âmbito hospitalar, é uma das que mais origina estresse em suas trabalhadoras (LAUTERT, 1997a).

Existem alguns fatores que podem explicar o porquê desse fenômeno. Um deles é devido ao rápido desenvolvimento da tecnologia, a divisão do trabalho ou a intensificação e a expansão das especialidades médicas que determinam ao hospital que constitua um complexo sistema de divisão do trabalho, com elevada hierarquia de autoridade, canais formais de comunicação e um forte conjunto de regras e normas para seu funcionamento.

Nas instituições hospitalares, existem duas linhas paralelas de autoridade: a administrativa e a profissional, sendo freqüente a aparição de conflitos entre ambas; conflitos que, em grande parte, são gerados pelo choque entre diferentes conjuntos de valores e, principalmente, quando o sistema profissional coloca sua ênfase na humanização do cuidado ao cliente, enquanto que a administração objetiva a contenção de despesas, a agilidade e a alta produtividade.

Esse confronto, que se repete continuamente, acaba gerando uma fonte de ansiedade e estresse nas pessoas que, de certa forma, pode contribuir para a desmotivação profissional tanto de enfermeiros quanto dos demais profissionais da saúde.

Assim, algumas investigações comprovam que, quando uma enfermeira necessita atender ordens de diferentes superiores (diretor, médico, supervisor de enfermagem, administração central e outros), a ansiedade inicial desencadeada vai traduzindo-se em estresse e numa dificuldade crescente para o desempenho das tarefas e sua coordenação (LAUTERT, 1997a).

Observando, especificamente, a equipe de enfermagem que atua em Oncologia Pediátrica, percebe-se claramente que os fatores que contribuem para o estresse são mais acentuados no ambiente físico e social, no qual estão inseridos. Há uma sobrecarga física e psíquica no desempenho da sua prática profissional e o convívio com o sofrimento, a dor e a morte, acaba gerando um desgaste emocional com grandes proporções, principalmente por se tratar de crianças que, para nós, são sinônimo de alegria, vida, futuro, esperança.

O câncer infantil há cerca de duas décadas era considerado como uma doença aguda e de evolução invariavelmente fatal, porém, atualmente tem sido visto como doença crônica e com perspectiva de cura. Isto se deve ao avanço tecnológico relacionado ao tratamento radioterápico e quimioterápico e aos centros especializados de assistências sistematizadas e humanizadas (MELO & VALLE, 1998).

O tratamento prolongado da criança em oncologia, com períodos de remissão e reincidência da doença, faz com que a ansiedade gerada pela possível morte eminente destas crianças represente uma situação crucial para toda a equipe de enfermagem, devido à convivência por longos períodos de tratamento, vivenciando no seu dia-a-dia toda sua evolução clínica.

Devido a este esquema de tratamento ser prolongado cria-se um vínculo afetivo pela maior proximidade entre a criança, a família e a equipe de saúde. Quando um desses pacientes falece, toda a equipe de enfermagem e médica acaba experimentando um sentimento de perda, impotência e às vezes não se sabe como lidar com esses sentimentos.

Os trabalhadores de enfermagem são seres humanos, que têm emoções, sentimentos, medo do futuro e se identificam muitas vezes com os pacientes e suas famílias.

Essa dificuldade em lidar com pacientes portadores de câncer pode ser devida à formação deficiente que esses profissionais recebem em período escolar, sendo a causa principal desse sentimento de impotência, visto que são raros os cursos que incluem em seus currículos formas sistemáticas de assistência a pacientes terminais. A falta de conhecimento desses profissionais em lidar com sentimentos do paciente gera neles desajustes, que provocam um ciclo vicioso de alterações emocionais, interferindo posteriormente em sua atuação técnica. Esse ciclo deve ser interrompido para melhorar a assistência psico-espiritual do paciente e prevenir um desgaste da equipe de saúde, aumentando sua eficiência e produtividade.

Atualmente essa realidade está sendo transformada com a introdução de disciplinas oncológicas nos currículos de graduação em enfermagem, acreditando-se que no futuro elas possam contribuir com uma melhora das condições psicológicas dos enfermeiros.

A intensidade da vivência que o enfermeiro hospitalar experimenta no seu cotidiano exige dele uma contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar o estresse (CHAVES, 1994).

Nos hospitais específicos, pediátricos e de oncologia, a assistência de enfermagem torna-se bastante complexa, não somente por exigir habilidade no manuseio de equipamentos, medicamentos e procedimentos específicos, como também por envolver um ser humano vulnerável e frágil do ponto de vista físico e psicológico, como a criança. No contexto da assistência, pela própria exarcebação dos problemas emocionais, tanto das crianças como de seus familiares, torna-se essencial uma abordagem mais humana pelas pessoas da equipe que atuam junto a esses pacientes.

Dentre os profissionais de saúde, acredita-se que os da equipe de enfermagem são os que têm maior responsabilidade pela humanização da assistência, não só pelo número de pessoas nela envolvidas, mas principalmente pela sua permanência contínua ao lado do paciente.

MAURO (1996, p.87) faz um comentário muito interessante sobre os aspectos assistenciais: “analisando as diversas etapas da vida humana, pode-se identificar problemas, desajustamentos, dificuldades, obstáculos, decepções e frustrações que se impõem ao indivíduo no seu desenvolvimento pessoal e no seu meio social. São situações inevitáveis que marcam a personalidade do homem e podem repercutir na sua qualidade de vida e de trabalho”.

LIPP (1994a) considerou que uma pessoa possui boa qualidade de vida não só quando ela se considera feliz, mas também quando tem sucesso em quatro áreas, que podem ser chamadas de "quadrantes da vida". O social, o afetivo, o profissional e o que se refere à saúde. Para se viver bem e ter uma boa qualidade de vida é preciso que a pessoa tenha alcançado o sucesso em todos esses quadrantes, pois o viver bem se refere a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas.

O homem como ser maduro, produtivo e social, passa a maior parte de sua vida no ambiente de trabalho. O trabalho não é apenas a produção de um serviço e o recebimento de um salário; e muito menos é somente um fator de doença. O trabalho deve ser a fonte de satisfação psíquica, de realização pessoal e de status. O trabalho representa um componente da personalidade e um fator de segurança do indivíduo (MAURO, 1996).

Para SEYLE (1965) há um estado intermediário entre saúde e doença manifesto que ele chamou de “estresse”, estado durante o qual o corpo luta contra o agente da doença. Na relação saúde *versus* trabalho, esta batalha se chama

síndrome de adaptação contra os agentes agressores (físicos, químicos, biológicos e ergonômicos) que pode causar desconforto ou doença, incluindo a doença mental.

É difícil reconhecer o estresse porque os sinais e sintomas não são óbvios. O estresse pode durar anos. A causa do estresse, originária de fontes internas e externas, e da doença não é o volume de trabalho, nem são as pressões impostas aos empregados com vistas a prazos e produtividade, mas a combinação de todos os fatores: tipo de trabalho, de personalidade e circunstâncias da vida pessoal. Compete a cada trabalhador reconhecer os seus recursos de adaptação e seus limites para se proteger.

Diante destas considerações, este estudo pretende verificar a existência e a intensidade de estresse em profissionais de enfermagem que atuam na área de oncologia pediátrica e, após os resultados, apresentar sugestões que contribuam para melhorar a qualidade de vida desses profissionais da área da saúde, que lidam com a vida, a doença e a morte.

OBJETIVOS **2**

O presente estudo tem por objetivo investigar a presença e o nível de estresse em uma população de enfermeiros que faz dupla jornada de trabalho.

Para isso pretende-se:

- Verificar a presença de sintomas físicos e psicológicos de estresse desses enfermeiros;
- Verificar, através da auto-avaliação, a intensidade do estresse emocional desses enfermeiros;
- Verificar se há diferença na presença de estresse em enfermeiros com jornada dupla e única de trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

3

3.1. Local e regime de trabalho

Esta pesquisa foi realizada no Hospital de Oncologia Pediátrica Centro Infantil Dr. Domingos A. Boldrini, na cidade de Campinas, SP. O número total de leitos hospitalares é 77.

O regime de trabalho existente é de turnos fixos, com jornadas de 36 horas semanais, sendo seis horas diárias para os períodos matutino e vespertino, com uma folga semanal; e, para o período noturno, doze horas de trabalho com descanso de 36 horas, e duas folgas no mês. O trabalho do período matutino inicia-se às 8 horas estendendo-se até às 14 horas, e o do período vespertino ocorre das 14 horas às 20 horas. O período noturno inicia-se às 20 horas e termina às 8 horas da manhã seguinte. O total de enfermeiros era de 35.

3.2. Sujeitos

Do total de 35 enfermeiros, participaram deste estudo 33, pois um encontrava-se em licença-gestação e outro em licença médica. A faixa etária estava compreendida entre 23 a 51 anos. Quanto ao sexo, 28 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

A amostra foi composta de 24 sujeitos que faziam dupla jornada de trabalho, nos diferentes turnos fixos de trabalho: período da manhã das 8 às 14 horas; vespertino, das 14 às 20 horas; e noturno, das 20 às 8 horas; além de 9 sujeitos que não faziam dupla jornada.

Os participantes foram convidados e voluntariamente assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as normas da Comissão

de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, concordando em participar da pesquisa. (Anexo 1)

3.3. Material

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

- Inventário de Sintomas de “stress” I.S.S. LIPP (2000b), (Anexo 2);
- Escala Analógica Visual (E.A.V. uma adaptação da escala usada por DARINI, 1991), (Anexo 3);
- Ficha de identificação, (Anexo 4).

3.3.1. Descrição dos instrumentos utilizados

Inventário de Sintomas de “stress” com a sigla I.S.S.L. de (LIPP, 2000 b), (Anexo 2)

O I.S.S.L. é composto de três partes que apresentam um levantamento de sintomas físicos e psicológicos característicos das fases de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão.

Seu objetivo é investigar três pontos:

- A existência ou não de estresse no cliente;
- Em qual das 4 fases do estresse ele se encontra, e ;
- Qual a área de maior manifestação dos sintomas: somática ou psicológica.

3.3.2. Escala analógica visual EAV – (Anexo 3)

A E.A.V. tem uma escala com dez centímetros de comprimento na vertical. Em sua extremidade superior foi colocada a nota 10 para designar um estresse severo e em sua extremidade inferior a nota zero para demonstrar a ausência de estresse. Nela a pessoa assinala um ponto correspondente ao estresse que estiver sentindo. Os escores de valores são os seguintes:

- De 0 a 3,9cm estará indicando um baixo nível de estresse.
- De 4,0 a 6,9cm estará indicando um nível médio de estresse.
- De 7,0 a 10cm estará indicando um nível alto de estresse.

3.4. Procedimento

Para realizar a coleta de dados, primeiramente foi feito um levantamento do total de enfermeiros que faziam ou não a dupla jornada de trabalho nos diferentes turnos do Hospital de Oncologia Pediátrico de Campinas.

Após a confirmação voluntária de participação do sujeito, a pesquisadora iniciou a coleta de dados da seguinte forma: inicialmente entregou o Termo de Consentimento para ser assinado. Em seguida, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress LIPP (ISSL), foram lidas as questões e anotadas as respostas. Na seqüência, foi solicitado aos participantes que assinalassem a Escala Analógica Visual (EAV). Os testes psicológicos utilizados foram avaliados e interpretados por uma psicóloga. Para essa tarefa, tivemos a valiosa colaboração na interpretação dos dados da Dra. Isolina Maria Proença C.R.P. 06/44888-9.

Os horários das coletas foram manhã, tarde e noite, nos meses de agosto a setembro de 2001.

3.5.Tratamento dos Dados

Para avaliar as medidas dos resultados coletados através do ISSL e EAV, foi elaborada ilustração gráfica e feita a comparação dos níveis de estresse verificados em cada um dos participantes.

Foram utilizadas tabelas de freqüência para as variáveis categóricas e estatístico descritivas para as variáveis contínuas, verificando-se a freqüência dessas variáveis em cada grupo.

Para verificar a existência de associação (diferença) entre os grupos com relação às variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Dizemos que os grupos são estatisticamente diferentes quando o p-valor do teste aplicado for $\leq 0,05$.

Para verificar a concordância entre o ISS LIPP e a EAV, foi calculado o coeficiente de Kappa (K). Este coeficiente pode assumir valores de -1 a $+1$.

Valores próximos de $+1$ indicam total concordância, enquanto que valores próximos de -1 indicam total discordância. Valores maiores que $0,75$ representam ótima concordância e valores de Kappa abaixo de $0,40$ indicam uma fraca concordância. Os valores de Kappa neste intervalo (de $0,40$ a $0,75$) representam uma concordância intermediária.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Conforme as normas existentes na Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consiste em uma espécie de contrato no

qual os participantes escrevem seu nome, datam e assinam, caso estejam de acordo com a proposta de participação no estudo realizado pela pesquisadora. Por meio deste termo, os participantes ficam cientes dos objetivos da pesquisa e têm a sua não identificação garantida (Anexo 1).

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto deste estudo foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para avaliação, onde foi aprovado (Anexo 5).

RESULTADOS **4**

Os resultados serão apresentados em tabelas e quadros.

Foram comparados os sujeitos da pesquisa em relação aos que fazem dupla jornada de trabalho e aos que não fazem dupla jornada.

Os resultados coletados através do ISS LIPP e EAV verificaram o nível de estresse dos participantes.

Tabela 1 – Características gerais da amostra com e sem dupla jornada de trabalho (Campinas 2001)

	Com dupla jornada		Sem dupla jornada	
	Frequência	Média/(%)	freqüência	Média/ (%)
• Sexo				
- Fem.	20	83,30%	8	88,90%
- Masc.	4	16,70%	1	11,10%
• Estado civil				
- casado	10	41,70%	1	11,10%
- solteiro	14	58,40%	8	88,90%
• Idade (anos)				
- máxima	24	51,00	9	41,00
- média		33,79		29,44
- mínima		24,00		23,00
• Cônjuge trabalha				
- sim	8	88,90%	1	100,00%
- não	1	11,10%	-	-
• Ter filhos				
Sim	7	29,20%	1	11,10%
Não	17	70,80%	8	88,90%
• Tempo de formado (anos)				
- máximo	24	20,00	9	19,00
- médio		6,40		4,62
- mínimo		0,66		0,58
• Tempo de serviço no Centro Infantil Boldrini (anos)				
- máximo	24	13,00	9	13,00
- médio		4,13		3,22
- mínimo		0,08		0,12
• Tempo de serviço no 2.º emprego (anos)				
- máximo	24	23,00	-	-
- médio		4,82	-	-
- mínimo		0,08		

A tabela 1 apresenta as porcentagens e médias da população estudada conforme a jornada de trabalho, com e sem dupla jornada.

Observamos que a maioria da amostra é do sexo feminino. Podemos observar, quanto ao estado civil, que 58,40%, pertencentes ao grupo com dupla jornada e 88,90% do grupo sem dupla jornada são solteiros. A faixa etária média foi de 33,79 anos para os sujeitos do grupo que fazem dupla jornada e 29,44 anos para os sujeitos do grupo sem dupla jornada.

Dos profissionais com dupla jornada, 88,90% possuem cônjuge que trabalha.

A maior parte dos profissionais não possui filhos; 70,80% do grupo com dupla jornada e 88,90% do grupo com jornada única de trabalho.

Os sujeitos dos grupos estudados possuem média de 6,4 e 4,62 anos, de tempo de formados. Verificamos que os indivíduos com valor de média maior pertenciam ao grupo dos que faziam dupla jornada.

Pôde-se verificar também que a média de tempo de serviço no Centro Infantil Boldrini é de 4,13 anos para os sujeitos do grupo com dupla jornada e 3,22 anos para o grupo sem dupla jornada. Referindo-se ao tempo de serviço em outra instituição obtivemos média de 4,82 anos para o período de trabalho nestas instituições.

Os dados da amostra revelam que o tempo máximo de formado dos sujeitos da pesquisa foi de 20 anos e, o mínimo, de sete meses.

Tabela 2 – Avaliação dos sujeitos quanto à presença ou não de estresse de acordo com o tipo de jornada (Campinas 2001)

Variáveis (tipo de jornada)	Com estresse		Sem estresse		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com dupla jornada	17	70,84	7	29,16	24	100,00
Sem dupla jornada	5	55,56	4	44,44	9	100,00
Total	22	66,66	11	33,34	33	100,00

Estadística prob Fisher's Exact test: $p = 0,438$

A tabela 2 mostra a avaliação dos sujeitos quanto à presença ou não dos níveis de estresse de acordo com o tipo de jornada.

Pôde-se observar que, do total de 33 sujeitos estudados, 22 apresentaram estresse (66,66%) e 11 sujeitos não demonstraram a presença do estresse (33,34%).

Com relação aos que faziam dupla jornada, 70,84% apresentaram estresse e 29,16% não acusaram sua presença.

Para os sujeitos do grupo sem dupla jornada, 55,56% apresentaram estresse e 44,44% não obtiveram a presença de estresse.

Não houve diferença significativa pelo Teste de Fisher ($p=0,438$), comparando-se as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho, em relação ao estresse.

Porém pôde-se visualizar a diferença em porcentagens, na qual os indivíduos com dupla jornada apresentaram-se mais estressados (70,84%) do que os que faziam única jornada (55,56%).

Tabela 3 – Avaliação dos sintomas físicos e psicológicos conforme o tipo de jornada da população estudada (Campinas 2001)

Variáveis	sintomas									
	físicos		físicos e psicológicos		psicológicos		ausência de sintomas		total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com dupla jornada	5	20,83	3	12,50	9	37,50	7	29,17	24	100,00
Sem dupla jornada	1	11,11	1	11,11	3	33,33	4	44,44	9	100,00
Total	6	18,18	4	12,12	12	36,37	11	33,33	33	100,00

Estatística prob Fisher's Exact test: $p = 0,8927$

A tabela 3 mostra a distribuição dos sintomas físicos, psicológicos bem como sua ausência para a população estudada, segundo o tipo de jornada de trabalho.

Dos sujeitos pertencentes ao grupo com dupla jornada, 37,50% apresentaram sintomas psicológicos, 29,17% não apresentaram sintomas, 20,83% apresentaram sintomas físicos e 12,50% apresentaram sintomas físicos e psicológicos.

Dos sujeitos pertencentes ao grupo sem dupla jornada, 33,33% apresentaram sintomas psicológicos, 44,44% não apresentaram sintomas, 11,11% apresentaram sintomas físicos e 11,11% apresentaram sintomas físicos e psicológicos. Portanto pode-se observar que, dentre os sintomas, houve predominância dos psicológicos.

Não houve diferença significativa pelo teste de Fisher ($p = 0,8927$) comparando-se as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho, em relação à avaliação dos sintomas físicos e psicológicos.

Tabela 4 – Níveis de estresse subjetivo obtidos através da Escala Analógica Visual – EAV .(Campinas 2001)

Variáveis	Níveis de estresse							
	Baixo		Médio		alto		total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com dupla jornada	4	16,67	11	45,83	9	37,50	24	100,00
Sem dupla jornada	5	55,55	2	22,22	2	22,22	9	100,00
Total	9	27,27	13	39,40	11	33,33	33	100,00

Estadística prob Fisher's Exact test: $p = 0,133$

A tabela 4 mostra, em porcentagem, os níveis de estresse avaliados pelo próprio sujeito da pesquisa através da EAV.

Dos sujeitos pertencentes ao grupo com dupla jornada, 45,83% apresentaram resultados relativos ao nível médio de estresse; e para os níveis alto e baixo de estresse 37,50% e 16,67% respectivamente.

Com relação aos sujeitos pertencentes ao grupo sem dupla jornada foram classificados 55,55% com baixo nível de estresse. Quanto à classificação dos níveis de estresse médio e alto, obtivemos os valores de 22,22% para ambos.

De um modo geral, verificou-se que a maioria dos sujeitos analisados, com e sem dupla jornada de trabalho, ou seja, 13 sujeitos (39,40%), obtiveram a classificação para o nível médio estresse.

Não houve diferença significativa pelo Teste de Fisher ($p = 0,133$) comparando-se as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho em relação ao estresse subjetivo, isto é, avaliado pelos próprios sujeitos através do EAV.

Tabela 5 – Fases de estresse obtidas através do Inventário de Sintomas de Stress LIPP (Campinas 2001)

variáveis	Fases de estresse									
	Ausência		alerta		resistência		quase exaustão e exaustão		total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com dupla jornada	7	29,16	-	-	15	62,50	2	8,34	24	100,00
Sem dupla jornada	4	44,44	-	-	5	55,56	-	-	9	100,00
Total	11	33,34	-	-	20	60,60	2	6,06	33	100,00

Estatística prob Fisher's Exact test: $p = 0,834$

A tabela 5 mostra a população estudada através do Inventário de Sintomas de Stress (LIPP, 2000b).

Os sujeitos do grupo com dupla jornada de trabalho obtiveram como resultado: 62,50% na fase de resistência; 29,16% a ausência de estresse e apenas 8,34% encontraram-se na fase de quase exaustão e exaustão.

Os sujeitos do grupo sem dupla jornada, classificados conforme as fases de estresse demonstraram que 55,56% pertenciam à fase de resistência enquanto 44,44% demonstraram ausência de estresse; quanto à fase de quase exaustão e exaustão não houve classificação.

Nenhum sujeito da pesquisa foi classificado como pertencente à fase de alerta.

Não houve diferença significativa pelo Teste de Fisher ($p = 0,834$) comparando-se as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho em relação às fases de estresse ISS LIPP.

Entretanto, podemos verificar que ao somarmos 62,50% dos sujeitos que se encontravam na fase de resistência aos 8,34% dos sujeitos que estavam na fase de exaustão e quase-exaustão, totaliza-se um percentual de 70,84% de níveis de estresse para a população do grupo com dupla jornada, enquanto que 55,56% de níveis de estresse para o grupo sem dupla jornada.

Tabela 6 – Justificativas apresentadas pelos sujeitos em relação à dupla jornada de trabalho (Campinas 2001)

justificativas/ dupla jornada	Frequência	
	nº	%
adquirir mais bens	2	8,30
Dívida	1	4,20
Familiar	1	4,20
Financeiro	18	75,00
ocupar o tempo	1	4,20
valorização profissional	1	4,20
Total	24	100,00

A tabela 6 apresenta os relatos referentes às justificativas dos sujeitos sobre os motivos pelos quais realizavam a dupla jornada.

Os resultados evidenciaram que 87,50% (75,00%+8,30%+4,20%) das justificativas apresentadas pelo grupo com dupla jornada foi o fator financeiro.

Tabela 7 – Estado civil em relação ao tipo de jornada de trabalho (Campinas, 2001)

Variáveis	estado civil				Total	
	casado		Solteiro			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com dupla jornada	10	41,67	14	58,33	24	100,00
Sem dupla jornada	1	11,11	8	88,99	9	100,00
Total	11	33,30	22	66,70	33	100,00

Estatística: prob Fisher's Exact test: $p = 0,212$

Relacionando-se o estado civil da população estudada com o tipo de jornada, a tabela 7 mostra que 58,33% dos sujeitos pertencentes ao grupo com dupla jornada eram solteiros, enquanto 41,67%, casados.

Dos sujeitos pertencentes ao grupo sem dupla jornada, 88,99% eram solteiros, enquanto 11,11%, casados. Dentre os solteiros, foram agrupados um sujeito viúvo e dois divorciados.

Não houve diferença significativa pelo Teste de Fisher ($p = 0,212$) comparando-se as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho, em relação ao estado civil.

Tabela 8 – População da amostra com e sem filhos em relação ao tipo de jornada de trabalho (Campinas 2001)

Variáveis	Presença de filhos					
	Com filhos		Sem filhos		total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com dupla jornada	7	29,17	17	70,83	24	100,00
Sem dupla jornada	1	11,11	8	88,99	9	100,00
Total	8	24,20	25	75,80	33	100,00

Estadística prob Fisher's Exact test - $p = 0,394$

A tabela 8 mostra os sujeitos estudados com e sem filhos em relação ao tipo de jornada de trabalho.

Entre os indivíduos do grupo com dupla jornada de trabalho, 70,83% não têm filhos, enquanto que 29,17% possuem.

Já entre os sujeitos do grupo sem dupla jornada 88,99% não possuem filhos, enquanto que 11,11% possuem.

Não houve diferença significativa pelo Teste de Fisher ($p = 0,394$), comparando-se as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho, em relação a ter e não ter filhos.

Tabela 9 – Concordância de Kappa entre ISSL e EAV

ISSL EAV	Com stress		Sem stress		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Com estresse	19	57,58	5	15,15	24	72,73
Sem estresse	3	9,09	6	18,18	9	27,27
Total	22	66,67	11	33,33	33	100,00

Coeficiente de Kappa = 0,429

A tabela 9 mostra a concordância pelo método de Kappa dos sujeitos avaliados através da Escala Analógica Visual e do Inventário de Sintomas de Stress Lipp.

Pode-se observar que 57,58% dos sujeitos avaliados pelo ISSL com presença de estresse apresentaram concordância em relação à avaliação da EAV.

Dos sujeitos avaliados pelo ISSL, sem presença de estresse, 18,18% concordaram com a avaliação da Escala Analógica Visual (EAV).

Dessa forma, houve uma concordância intermediária entre a resposta ISSL e a resposta dada pela EAV, conforme os resultados do Coeficiente de Kappa = 0,429.

Nos quadros 1, 2 e 3 estão representadas as freqüências dos sintomas físicos e psicológicos de estresse obtidas pelo sujeito da amostra, nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês, da coleta de dados através do ISS (LIPP, 2000b).

Quadro 1 – Sintomas físicos e psicológicos de estresse da amostra nas últimas 24 horas

Sintomas Físicos	Freq.	Sintomas Psicológicos	Freq.
tensão muscular	14	vontade súbita de iniciar novos projetos	10
mudança de apetite	8	aumento súbito de motivação	9
boca seca	6	entusiasmo súbito	6
nó no estômago	5		
mãos e pés frios	4		
taquicardia	3		
aperto da mandíbula/ranger dos dentes	2		
insônia	1		
hiperventilação	1		

Quadro 2 – Sintomas físicos e psicológicos de estresse da amostra na última semana

Sintomas Físicos	Freq.	Sintomas Psicológicos	Freq.
cansaço constante	19	pensar constantemente em um só assunto	11
sensação de desgaste físico constante	17	irritabilidade excessiva	11
problema com a memória	12	sensibilidade emotiva excessiva	10
mal estar generalizado, sem causa aparente	12	dúvida quanto a si próprio	7
mudança de apetite	8	diminuição da libido	5
tontura/sensação de estar flutuando	8		
formigamento das extremidades	4		
aparecimento de problema dermatológico	3		
aparecimento de úlcera	1		

Quadro 3 – Sintomas físicos e psicológicos de estresse da amostra no último mês

Sintomas Físicos	Freq.	Sintomas Psicológicos	Freq.
excesso de gases	10	cansaço excessivo	15
dificuldade sexuais	7	irritabilidade sem causa aparente	13
náusea	7	hipersensibilidade emotiva	11
mudança de apetite	6	perda do senso de humor	10
insônia	5	vontade de fugir de tudo	10
problemas dermatológicos	5	angústia, ansiedade diária	7
tiques	3	sensação de incompetência em todas as áreas	6
tontura freqüente	2	apatia, depressão ou raiva prolongada	6
úlcera	2	pensar/falar constantemente em um só assunto	5
		pesadelos	3
		impossibilidade de trabalhar	2

DISCUSSÃO **5**

O presente estudo foi realizado com enfermeiros do Centro Infantil Dr. Antônio Domingos Boldrini, entre os quais foram investigados os sintomas e os níveis de estresse, utilizando-se o Inventário de Sintomas de Stress LIPP e a Escala Analógica Visual com dois grupos: com dupla jornada de trabalho e sem dupla jornada de trabalho.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2001.

Do total de 33 sujeitos estudados, 24 faziam dupla jornada e nove trabalhavam sem dupla jornada. Ou seja, o maior número de pessoas se encontrava no grupo com dupla jornada de trabalho, o que reflete a necessidade econômica devido aos baixos salários da categoria de enfermagem. Apenas nove enfermeiros trabalhavam em um só emprego.

A população entrevistada foi constituída por 33 enfermeiros, sendo 28 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, conforme tabela 1, verificou-se que as maiores porcentagens eram do sexo feminino.

A motivação para a escolha da profissão de enfermagem, que é constituída na maioria por mulheres, pode estar condicionada a aspectos culturais que prescrevem as atividades de cuidar como responsabilidade feminina, interligadas desde cedo na vida (WALDOW, 1995).

Podemos concordar com a autora porque cuidar de criança faz parte do instinto materno que é peculiar ao sexo feminino.

Os profissionais de enfermagem são na maioria mulheres porque trazem em sua trajetória o cuidado, que estava delegado as mulheres. Esse fato faz com que de certo modo, haja um preconceito para com as pessoas do sexo masculino que optam por essa área. Apesar disso, em nossos estudos tivemos a

presença de enfermeiros do sexo masculino prestando assistência de enfermagem à criança portadora de câncer.

Os sujeitos estudados pertenciam à faixa etária compreendida entre 23 e 51 anos. Os valores médios obtidos acusaram pequena diferença para os sujeitos do grupo sem dupla jornada (29,44) quando comparados aos com dupla jornada (33,79).

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria dos sujeitos era solteira e sem filhos. Com relação aos casados, grande parte dos cônjuges trabalhavam.

Na tabela 2 foi demonstrado que 22 enfermeiros apresentaram estresse, enquanto 11 não apresentaram. Quanto ao nível de estresse, entre as pessoas que faziam dupla jornada, 70,84% apresentaram estresse e 29,16% não acusaram sua presença. Para os sujeitos do grupo sem dupla jornada 55,56% apresentaram estresse e 44,44% não obtiveram a presença de estresse.

Embora o Teste Estatístico Exato de Fisher utilizado não tenha demonstrado diferença significativa quanto ao tipo de jornada em relação à presença de estresse, os valores percentuais acusaram diferença que pode ser justificada.

Observando-se os dados da tabela 5, referentes às fases de estresse, pode-se notar que na fase de resistência, quase exaustão e exaustão 70,84% dos enfermeiros com dupla jornada apresentaram-se estressados; enquanto 55,56% dos enfermeiros com jornada única de trabalho também apresentaram-se estressados. Comparando esses resultados, pode se concluir que os enfermeiros com dupla jornada estavam mais estressados que os com jornada única. Considerando-se que a prevalência de estresse é ao redor de 32% na população

de São Paulo (LIPP, 1996) os dados da presente pesquisa revelaram que a maior parte dos enfermeiros com dupla jornada estava estressada.

Os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional, tendem a remetê-las à determinada situação em que se sentem impotentes e frustradas por não conseguirem conciliar seus inúmeros afazeres. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas pode conduzir a mulher ao estresse emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das “tarefas domésticas”, e da educação dos filhos, resultando num acúmulo de atribuições (SPINDOLA, 2000). Estas situações foram também presenciadas em nossas pesquisas.

MARZIALE (1990) realizou uma pesquisa sobre fadiga mental em enfermeiros submetidos a turnos alternantes de trabalho. Os resultados demonstraram outras situações existentes na prática cotidiana do enfermeiro devido às dificuldades relacionadas a este exercício profissional. São elas: o ambiente físico e social no qual estão inseridos, a sobrecarga física e psíquica sofrida no desempenho da sua prática profissional, os conflitos oriundos da hierarquização intra e extra-equipe de enfermagem e o convívio com o sofrimento, a dor e a morte.

ANGERAMI (1998) em seus relatos sobre as características da organização do trabalho pela gênese do estresse, entre elas, aponta as jornadas prolongadas e os ritmos acelerados de trabalho, a pressão repressora e autoritária de uma hierarquia rígida e vertical, o controle sobre o “modus operandi” do trabalho, a fragmentação das tarefas e os riscos ocupacionais. A desqualificação do trabalho contribui, também, para a perda de esperanças em um desenvolvimento profissional pessoal, sendo, portanto, forte causa de insatisfação de quem o realiza.

PITTA (1991) estudando a saúde mental dos trabalhadores hospitalares, relacionou a natureza do trabalho, o convívio com a doença, o sofrimento e a morte à manifestação de sintomas indicativos de sofrimento psíquico, evidenciando maior sofrimento psíquico entre aquelas pessoas que trabalham diretamente com o paciente.

A intensidade da vivência que o enfermeiro hospitalar experimenta no seu cotidiano exige dele uma contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar o estresse.

A enfermagem é para CANDEIAS *et al* (1988) uma ocupação particularmente estressante. ARAUJO (1994) conceitua as cargas de trabalho (físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas) sofridas pelos trabalhadores de enfermagem como exigências ou demandas psico-biológicas do processo de trabalho que geram, ao longo do tempo, as particularidades do desgaste do trabalhador.

Sendo assim, não podemos considerar apenas a dupla jornada como responsável pelos níveis de estresse demonstrado, mas também os outros fatores mencionados pelos autores acima, que confirmam nossos achados.

Verificamos, conforme valores da tabela 3, que em relação aos sintomas apresentados pela população estudada houve a predominância dos sintomas psicológicos.

Segundo LIPP (2000a) “O estresse está dentro de você”, os pensamentos controlam as emoções e a força do pensamento, além disso, o tipo de interpretação que se faz dos estímulos pode fazer com que se produza o estresse. Não só o acúmulo de problemas leva ao estresse mas os fatores

internos, entre eles o modo como interpretamos determinados eventos, o modo como pensamos sobre as situações, a vida, o mundo e as pessoas, podem gerar e até piorar nosso estado de estresse. As crenças são um dos fatores mais poderosos do ser humano, pois a pessoa é aquilo que acredita ser.

Na análise das respostas assinaladas na E.A.V. (Tab. 4) verificou-se que do total de 33 sujeitos analisados, 13 apontavam estar com médio nível de estresse, 11 com nível alto de estresse e 9 com nível baixo de estresse.

Pôde-se observar que a maioria dos sujeitos encontrava-se no nível médio de estresse através da EAV, compatível com o encontrado através do ISS LIPP, no qual a maioria dos sujeitos encontrava-se na fase de resistências de estresse.

Com relação às fases de estresse pôde-se observar em nossos resultados que a maior concentração de indivíduos encontravam-se na fase de resistência através do ISS LIPP.

FURLAN (1997) em sua pesquisa, utilizando o I.S.S.L. para uma população de mães com crianças portadoras do vírus HIV, verificou a predominância da fase de resistência do estresse, bem como a predominância dos sintomas psicológicos. Embora a situação conflitante da mãe seja diferente da do trabalhador de enfermagem, as características do papel do cuidador são semelhantes, pois cuidam de crianças o que leva a um envolvimento afetivo.

CATÃO *et al* (1996) verificaram o nível de estresse em pessoas com dupla jornada, ou seja, que trabalhavam e estudavam. Foi utilizado o ISS, e 80% apresentaram níveis de estresse na fase de resistência com predominância dos sintomas psicológicos.

Nos estudos de SELYE (1965) verificou-se que, na fase de resistência do estresse, ocorre uma utilização maior de energia por parte do organismo na tentativa de manter a homeostase, ou seja, restabelecer o equilíbrio interno que, quando alcançado, resulta no desaparecimento ou na melhora dos sintomas. Ocorre, então, uma contínua hiperatividade córtico-suprarenal e um gasto de energia excessiva e necessária para outras funções do corpo.

Outro fato de relevância observado foi que nenhum dos participantes se encontrava na fase de alerta, devido, talvez, a já estar adaptado ao contexto vivido em seu ambiente de trabalho.

Nossos achados mostraram que apenas um sujeito encontrava-se na fase de exaustão e um na fase de quase exaustão. Segundo LIPP *et al* (1998) a fase de exaustão pode causar grandes déficits ao sistema imunológico podendo-se contrair doenças ou podendo levar até a morte se não tratado.

Os resultados apontados na tabela 6 mostraram as justificativas dos sujeitos em relação aos motivos pelos quais realizavam dupla jornada de trabalho. Dentre esses, o mais freqüente foi o fator financeiro, com um resultado de 87,50% das justificativas.

Sabe-se que o salário dos profissionais de enfermagem em nosso país é baixo e insuficiente para manter um padrão de vida bom, sendo necessária a opção por uma dupla jornada de trabalho com a finalidade de se recuperar o déficit orçamentário e sanar as necessidades pessoais, o que foi confirmado pelos nossos resultados.

Verificou-se, na tabela 9, uma concordância intermediária para o teste de KAPPA em relação à avaliação feita através do ISS LIPP e a EAV. Pôde-se observar que dos 33 participantes, 25 (75,76%) concordaram com a avaliação do

ISS LIPP e a EAV, e 8 (24,24%) discordaram da avaliação feita entre ISS LIPP e a EAV.

Podemos sugerir que os participantes que estavam com estresse, mas que pela auto-avaliação obtiveram o resultado sem estresse - através do EAV - poderiam desconhecer a sintomatologia do estresse; enquanto que aqueles que se auto-avaliaram com estresse, mas não apresentavam o mesmo - através do ISS LIPP - poderiam também desconhecer a sintomatologia de estresse.

5.1. Limitações do estudo

Após analisar os resultados estatísticos pôde-se concluir que a população pesquisada era homogênea, isto é, a grande maioria apresentava estresse (66,66%) e realizava dupla jornada (72,72%), não resultando em diferença significativa em relação ao Teste Fisher, apesar de numericamente haver essa diferença entre as variáveis dos grupos estudados com dupla jornada de trabalho e única jornada.

Porém essa amostra foi a totalidade dos enfermeiros existentes na Instituição Hospitalar pesquisada, pois não houve recusa por parte dos profissionais em participar do estudo. Dos 35 enfermeiros da instituição, 33 participaram do estudo, pois uma estava em licença-gestação e outro em licença médica.

Outro fato foi existir uma diferença grande entre os tipos de jornada pesquisadas, pois 24 enfermeiros faziam dupla jornada de trabalho em relação a nove que não faziam.

CONCLUSÕES **6**

Os resultados obtidos em nossa pesquisa evidenciaram que, com relação às características gerais da população estudada, houve predomínio do sexo feminino (84,84%).

Observou-se também, que os mais jovens e solteiros pertenciam ao grupo sem dupla jornada.

Quanto ao tempo de trabalho no Centro Infantil Boldrini, a média foi de quatro anos para os sujeitos do grupo com dupla jornada e de três anos para o grupo sem dupla jornada.

Observamos que, em média, o tempo de formado foi de seis anos para os sujeitos do grupo com dupla jornada e de quatro anos para o grupo sem dupla jornada.

Em relação aos níveis de estresse, encontrou-se que do total de 33 enfermeiros, 22 (66,67%) estavam com estresse e 11 (33,33%) não apresentaram, ou seja, a maioria estava estressada.

Observou-se que os sujeitos classificados quanto às fases de estresse de ambos os grupos estavam na fase de resistência, avaliados através do ISS LIPP.

Com referência aos níveis de estresse, a maioria de ambos os grupos encontrava-se no nível médio de estresse, avaliados através do EAV.

Ao analisar os sintomas físicos e psicológicos, houve uma predominância dos sintomas psicológicos.

Ao se comparar os níveis de estresse através do ISS LIPP e EAV em relação aos grupos com dupla e sem dupla jornada, estatisticamente não houve diferença significativa.

Entretanto, as porcentagens demonstraram o contrário pois obtivemos 70,84% para o grupo com dupla jornada que estavam estressados em comparação a 55,56% pertencentes ao grupo sem dupla jornada que também apresentaram estresse, conforme o ISS LIPP tabelas 5 e 2.

De um modo geral, os sintomas mais citados foram: cansaço constante, sensação de desgaste físico constante, tensão muscular e irritabilidade sem causa aparente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analisar os resultados, obtive a confirmação da minha experiência de 11 anos no Centro Infantil Boldrini, onde vivenciei a presença de estresse ocasionado, entre outros fatores, pelo convívio com a criança com câncer. Esses anos de experiência foram possíveis devido ao apoio psicológico recebido.

Sabemos que 70% dos pacientes irão se curar, mas que 30% irão morrer e precisamos saber lidar com os dois tipos de situações, principalmente com criança com câncer, porque a convivência com a família e a criança pode durar vários anos, estreitando o vínculo afetivo. Torna-se extremamente difícil aceitar a morte de uma delas, pois criança é sinônimo de alegria, esperança, vida em contraposição à morte.

Num primeiro momento, poderia se imaginar que pessoas com dupla jornada são mais passíveis de apresentar estresse do que aquelas com jornada única. Nessa população estudada não houve diferença significativa

estatisticamente em relação ao tipo de jornada de trabalho com dupla e sem dupla jornada considerando-se o nível de estresse, que pode ser atribuído a uma população homogênea, isto é, a grande maioria apresentou estresse (66,66%) e realizava dupla jornada (72,72%), não resultando em diferença significativa, apesar de numericamente existir essa diferença entre os grupos com dupla jornada de trabalho e única jornada.

Pode-se sugerir que os profissionais que realizavam dupla jornada e não apresentaram estresse poderiam estar adaptados a qualidade de vida imposta pelo trabalho.

A convivência com uma enorme variedade de problemas sociais pode gerar sujeitos mais fortes; com isto os aspectos profissionais problemáticos não são experienciados como estressores. Ao contrário dos profissionais do primeiro mundo, somos mais fortes para enfrentar as dificuldades inerentes ao sistema de saúde e à profissão (STACCIANIRI & TRÓCCOLI 2000).

Supomos também que os enfermeiros brasileiros possuem uma forte identidade com a profissão, atribuindo um significado de maior valorização do trabalho, pois em nosso meio social, eles podem estar mais voltados para o aspecto vocacional da profissão, que é uma característica histórica ainda presente, em parte, no cotidiano da profissão.

No entanto, após ter concluído os resultados verificou-se que a maioria estava estressada, podendo relacionar à seguintes teorias.

Sabemos que o estresse pode se originar de fontes externas ou internas. As externas são aquelas representadas pelo que nos acontece na vida ou pelas pessoas com as quais lidamos, isto é, trabalho em excesso ou

desagradável, família em desarmonia, acidentes, morte, tensão, violência, medo, doença, etc.

As causas internas são aquelas que se referem a como pensamos, às crenças e aos valores que temos e como interpretamos o mundo ao nosso redor (LIPP, 1998).

É fundamental descobrir a causa do problema e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar não só com o episódio presente mas também com futuras ameaças de estresse excessivo.

O que gera estresse em uma pessoa é o modo como ela reage à situação. Essa reação, por sua vez, depende de variáveis pessoais como temperamento e experiências passadas além do modo como essas variáveis influenciam na interpretação que a pessoa faz dos fatos.

Em outras palavras, estamos dizendo que não é o fato em si que desencadeia o estresse, mas a percepção que a pessoa tem da situação como um todo. Assim, o significado do evento para uma pessoa, baseado na percepção que ela tem da ameaça, de sua própria vulnerabilidade e da habilidade para enfrentar a situação é mais importante para o entendimento do estresse do que as características do evento em si. O mesmo evento pode ser visto como uma catástrofe por uma pessoa e como um aborrecimento menor para outra pessoa (LIPP, 2000a).

As fontes internas de estresse têm início na infância, de acordo com as mensagens e os valores transmitidos pelos adultos responsáveis pela educação da criança, principalmente por meio de seus comportamentos, uma vez que os mais marcantes na infância são os atos, que aos poucos são por ela assimilados e imitados.

O estresse pode vir a ser criado pela própria criança, de acordo com a sua aprendizagem social, seus pensamentos, tipo de personalidade e atitudes. Assim sendo, a família, em especial os pais, a escola, a comunidade e outras instituições, que a criança frequenta com certa assiduidade, influenciam direta e indiretamente, levando-a a adquirir comportamentos que podem desencadear um estresse intenso. Portanto uma criança estressada poderá vir a ser um adulto fragilizado, vulnerável ao estresse. Talvez o que se possa dizer de mais relevante sobre os determinantes do estresse com origem no passado se relacione ao grau com que o indivíduo se expõe às demandas de seu meio, estando em condições de atendê-las e tendo sido dirigido no sentido de lidar com sucessos e fracassos.

Estudos anteriores de estresse na equipe médica indicam uma alta incidência de sofrimento. Não é claro se esse sofrimento pode ser atribuído à natureza estressante da situação de trabalho. Não encontramos estudo anteriores que usassem um método de entrevista detalhado para fazer a ligação entre o estresse fora e dentro do trabalho, e doenças depressivas e ansiedade.

“O estresse tanto no trabalho, quanto fora dele contribui para a ansiedade e doenças depressivas nos funcionários da equipe médica. Nossas descobertas sugerem que a melhor maneira de diminuir a ocorrência dessas doenças é o tratamento individual, que enfoca as dificuldades pessoais fora do trabalho combinadas com tentativas organizacionais para reduzir o estresse no trabalho. Este último deve envolver maior assistência para o pessoal de equipe que tem conflitos entre seu papel gerencial e o clínico” (WEINBERG & CREED, 2000).

O estresse ocupacional associado à doença depressiva inclui conflito de papéis e ambigüidade, problemas com chefia, aumento na carga de trabalho e falta de recompensas no trabalho.

WEINBERG & CREED (2000) propõem um enfoque baseado em evidências para melhorar o ambiente de trabalho, que deveria ter dois componentes:

- Um serviço de assistência individual ao funcionário, ou algum outro tratamento psicológico, é necessário para assegurar a prevenção e o tratamento de doenças depressivas.
- Desde que esses serviços não possam atuar, mas apenas mostrar as dificuldades no ambiente de trabalho, é importante que o ambiente gerencial dê suporte especialmente àqueles que têm conflito entre suas funções clínicas e gerenciais.

SUGESTÕES

Sugerimos alguns tópicos como proposta para realização de futuros trabalhos:

- estudos com um número maior de sujeitos de vários hospitais para que realmente se confirmem os resultados obtidos nesta amostra estudada;
- estudos que possam avaliar o estresse do profissional de enfermagem não só no ambiente hospitalar mas fora dele;
- trabalhos que desenvolvam modelos de atuação, principalmente, dos profissionais de psicologia para as diferentes equipes de profissionais que atendem criança com câncer;

- pesquisa sobre o desenvolvimento e a aplicação de um programa de controle de estresse específico para as crianças com câncer e também seus familiares, com o objetivo de atuar principalmente em relação à ansiedade, ao medo da morte e às novas formas de enfrentar situações até então desconhecidas;
- medidas de prevenção que sejam valorizadas em detrimento do tratamento direcionado às conseqüências do estresse ocupacional.

É importante valorizar o sujeito, seu ambiente de trabalho e as especificidades de ambos.

ABSTRACT **7**

STUDY OF STRESS IN NURSES WHO DO DOUBLE JOB AT THE ONCOLOGY CHILDREN'S HOSPITAL IN CAMPINAS

The purpose of this study is to investigate the presence, level and intensity of emotional stress as well as its psychological and physical symptoms in nursing personnel who do double job and the ones who do not. This study was conducted at the Boldrini Children's Center in Campinas, Sao Paulo, Brazil. The study sample consisted of 33 volunteers, 24 of these volunteers did double job and nine did not. The participants were of both sexes and their ages ranged from 23 to 51 years. The instruments used for data collection were the Stress Symptoms Inventory – LIPP (SSI-LIPP) and the Visual Analogical Scale (VAS). The SSI-LIPP results demonstrated that stress was present in 22 subjects - 17 of these subjects were on double job and five were not on double job. There were 11 individuals in the study sample who did not demonstrate the presence of stress and seven of them were on double job while four were not. From all the subjects studied (33) 60% was in the resistance phase. The answers to the VAS questionnaire showed 11 subjects with a high level of stress, 13 individual with a medium stress level and nine presented a low stress level. The most commonly cited symptoms were constant tiredness, tense muscles and unreasonable irritability. **CONCLUSION:** In both groups, the individuals classified according to the stress phase were in the resistance phase. A great majority of the individuals in both groups presented a medium level of stress. Psychological symptoms predominated in both groups. The subjects who did double job presented more stress than the ones who did not.

Key words= stress, nursing staff, double job, shift work

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8

- ALBRECHT, K. **O gerente e o estresse**. 2 ed. Rio de Janeiro: J, Z, E, 1990.291p.
- ALVAREZ, E.; FERNANDEZ, L. El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. **R. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria**, La Coruña, v. 11, n. 39, p. 257-265, 1991.
- ANDRADE FILHO, A; ASSIS, E **Aparelho cardiovascular**. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**, Rio de Janeiro, Atheneu, 1995, p-311-328.
- ANGERAMI, V. A. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo: Traço, 1998.
- ARAÚJO, M. J. S. Trabalho invisível – corpo marcado: uma equação a ser resolvida. Informativo ABEN. Brasília n. 36, p. 8, maio/out. 1994
- BERNIK, W. M. D. Stress: o assassino silencioso. Disponível em URL: <http://www.epub.org.br/cm/n03/doencas/stress.htm> acessado 21 abr 2000.
- BIANCHI, E. R. F; SALZANO, S. D. T. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. **Rev. paul. enfermagem**, São Paulo, ed. especial; 104-9, jul. 1991.
- BOSCH, L.H.; LANGE, W.A.M. – Shift working health care. **Ergonomics**, v. 30, n. 5, p. 774-791, 1987.
- BUENO, R. de C. M. **Profissões de risco, stress ocupacional, acidentes de trabalho e o uso de estratégias de enfrentamento**. Campinas, 2000, (Dissertação de Mestrado) – PUCCAMP.
- CANDEIAS, N.M.F. *et al.* Stress em um Instituto de Cardiologia da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**, v. 16, n.º 64, p. 33-40, out/nov/dez 1988.

- CATÃO, E.C. *et al.* Nível de stress em pessoas com dupla jornada. **Anais do I Simpósio sobre stress e suas implicações**, 1996, p. 105.
- CHAVES, E.C. **Stress e trabalho do enfermeiro**: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância do turno noturno. São Paulo, 1994. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- CIPOLLA-NETO, J.; MARQUES, N.; MENNA-BARRETO, L. S. **Introdução ao estudo da cronobiologia**. São Paulo: Ícone, 1988. 270p.
- CIPOLLA-NETO, J.; MENNA-BARRETO, L. MARQUES, N.; AFECHE, S.C.; BENEDITO-SILVA, A. A.; Cronobilologia do ciclo vigília-sono. In: REIMÃO, R.(ed.) **Sono, aspectos atuais**, São Paulo, Savier, 1996.
- CONOVER, W.J. **Practical Nonparametric Statistics**. Inc. Nova Iorque John Wiley & Sons. 1971. 462 p.
- COOPER, C. L. Identifying work place stress: costs; benefits and the way for ward. In: EUROPEAN CONFERENCE ON STRESS AT WORK – a call for action. Brussels, 9 – 10. November 1993. Proceedings. European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1993. 132p.
- COPPER, C. L.; MITCHEL, S. Nursing and critically ill and dying. **Hum. Relations**, v. 43, p. 297-311, 1990.
- DARINI, J.A., **Dor crônica**: comparação da intensidade da dor, depressão, ansiedade e estratégias de manejo entre três grupos de pacientes. – Campinas, 1991, (Dissertação de Mestrado) – PUCAMP.
- DE LUCIA, R. *et al* Trabalho em turnos: consumo de medicamentos, bebidas alcoólicas e tabacos por operários de Cubatão. SP. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** V. 16, n. 64, p. 51-3. 1988

- DE MARTINO, M.M.F. **Estudo da variabilidade circadiana da temperatura oral, ciclo vigília-sono e testes psicofisiológicos em enfermeiros de diferentes turnos de trabalho.** Campinas, 1996, Tese (Doutorado) – UNICAMP.
- DE MARTINO, M. M. F. & CIPOLLA-NETO, J. Repercussões do ciclo vigília-sono e o trabalho em turnos de enfermeiras. **Rev. Ciênc. Méd.**, 3: 81-4, 1999.
- DE MARTINO, M. M. F. & CEOLIM, M. F. Avaliação do cronótipo de um grupo de enfermeiros de hospitais de ensino **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 10 (1): 19-25, 2001.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.** 5ed. São Paulo, Cortez-Oboré, 1992. 168p.
- FERREIRA, L. L. Sono de trabalhadores em turnos alternantes – **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional** – v. 13, n. 51, p. 25-27 – jul, ago, set, 1985.
- FLEISS, J.L. **Statistical Methods for Rates and Proportions.** 2 ed. Inc. Nova Iorque. John Wiley & Sons 1981.
- FORET, J. Podem-se prever as conseqüências do trabalho em turnos? **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 42, v. 11-abril, maio, jun 1983, p. 68-71.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- FRANCO, A. R. **Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores em um hospital geral.** Ribeirão Preto, 1981. Tese (Doutorado) – USP – Ribeirão Preto.
- FURLAN, V. **Stress em mães de crianças portadoras do HIV.** Campinas, 1997 (Dissertação de Mestrado) - UNICAMP.

GASPAR, P. J. S. Enfermagem profissão de risco e desgaste. **Rev. Nursing**, n. 109, março 1997, p. 23-24.

KOENING, H.M. Reflections of a pediatric cancer specialist In: Spinetta, J. & Spinetta P.D. "Living with child hood cancer", St. Louis CV Mosby, 1981 p. 223-229.

KYRIACOU, C.; SUTCLIFFE, J. Social support and occupational stress among school teachers. **Educational Studies**, v. 7, n.1, p. 55-60, 1981.

LAUTERT, L. R. O Desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 83-93, jul 1997a.

_____ O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-134, jul 1997b.

LIMA, E.D.R.P.; CARVALHO. D.V. Estresse Ocupacional, **R. Nursing**, 22 : 30-34, 2000.

LIPP, M.E.N. **O stress está dentro de você**. 2ed. São Paulo: Contexto, 2000a, 199p.

LIPP, M.E.N. Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b.

LIPP, M.E.N. **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções** – Campinas, SP. Papyrus, 2000c, 160p.

LIPP, M.E.N. **Como enfrentar o stress**. 5 ed. São Paulo: Ícone, 1998, 91p.

- LIPP, M.E.N. O stress ocupacional e a qualidade de vida. **Anais do I Simpósio sobre stress e suas implicações**, 1996, p.42-46.
- LIPP, M.E.N. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. São Paulo, Papyrus, 1994a. 130p.
- LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.B.H. Validação empírica do Inventário de Sintoma de Stress – **Revista Estudos de Psicologia** - 11, 3 : 43-49, 1994b.
- LIPP, M.E.N. Stress e suas implicações. **Revista de Psicologia**. 3, 4 : 05–19, 1984.
- LOYOLA, C. M. D. **Os dóceis corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro, 1984. 137p. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MARZIALE, M. H. P. **Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes**. Ribeirão Preto, 1990, 135p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo.
- MAURO, M.Y.C. Saúde mental do trabalhador e o enfermeiro R. **Enferm. UERJ**. Edição extra: p.81-88, 1996.
- MELO, L.L; VALLE, E.R.M. Equipe de enfermagem: experiência do cuidar de criança com câncer nos plantões noturnos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4 p.325-34. dez. 1998.
- MENDES, R. **Patologia do Trabalho**, Rio de Janeiro, Atheneu, 1995, 643p.

MIRANDA, A.F. **Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro?** Ribeirão Preto, 1998, 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combaterlos.** Geneva: OMS, 1985.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**, 2ed, São Paulo, Hucitec, 1991, 198p.

PROENÇA, M.I. **Stress ocupacional e qualidade de vida do jornalista da mídia impressa diária.** Campinas, 1998, 128p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, PUCC.

SELLIGMAN–SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro. Atheneu. 1995. p. 287-310.

SELYE H. **Stress a tensão da vida.** 2 ed. São Paulo, Ibrasa, 1965.

SIEGEL, S. Estatística não paramétrica, para as ciências do comportamento. São Paulo, MC Graw – Hill, 1975, 350p.

SPILBERGER, C. **Understanding stress and anxiety.** New York: Haper e Row Publishers., 1979.

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e ... trabalhadora de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 4, p. 354-61, dez. 2000.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. **Rev. Nursing**, v. 20 p. 30-34. 2000

- STEINHILBER, C. P. C.; CORALLI, E.; BARALE, F. Burn-out: una reflissione. vol. 7, giugno 2001, n 2, p 1-9.
- TAKAHASHI, E.I.U. As fontes de estresse emocional que afetam a enfermeira na assistência à criança grave. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 5-20, 1985.
- VACHON, M. L. Staff stress in hospice/palliative care: a review. **Palliativa Medicine** 1995; n. 9, p. 91-122.
- VASCONCELLOS, E. G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, L. **Psicologia e odontologia** – uma abordagem integradora. 2 ed. São Paulo, Santos, 1992, cap. 2, p. 25-35.
- WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: O domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D. E. ed. **maneiras de cuidar – maneiras de ensinar**. Porto Alegre, Artes Médicas. cap. 1 p. 7 -30. 1995.
- WEINBERG, A.; CREED, F. Stress and psychiatric disorder in healthacre professionals and hospital staff. **Lancet**. New York, Feb. 355 (9203): 533-7, 2000.
- WOLFGANG, A.P. Job stress in the health professions: a study of physicians, nurses, and pharmacists. **Hosp. Topics**. 4 : 24-28, 1988.

ANEXOS **9**

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto Pesquisa: Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho no Hospital Centro Infantil Boldrini

Responsável: Prof. Dra. Milva Maria Figueiredo De Martino

Pesquisadora: Roberta Cova Páfaro

Prezado(a),

Estamos realizando u estudo sobre o estresse nos enfermeiros que fazem dupla jornada der trabalho, com o objetivo de verificar a presença de sintomas físicos e psicológicos de estresse e a intensidade do estresse emocional. Para isso precisamos entrevistá-lo empregando um questionário de sinais e sintomas do estresse . Suas informações nos ajudará a conhece-lo melhor e poderá contribuir com a Instituição Hospitalar para melhorar suas condições de trabalho.

Você poderá participar ou não da pesquisa, com o direito de recusar a responder qualquer uma das questões sem que isso prejudique seu trabalho nesta instituição.

Sua participação neste estudo será sob a forma de perguntas contidas no questionário. O seu nome e seus dados serão mantidos em sigilo.

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa com a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas as minhas indagações, e entendido que tenho direito de não responder a este questionário, sem que isto afete ou traga consequências desagradáveis para mim, aceito participar da pesquisa.

Caso necessite sobre outras informações sobre a pesquisa poderá ligar para o telefone da Comissão de Ética em Pesquisa deste Hospital cujo telefone é (XX19)-37875000.

Campinas , _____, _____ de _____

Nome do participante

RG

Telefone

Assinatura

Nome do pesquisador

RG

Telefone

Assinatura

ANEXO 2

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE “STRESS” (I.S.S LIPP,2000)

Quadro 1

a) Marque com um F1 Os sintomas que tem experimentado nas ultimas 24 horas

F1

- | | | |
|--|-----|--------|
| 1. Mãos (pés) frios | () | |
| 2. Boca seca | () | |
| 3. Nó no estômago | () | |
| 4. Aumento da sudorese | () | |
| 5. Tensão muscular | () | |
| 6. Aperto da mandíbula / Ranger dos dentes | () | |
| 7. Diarréia passageira | () | |
| 8. Insônia | () | |
| 9. Taquicardia | () | |
| 10. Hiperventilação | () | |
| 11. Hipertensão arterial passageira | () | |
| 12. Mudança de apetite | () | |
| Some 1 ponto para cada F1 que assinalou | | () F1 |

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- | | | |
|--|-----|--------|
| 13. Aumento súbito de motivação | () | |
| 14. Entusiasmo súbito | () | |
| 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos | () | |
| Some 1 ponto para cada P1 assinalado | | () P1 |

Quadro 2.

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na ultima semana.

- | | | |
|---|-----|--------|
| 1. Problemas com a memória | () | |
| 2. Mal estar generalizado, sem causa especifica | () | |
| 3. Formigamento das extremidades | () | |
| 4. Sensação de desgaste físico constante | () | |
| 5. Mudança de apetite | () | |
| 6. Aparecimento de problemas dermatológicos | () | |
| 7. Hipertensão arterial | () | |
| 8. Cansaço constante | () | |
| 9. Aparecimento de úlcera | () | |
| 10. Tontura / Sensação de estar flutuando | () | |
| Some 1 ponto para cada F2 que assinalou | | () F2 |

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

11. Sensibilidade emotiva excessiva ()

12. Dúvida quanto a si próprio ()

13. Pensar constantemente em um só assunto ()

14. Irritabilidade excessiva ()

15. Diminuição da libido ()

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou () P2

Quadro 3

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

1. Diarréia frequente ()

2. Dificuldades sexuais ()

3. Insônia ()

4. Náusea ()

5. Tiques ()

6. Hipertensão arterial continuada ()

7. Problemas dermatológicos prolongados ()

8. Mudança extrema de apetite ()

9. Excesso de gases ()

10. Tontura frequente ()

11. Úlcera ()

12. Enfarte ()

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou () F3

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

13. Impossibilidade de trabalhar ()

14. Pesadelos ()

15. Sensação de incompetência em todas as áreas ()

16. Vontade de fugir de tudo ()

17. Apatia, depressão ou raiva ()

18. Cansaço excessivo ()

19. Pensar/ Falar constantemente em um só assunto ()

20. Irritabilidade sem causa aparente ()

21. Angústia / Ansiedade ()

22. Hipersensibilidade emotiva ()

23. Perda do senso de humor ()

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou () P3

AVALIAÇÃO

TOTAL HORIZONTAL

A) F1 () P1 ()

B) F2 () P2 ()

C) F3 () P3 ()

TOTAL (VERTICAL) F3 () P3 ()

Linha A. Sintomas F (Físicos) e P (Psicológicos) da fase de alerta

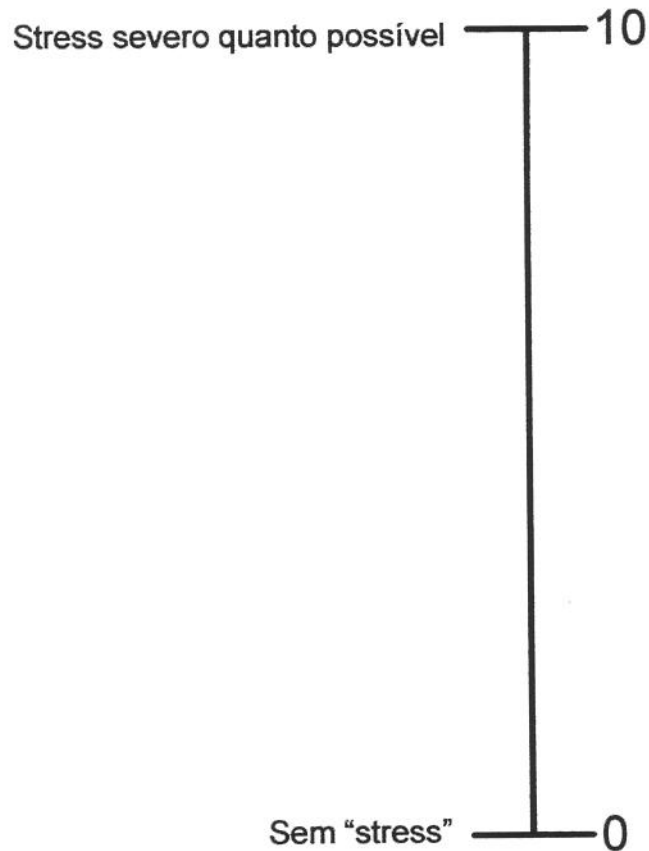
Linha B. Sintomas F (Físicos) e P (Psicológicos) da fase de resistência

Linha C. Sintomas F (Físicos) e P (Psicológicos) da fase de exaustão

ANEXO 3

Escala Analógica Visual (uma adaptação da escala utilizada por Darini, 1991).

Marque na linha abaixo onde esta o “stress” que você esta. sentindo agora:



Instruções

Esta figura consiste em uma escala de 10 cm na vertical.

Em sua extremidade superior foi colocada a nota 10 (dez) para designar um estresse severo e em sua extremidade inferior a nota 0 (zero) para demonstrar a ausência de estresse.

Nela você anotarà o nível de estresse que estiver sentindo.

ANEXO 4

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: Masc Fem

Estado civil: _____

Cônjuge trabalha: Sim Não

N.º de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Universidade de origem: _____

Tempo de formada: _____

Tempo de trabalho nesta instituição: _____

Em que setor trabalha: _____

Duração da jornada nesta instituição: _____

Tempo de trabalho no outro emprego: _____

Em que setor trabalha no outro emprego: _____

Duração da jornada no outro emprego: _____

O motivo de fazer dupla jornada: _____

ANEXO 5



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas-S.P.
☎ 0 19 37888936
fax 0 19 37888925

CEP, 11/09/01
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 164/2001

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ESTUDO DO ESTRESSE DO ENFERMEIRO COM DUPLA JORNADA DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICO DE CAMPINAS"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Roberta Cova Pafaro

INSTITUIÇÃO: Centro Infantil Dr. Domingos A. Boldrini/Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 02/08/2001

II - OBJETIVOS

Levantar a presença e o nível de estresse numa amostra de enfermeiros que fazem dupla jornada de trabalho.

III - SUMÁRIO

O trabalho compreende na aplicação de questionário "Inventário de Sintomas de Stress LIPP", em um grupo composto de 30 enfermeiros do Centro Infantil Dr. Domingos Boldrini, que fazem e que não fazem dupla jornada de trabalho, buscando identificar a presença de sintomas de estresses mais comuns nestes profissionais.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Sob o aspecto ético do projeto, não foi observado nada que pudesse constranger os participantes. A metodologia de coleta é adequada, os dados serão restritos aos pesquisadores e aos participantes e os resultados poderão contribuir para identificação e compreensão dos sintomas de estresse em profissionais que fazem dupla jornada de trabalho.

O presente projeto, em nossa opinião poder ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas com proposta de aprovação.

Projeto aprovado sem pendências.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

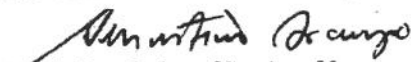
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatório final deve ser apresentado ao CEP, ao término do estudo.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18 de setembro de 2001.

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18 de setembro de 2001.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP