

**LUCIANA SOARES COSTA SANTOS**

**DEMANDAS DE ATENÇÃO NO AMBIENTE DE  
TRABALHO DO ENFERMEIRO: ANÁLISE DA  
CONFIABILIDADE E VALIDADE DE UM  
INSTRUMENTO**

*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 Luciana Soares Costa Santos  
Profa. Dra. Edinéis de Brito Guirardello*

Orientadora *Edinéis de Brito Guirardello*

**CAMPINAS-SP  
2004**

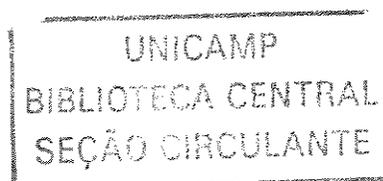
**LUCIANA SOARES COSTA SANTOS**

**DEMANDAS DE ATENÇÃO NO AMBIENTE DE  
TRABALHO DO ENFERMEIRO: ANÁLISE DA  
CONFIABILIDADE E VALIDADE DE UM  
INSTRUMENTO**

Dissertação apresentada para o programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde em Enfermagem

**Orientador: Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello**

**CAMPINAS-SP  
2004**



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	Sa 59d
T/UNICAMP	
V	EX
TOMBO BC/	66380
PROC.	16P-0008625
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	24/11/05
Nº CPD	

BbEl 373757

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

Sa59d

Santos, Luciana Soares Costa

Demandas de atenção no ambiente de trabalho do enfermeiro: análise da confiabilidade e validade de um instrumento / Luciana Soares Costa Santos. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador : Edinêis de Brito Guirardello

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem. 2. Fadiga. 3. Questionários I. Edinêis de Brito Guirardello. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

---

## BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

---

**Orientador(a)** PROFA. DRA EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO

---

**Membros:**

---

1. PROFA. DRA EDINÊIS DE BRITO GUIARDELLO

*Edinêis de Brito Guirardello*

---

2. PROFA. DRA MIAKO KIMURA

*Miako Kimura*

---

3. PROFA. DRA. NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE

*Neusa M. C. Alexandre*

---

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

---

**Data:** 20 de dezembro de 2004

---

**"Porque o Senhor dá a sabedoria, e da sua boca  
vem a inteligência e o  
entendimento"**

**Provérbios 2:5-6.**

**Dedico este trabalho,**

**Aos meus pais, Luciano e Geni, pela confiança e  
apoio ao longo da minha trajetória  
profissional.**

**Ao Caio, meu marido e amigo de todas as horas,  
pela paciência e carinho.**

**Ao Davi, que mesmo ainda sem "chegar a este  
mundo" já me fortalece a cada dia na  
busca de novas conquistas.**

A Deus, que todos os dias renovou minhas forças e tornou real mais este sonho.

Ao Ricardo, Milena, Luiz Felipe, Pedro e Ricardinho, por fazerem parte deste importante momento.

À minha orientadora Profa. Dra. Edinêis, por acreditar no meu potencial e, com paciência e dedicação, compartilhar deste primeiro passo na pesquisa.

Às professoras Dra. Miako Kimura e Dra. Neusa Alexandre, pelas importantes sugestões.

Ao Prof. Dr. Djalma Moreira de Carvalho, pela paciência e sábios conhecimentos.

Às chefes Sarah, Janete e Célia, pelo apoio e compreensão.

Aos gerentes das unidades e serviços participantes deste estudo, pela atenção e colaboração.

À Elda e à Rita, pela enorme colaboração neste trabalho.

À amiga Acácia, pela convivência, paciência e apoio nos momentos mais difíceis.

À amiga Letícia, pelo apoio nesta conquista.

À Bete que, mesmo distante, sempre torceu por mim e sempre me espelhou nesta trajetória.

Às amigas: Myrcea, Cíntia, Suzana e Tatiana, pela amizade e compreensão nas trocas de plantão.

A todas as enfermeiras da UTI - HAOC pelo apoio e amizade nesta trajetória.

Ao Helymar, pela contribuição na análise estatística dos dados deste trabalho.

Ao Carlos, pela colaboração na formatação deste trabalho.

Lista de Tabelas.....	xvii
Resumo .....	xxi
Abstract.....	xxiii
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
1.1 A Natureza do Trabalho na Enfermagem .....	27
1.2. Atenção e Demandas de Atenção .....	32
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>39</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
4.1. Local de Estudo.....	49
4.2. População .....	49
4.3. Amostra.....	49
4.4. Instrumento de Coleta de Dados .....	50
4.4.1 Demandas de Atenção Dirigida .....	50
4.4.2 Ficha de Identificação Pessoal e Profissional do Enfermeiro.....	51
4.4.3 Percepção da Adequação do Ambiente de Trabalho.....	51
4.5. Estratégias para Análise da Confiabilidade e Validade do Instrumento .....	51
4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa .....	52
4.7. Procedimento de Coleta de Dados.....	53
4.8. Tratamento e Análise Estatística dos Dados .....	53
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
5.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros .....	59
5.2. Percepção da Adequação do Ambiente de Trabalho do Enfermeiro.....	60
5.3. Avaliação das Propriedades Psicométricas do Instrumento "Demandas de Atenção Dirigida" .....	61
5.3.1 Confiabilidade.....	61
5.3.2 Validade .....	63
5.3.2.1 Análise de Fator Exploratória.....	63
5.3.2.2 Análise de Fator Confirmatória.....	68
5.4. Demandas de Atenção do Enfermeiro.....	69

<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	75
6.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros .....	77
6.2. Percepção da Adequação do Ambiente de Trabalho do Enfermeiro.....	79
6.3. Avaliação das Propriedades Psicométricas do Instrumento “Demandas de Atenção Dirigida” .....	80
6.3.1 Confiabilidade.....	80
6.3.2 Validade .....	81
6.3.2.1. Análise de Fator Exploratória .....	81
6.3.2.2. Análise de Fator Confirmatória .....	82
6.4. Demandas de Atenção do Enfermeiro.....	82
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	87
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	93
<b>ANEXOS</b> .....	103
<b>APÊNDICE</b> .....	123

Tabela 1. Características sociodemográfica e profissional dos enfermeiros. São Paulo, 2004. ....	59
Tabela 2. Média e desvio padrão dos escores relativos à percepção de adequação do ambiente de trabalho dos enfermeiros. São Paulo, 2004.....	61
Tabela 3. Consistência interna para o total de itens e domínios do instrumento “Demandas de Atenção Dirigida”. São Paulo, 2004.....	62
Tabela 4. Consistência interna dos itens e domínios do instrumento “Demanda de Atenção Dirigida”. São Paulo, 2004.....	63
Tabela 5. Matriz dos coeficientes de correlação para análise de fator. São Paulo, 2004.....	127
Tabela 6. Resultados das medidas MAS/KMO e auto-valores para análise de fator do instrumento “Demandas de Atenção Dirigida”. São Paulo, 2004 .....	65
Tabela 7. Distribuição das cargas dos fatores após rotação Varimax. São Paulo, 2004.....	66
Tabela 8. Composição dos fatores após a rotação ortogonal. São Paulo, 2004.....	67
Tabela 9. Medidas de adequação do ajuste para o total dos itens pela análise de fator confirmatória. São Paulo, 2004.....	68
Tabela 10. Média e desvio padrão da pontuação atribuída pelos enfermeiros às situações de demandas de atenção. São Paulo, 2004.....	70
Tabela 11. Situações de demandas de atenção comparadas às faixas etárias dos enfermeiros. São Paulo, 2004. (n=158) .....	131
Tabela 12. Situações de demandas de atenção comparadas à qualificação profissional dos enfermeiros. São Paulo, 2004. (n=158) .....	133

Tabela 13. Situações de demandas de atenção comparadas ao estado civil dos enfermeiros. São Paulo, 2004. ....	135
Tabela 14. Situações de demandas de atenção dos enfermeiros comparadas as horas trabalhadas semanalmente. São Paulo, 2004. ....	137
Tabela 15. Situações de demandas de atenção comparadas aos turnos de trabalho dos enfermeiros. São Paulo, 2004. ....	139

A própria natureza do trabalho do enfermeiro requer múltiplas demandas de atenção. Essas demandas são decorrentes da complexidade do cuidado prestado, do próprio ambiente de trabalho e das exigências provenientes tanto dos pacientes quanto da própria instituição de saúde. A exposição do enfermeiro a essas demandas pode resultar em fadiga de atenção, que é caracterizada por uma redução na capacidade de direcionar atenção. Isto pode interferir na capacidade do enfermeiro adquirir novos conhecimentos e no planejamento da sua assistência. O presente estudo tem como objetivos: a) avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento “Demandas de Atenção Dirigida” aplicado a uma amostra de enfermeiros assistenciais e b) identificar as situações de demandas para atenção desses enfermeiros, bem como suas percepções em relação à adequação do seu ambiente de trabalho. Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento “Demandas de Atenção Dirigida” composto por 39 itens que abordam situações da prática diária do enfermeiro, agrupadas nos domínios: Psicológico, Comportamental e Ambiente Físico. Participaram do estudo 158 enfermeiros de dois hospitais do município de São Paulo. A análise da confiabilidade do instrumento resultou em alta consistência interna para o total de itens do instrumento ( $\alpha=0,91$ ) e para os domínios: Psicológico ( $\alpha=0,79$ ), Comportamental ( $\alpha=0,82$ ) e Ambiente Físico ( $\alpha=0,83$ ). As principais demandas de atenção relatadas pelos enfermeiros foram: “observar o sofrimento de um paciente; muitas decisões rápidas tiveram que serem tomadas; cuidar de famílias com necessidades emocionais; tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente e necessidade de dar orientação à família”. Quanto à validade do instrumento, a análise de fator mostrou que, apesar da medida de adequação da amostra ter sido estatisticamente significativa ( $MAS=0,82$ ), o critério utilizado para selecionar fatores com auto valor maior que um demonstrou uma explicação de 40% da variância total desses fatores, o que confirma a semelhança desses dados aos estudos anteriores. Na análise de fator confirmatória, verifica-se que nenhum dos critérios de adequação de ajuste obteve valores aceitáveis para o modelo teórico proposto. No entanto, pela estimação das cargas dos fatores, verifica-se que todos os valores foram significativos, o que indica um bom ajuste dos itens nos domínios propostos. Esses dados têm importância relevante para gerentes e administradores dos serviços de enfermagem no sentido de adotar estratégias que possibilitem minimizar ou reduzir essas demandas para os enfermeiros.

**Palavras chave:** enfermagem, fadiga, questionário.

The nature of a nurse's work requires multiples attentional demands. These demands are resulting from the complexity of the care given, the work setting itself and the demand originated from both the patients and the health institution. The exposure of the nurse to these demands may lead to attention fatigue which is defined as by the decrease in the ability to direct attention. This may interfere in the nurse capability to acquire new knowledge and plan the assistance. The present study aims: a) to evaluate the reliability and validity of the "Directed Attention Demands" instrument which were applied of assisting nurses samples; b) to identify the situations demanding attention of these nurses as well as their perceptions in relation to the way they adapt to the work environment. In order to collect the data, the "Directed Attention Demands" instrument was used which contains 39 items that approaches a nurse's daily practical situations grouped in three domains: Psychological, Behavioral and Physical Environment. A total of 158 nurses from two hospitals in São Paulo City (Brazil) took part of the study. The analysis of the instrument reliability resulted in high internal consistence considering the total of items the instrument has ( $\alpha=0.91$ ) and its domains: Psychological ( $\alpha=0.79$ ), Behavioral ( $\alpha=0.82$ ) and Physical Environment ( $\alpha=0.83$ ). The main attentional demands reported by the nurses were: "to observe a patient suffering; to make several quick decisions; to take care of families with emotional needs and provide them with directions" and "lack of sufficient time to give support a patient". Regarding the validity of the instrument, the factor analysis showed that despite the adequacy measurement of the sample having been statistically significant ( $MAS=0.82$ ), the criterion used to select the factors with eingenvale higher than one explained 40% of total variance of those factors, which proved to be similar data to the ones in previous studies. The analysis of the confirmatory factor showed that none of the adjustment adequacy criteria presented acceptable values for the theoretical model proposed. However, through the factors load estimation, it was possible to observe that all the values were significant which indicates that the items suggested in the domains adjusted well. These data have relevant importance for those who manage and direct the nurses' tasks, allowing them to adopt strategies which will minimize or reduce such demands on the nurses.

**Key words:** nursing, fatigue, questionnaire.

---

# INTRODUÇÃO

## **1.1. A natureza do trabalho na enfermagem**

O advento da enfermagem moderna se deu com a participação de Florence Nightingale, ainda no século XIX, em virtude das transformações sociais que ocorriam concomitantemente naquela época (ALMEIDA e ROCHA, 1997; WIDERQUIST, 2000).

Florence introduziu uma visão de enfermagem não só voltada à realização de procedimentos junto aos doentes, mas também ampliou as percepções das enfermeiras para com o meio ambiente onde esses pacientes permaneciam, mantendo-os sob controle por meio de observação e supervisão rigorosa, caindo por terra a idéia de que o saber da enfermagem era baseado apenas no desempenho de tarefas e procedimentos (ALMEIDA e ROCHA, 1986; 1997).

No Brasil, no início do século XX, a enfermagem ainda tomava forma de caridade devido ao predomínio dos hospitais das Santas Casas de Misericórdia. A partir dessa época, a prática de enfermagem nos hospitais passou a ser baseada em atividades administrativas, supervisão da assistência e treinamento do pessoal auxiliar (ALCÂNTARA, 1966).

Nesse contexto, a enfermagem brasileira encontra espaço para seu desenvolvimento. Com o declínio dos serviços de saúde pública houve a necessidade de se expandir a enfermagem na área hospitalar, provocando assim, um aumento no número de profissionais atuantes na área (CAPELLA et al, 1988).

Com o crescimento da profissão, a preocupação com as condições de trabalho também se tornou evidente, principalmente porque a saúde sempre estava vinculada ao governo. O desempenho da enfermagem é tido como desgastante e gerador de sofrimento que pode vir a aumentar de acordo com as condições em que ela é desenvolvida. Com isso, o enfermeiro foi introduzido num processo de trabalho onde a sua autonomia foi substituída por uma estrutura centralizada, com hierarquia de autoridades, o que limitou o poder da tomada de decisão (TREVISAN, 1988).

A autora destaca que a estrutura burocrática na enfermagem teve por base as prioridades médicas e hospitalares e foge das prioridades apontadas pelos pacientes e enfermeiros. Contudo, cabe ao profissional de enfermagem a execução e controle na prestação de serviços previamente selecionados por outros profissionais de saúde, principalmente por médicos, o que reflete diretamente sobre a natureza do trabalho da enfermagem.

A natureza do trabalho de enfermagem no Brasil é relatada, em sua maioria, em publicações sobre unidades de cuidados críticos. HUDAK e GALLO (1997) descrevem tal natureza como aquela que requer uma capacidade em lidar com situações cruciais que envolvem agilidade e precisão dos profissionais, porém, varia de unidade para unidade de trabalho.

Já para PADILHA (1994), PEIXOTO (1996) e SHIMIZU (1996) suas percepções em relação à natureza do trabalho de enfermagem foram identificadas em Unidades de Terapia Intensiva, sendo aquela caracterizada como geradoras de sofrimento e desgastes, principalmente em função do tipo de paciente atendido nessas unidades. PITTA (1992) enfatiza esta percepção da natureza do trabalho para esses profissionais como sendo fontes de sofrimento e desgastes, tanto físico como emocional.

MARZIALE (2001) coloca a natureza do trabalho do enfermeiro como potencializadora da deterioração da qualidade da assistência. Em outro estudo, associa esta deterioração da assistência em virtude da exposição desse profissional a situações inadequadas de trabalho que torna-se uma fonte de excessiva carga mental (MARZIALE e ROZESTRATEN, 1995).

GUIRARDELLO (1993) enfatiza que a própria natureza do trabalho do enfermeiro resulta em um desgaste mental devido ao trabalho intenso e à complexidade de demandas de cuidados dos pacientes sob sua responsabilidade. Afirma que, acima de tudo, é uma fonte geradora de sofrimento em virtude do contato freqüente com situações de morte e dor.

Esse aspecto da natureza do trabalho do enfermeiro pode ser influenciada por fatores do próprio ambiente de trabalho e pode desencadear

efeitos nocivos sobre sua saúde (ARAÚJO et al, 2003); tais fatores podem, também, constituir-se em fontes de estresse para esses profissionais (SANTOS e TREVISAN, 2002; PAFARO e MARTINO, 2004).

Para HOPKINSON et al (2003) essa natureza é aquela que gera nos profissionais tensão, medo do desconhecido (principalmente em profissionais que prestam assistência a pacientes de alta complexidade de cuidados) e sensação de isolamento em virtude de se ter que decidir o que fazer nos momentos de maiores conflitos. Já LAUTERT (1997) define essa natureza como geradora de desgaste profissional, despersonalização e uma reduzida satisfação pessoal.

Esses profissionais percebem o ambiente hospitalar como um local onde vidas frágeis são vigilantemente observadas, cuidadas, preservadas e que requerem conhecimento, habilidade e competência técnica (HUDAK e GALLO, 1997; BECK, 2000). Cabe ainda a esses profissionais um controle emocional diante da sua prática, promoção de medidas de conforto para o paciente e relações de auto ajuda entre ele mesmo e o paciente (HOPKINSON et al, 2003).

O ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, tem como característica principal o trabalho em turno de 24 horas, o que os leva a uma excessiva exposição a diversos fatores de riscos ocupacionais tanto físicos quanto psicológicos.

PETTERSON (2000) alerta que a presença dos ruídos e barulhos nas unidades hospitalares são rotineiras e que, no ponto de vista dos profissionais de saúde, já fazem parte do seu cotidiano de trabalho.

TOPF (1992) acrescenta que, segundo alguns órgãos especialistas em ambientes, de padrão e reconhecimento internacionais, o nível de ruído aceitável varia de 45 a 85 decibéis, sendo que os níveis de 45 decibéis previnem irritação e interferência nas atividades desses profissionais. Entretanto, os níveis encontrados na maioria das unidades, principalmente UTI, são superiores a 45 decibéis. Da mesma forma, esses ruídos podem afetar os pacientes que se encontram sob cuidados intensivos, os quais possuem pouco controle sobre o

ambiente (TOPF e DILLON, 1988; TOPF, 1992; TOPF e DAVIS, 1993; TOPF, 2000; PETERSON, 2000).

Muitos estudos revelam a influência que o ambiente hospitalar pode exercer sobre o nível de atenção das pessoas, com destaque para ruídos excessivos sob a forma de indutores do estresse, principalmente em unidades de cuidados críticos onde esses ruídos são constantes e, muitas vezes imprevisíveis e incontroláveis (TOPF e DILLON, 1988; TOPF, 2000; TOPF e THOMPSON, 2001).

Para os enfermeiros de unidades críticas, os ruídos que mais incomodam são: alarmes emitidos pelos pacientes e equipamentos, conversa alta nos corredores, abertura e fechamento de portas de forma violenta e quedas de objetos, além do excesso de tráfego de pessoas na unidade (TOPF e DILLON, 1988). Estes fatores, acrescidos da inadequação do conhecimento e habilidade na execução de tarefas, exaustão na carga de trabalho e frustração profissional, os ruídos mencionados acima podem resultar em problemas éticos e pessoais com a equipe de trabalho (TOPF e DILLON, 1988; TOPF, 1992; TOPF, 2000).

O uso da atenção no trabalho do enfermeiro é essencial para a realização das atividades da prática diária como planejar e prestar assistência aos pacientes de toda natureza, inclusive os de alta complexidade de cuidados e em risco de morte iminente; coordenar outras atividades inerentes ao seu papel na unidade, mesmo na presença de fatores, como ruído excessivo, iluminação intensa nas 24 horas do dia, sobrecarga de trabalho e conflitos. Conseqüentemente, isto requer do enfermeiro um aumento da capacidade de direcionar atenção mesmo na presença desses fatores.

Questões relacionadas às demandas de atenção têm sido foco de estudo em pessoas saudáveis (LETHO e CIMPRICH, 1999); pessoas idosas (JANSEN e KELLER, 1998; 2003); pessoas com problemas de saúde (CIMPRICH, 1992a,b;1999a,b; JANSEN e CIMPRICH, 1994; PONTES, 2004) e enfermeiros (GUIRARDELLO, 1993; 2002; 2003).

GUIRARDELLO (1993) verificou que o enfermeiro, no seu ambiente de trabalho, está exposto a múltiplas fontes de demanda de atenção, sendo essas relacionadas aos domínios Psicológico, Comportamental, Ambiente Físico e de Informação.

Ao comparar se havia diferenças na percepção das demandas de atenção relatadas pelos enfermeiros, verificou que os enfermeiros de unidade de cuidados críticos relataram alto nível de demandas relacionadas aos fatores Comportamental, Ambiente Físico e de Informação, enquanto que para os enfermeiros da unidade de clínica médico-cirúrgica, as fontes de demandas foram aquelas relacionadas aos fatores Psicológico e de Informação.

Em um estudo para avaliar as fontes de demanda percebida pelos enfermeiros de unidades críticas com o uso de três métodos psicofísicos (GUIRARDELLO e SOUZA, 2000) verificaram que, independente da escala de medida utilizada, as situações de demandas para atenção vivenciada pelos enfermeiros como “muitas decisões rápidas a serem tomadas”, “diversas tarefas de enfermagem a serem completadas”, “número insuficiente de pessoas de enfermagem para prestar assistência a pacientes de alta complexidade” e “observação do sofrimento de um paciente” foram apontadas como aquelas que requererem alto nível de demanda para atenção, ao passo que situações como “muitos equipamentos na área de trabalho”, “aumento do fluxo de pessoas na sua área de trabalho” e “alto nível de barulho na unidade” foram apontadas como aquelas que exigiam menor esforço mental para se lidar no cotidiano de trabalho dessas unidades.

GUIRARDELLO (2002) com o objetivo de identificar e comparar as situações de demanda vivenciadas pelos enfermeiros em duas unidades de cuidados críticos verificou que não existem diferenças estatisticamente significantes no julgamento dessas demandas pelos enfermeiros.

As situações relatadas como aquelas que exigem maior esforço mental do enfermeiro no seu cotidiano de trabalho foram: “número insuficiente de pessoas de enfermagem para prestar assistência a pacientes de alta complexidade de

cuidado”; “área de trabalho confusa”; “diversas tarefas de enfermagem a serem completadas”; “muitas decisões rápidas a serem tomadas” e “observação do sofrimento de um paciente”. A autora destaca que, embora as unidades apresentem características próprias e inerentes, as situações que envolvem os recursos humanos, as características dos pacientes atendidos, a equipe multiprofissional, a planta física e a disponibilidade dos recursos materiais, reforçam a idéia de que essas unidades exigem dos enfermeiros altas demandas de atenção.

Diante do exposto, evidencia-se que, pela natureza do trabalho do enfermeiro, o mesmo pode estar exposto a múltiplas demandas de atenção que podem interferir na capacidade de direcionar atenção para aspectos importantes no desenvolvimento das suas atividades de trabalho. Portanto, torna-se evidente a importância de se utilizar instrumentos de medida que visam identificar as principais fontes de demandas de atenção do enfermeiro em seu ambiente de trabalho.

## **1.2. Atenção e Demandas de Atenção**

Para melhor compreensão das demandas de atenção no ambiente de trabalho este estudo apoiar-se-á no referencial teórico de *atenção e demandas de atenção*, descrito por KAPLAN e KAPLAN (1983), KAPLAN (1995) e desenvolvido por CIMPRICH (1992a, 1992b, 1993).

Esse referencial envolve quatro conceitos essenciais a) capacidade de direcionar a atenção (CDA); b) demandas de atenção; c) fadiga de atenção e d) meios para restaurar ou manter a capacidade de direcionar atenção (CIMPRICH, 1992a; JANSEN e CIMPRICH, 1994).

JAMES (1890) definiu atenção como a concentração da mente em um determinado objeto ou pensamento, mesmo que outros estímulos ocorram simultaneamente. Outro componente importante no estudo da atenção é a

seletividade das informações, a capacidade de focalizá-las ou ignorá-las de acordo com as experiências ou vivências do indivíduo.

De acordo com KAPLAN e KAPLAN (1983) a atenção envolve um processo neurocognitivo complexo, essencial para selecionar informações relevantes em um ambiente no que diz respeito à necessidade e ao propósito da situação. A CDA é o que determina as exigências na interação do indivíduo com o ambiente.

A **capacidade de direcionar atenção** é aquela que requer do indivíduo um esforço mental para manter-se diante de um estímulo ou situação, ou seja, requer do indivíduo desconsiderar objetos ou pensamentos tanto do ambiente externo como do ambiente interno para fixar-se em uma informação que lhe é necessária naquele momento.

A CDA é a habilidade do indivíduo em inibir estímulos e distrações competitivas em ambientes internos e externos enquanto processa e organiza uma informação importante, o que requer o uso do esforço mental (CIMPRICH, 1992a; 1994; 1999 a, b; LESAK, 1982). Esses autores enfatizam que a CDA é essencial para o funcionamento efetivo da vida diária, permitindo aos indivíduos, a percepção clara das situações e a manutenção das atividades propostas, apesar dos estímulos e distrações do ambiente.

CIMPRICH (1992a) examinou a CDA em um grupo de mulheres com câncer de mama na fase inicial da doença e que foram submetidas a dois tipos de cirurgia: mastectomia total e cirurgia de conservação da mama. Após a utilização de alguns testes para avaliar a CDA, verificou-se que, no dia anterior à alta hospitalar, em média de três dias pós-cirurgia, as pacientes apresentaram uma diminuição na CDA, porém não houve diferenças significativas entre os grupos cirúrgicos. Esses dados revelaram ainda que, com o aumento dos dias de internação, a CDA dessas pacientes diminuía.

LETHO e CIMPRICH (1999) realizaram um estudo com o objetivo de verificar uma possível relação entre o estado de ansiedade e a CDA, em 45 mulheres com diagnóstico recente de câncer de mama e indicação de cirurgia ou

outro tratamento, com idades de 25 a 75 anos. Essas mulheres foram submetidas a diversos testes que avaliavam o nível de ansiedade pré e pós-operatória, além da sua CDA. Os resultados do estudo mostraram que não há correlação significativa entre o estado de ansiedade e a CDA, bem como entre a idade e o tipo de cirurgia. Mesmo diante desses resultados, os autores destacam que essas mulheres estavam sob um nível de ansiedade de moderado a alto. Ressaltam, ainda, a importância da participação do enfermeiro na avaliação do nível de ansiedade dos pacientes quando busca intervenções que reduzam fontes de distrações e estresse, proporciona um ambiente mais tranquilo e livre de ruídos e promove uma familiarização do paciente com os procedimentos envolvidos nos tratamentos a serem seguidos. Tais intervenções podem também ser extensivas aos cuidadores desses pacientes.

Alguns fatores como o estresse, a dor ou o uso de medicações podem interferir na CDA e no aprendizado desses indivíduos. Desta forma, evidencia-se a complexidade do processo de atenção, fundamental para o aprendizado bem como para compreender uma nova informação. Envolve um aumento da sensibilidade, uma seleção de estímulos internos ou externos que se voltam para a manutenção da memória e atenção dos indivíduos (CIMPRICH, 1992a).

***Demandas de atenção*** refere-se aos fatores internos e externos que aumentam a necessidade de direcionar atenção, ou seja, podem aumentar a CDA (JANSEN e CIMPRICH, 1994).

CIMPRICH (1992a) enfatiza que durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença grave, como o câncer, fatores afetivo, comportamental e de informação aumentam a CDA em períodos prolongados. Os fatores afetivos como a incerteza sobre o futuro e a dor, associados a perdas, constitui-se em fontes de distrações contínuas que podem exigir do indivíduo um aumento da CDA para lidar com o processo de tratamento.

As demandas de atenção podem influenciar o declínio da CDA em função de fatores como: idade, aspectos neurológicos e os próprios mecanismos de demanda de atenção. Isto pode ser comprovado pelo estudo realizado por

JANSEN e KELLER (2003) em 72 idosas saudáveis, nas quais verificaram que não existe relação entre demandas de atenção e depressão, doença facilmente observada nessa população, mas que a demanda de atenção está relacionada significativamente com a CDA e que nos idosos é exigido um esforço mental maior para focalizar a atenção e, assim, alcançar ou realizar algo.

As demandas de atenção também foram examinadas por JANSEN e KELLER (1998) em outro grupo de 33 idosos com idade entre 66 e 87 anos. Os resultados mostraram que os idosos relataram experienciar diferentes situações de demandas relacionadas aos domínios Afetivo e de Informação. Dentro do domínio Afetivo têm-se: insegurança, tristeza em relação às atuais condições de vida, solidão, ausência da família e de trabalho. No domínio Informação têm-se: a demora na compreensão de uma nova informação ou situação devido a problemas de memória, bem como o esquecimento. Já entre as demandas relacionadas ao domínio Comportamental destacam-se: a falta de privacidade, a ida ao médico, ter que dar conta do número de medicações de uso diário e a manutenção dos cuidados pessoais. Por último, as demandas do domínio Ambiente Físico foram relacionadas com o espaço, barulho e iluminação insuficiente.

GUIRARDELLO (2002) identificou junto a enfermeiros de unidades de cuidados críticos as principais situações da sua prática diária que exigem maiores demandas de atenção. O julgamento dessas situações foi comparado entre os grupos e constatou-se que havia diferenças entre eles. As situações foram relatadas de forma mais intensa pelos enfermeiros das unidades de emergências quando comparadas aos enfermeiros da UTI. Essas situações envolviam questões administrativas, questões relacionadas aos próprios pacientes e, também, aos seus familiares.

A ***fadiga de atenção*** constitui o terceiro conceito, e é caracterizada pela diminuição ou incapacidade da pessoa em direcionar atenção para aquisição de novas informações, determinação de objetivos, resolução de problemas e realização de atividades que exijam esforço mental. Pode ser diferenciada de

fadiga física, uma vez que envolve a capacidade de exercer esforço mental inibitório, ao invés de esforço físico (CIMPRICH, 1992a).

KAPLAN e KAPLAN (1983) define a fadiga de atenção como a condição de desconforto e redução da efetividade devido a um intenso esforço mental ou uso excessivo da CDA.

Entretanto, uma pessoa com fadiga de atenção pode não apresentar fadiga física, definida como o uso excessivo dos grupos musculares, que limita sua capacidade funcional, mas pode apresentar dificuldade em direcionar atenção para resolver problemas, planejar e realizar uma atividade proposta (CIMPRICH, 1992a; WINNINGHAM et al, 1994; REAM e RICHARDSON, 1999).

Desta forma, JANSEN e CIMPRICH (1994) relatam que as situações de vida, como uma doença crônica, requerem o uso intenso do mecanismo inibitório neurológico, podendo resultar em fadiga de atenção.

Estudos enfatizam que atividades que demandam atenção intensa ou prolongada, além de fortes cobranças em se atingir metas, podem resultar em fadiga de atenção, sendo que isso pode ocorrer não apenas em determinado momento da vida profissional de um indivíduo, podendo estender ao longo dos anos (CIMPRICH, 1994).

O efeito de fadiga de atenção pode ser manifestado por um aumento da distração e um desempenho reduzido de esforços para atender determinadas tarefas, bem como irritabilidade e tensão, impulsividade e comportamento hostil, ou seja, a fadiga de atenção resulta quando as demandas do ambiente excedem a CDA (CIMPRICH, 1992a, KAPLAN e KAPLAN, 1983; KAPLAN e KAPLAN, 1989).

WINNINGHAM et al (1994) investigaram a relação entre ansiedade e atenção dirigida em 45 mulheres que aguardavam cirurgia de câncer de mama, considerando a influência da idade e a extensão da cirurgia. Os resultados mostraram que, independente da idade ou extensão da cirurgia, a ansiedade é intensa, e que o uso de recursos da atenção pode atuar na sua redução, eficácia e funcionamento.

Estudos comprovam que o declínio da CDA pode aumentar o risco de fadiga de atenção, principalmente em mulheres mais idosas (CIMPRICH e RONIS, 2001; CIMPRICH, 1999a,b).

O último conceito refere-se aos ***meios para conservar ou restaurar a capacidade de direcionar atenção***. Envolve dois tipos de intervenções: a primeira consiste em um meio para reduzir ou limitar as demandas de atenção e a segunda envolve recursos que possibilitam recuperar a CDA.

KAPLAN e KAPLAN (1989) acreditam que a recuperação da CDA está relacionada com a criação de um ambiente que resgate a atenção involuntária. Descrevem, ainda, as experiências com ambientes naturais (jardins, fontes naturais, árvores) como fontes poderosas de restauração e recuperação da CDA. A fascinação, a percepção da natureza, a extensão do espaço e a compatibilidade do ambiente são destacadas como meios que possibilitam recuperar a CDA (KAPLAN e KAPLAN, 1983; JAMES, 1890)

CIMPRICH (1993) demonstrou em seu estudo que uma simples intervenção como olhar de uma janela com vista para a natureza por algum tempo, contribuiu para que os pacientes lidassem melhor com o tratamento do câncer de mama quando comparados a outro grupo que não utilizou essa intervenção. A autora confirma que a natureza pode ser uma fonte em potencial para restaurar a capacidade de direcionar atenção.

O efeito do ambiente e seus recursos naturais na restauração da CDA foram avaliados em estudantes universitários por TENESSEN e CIMPRICH (1995). Esses estudantes moravam em dormitórios cujas janelas possibilitavam uma vista total e parcial para um jardim e um lago e outros apartamentos que possibilitavam uma vista parcial e total para construções dentro do campus. Após a mensuração da CDA desses estudantes, os autores constataram que os alunos com vista total e parcial para a natureza apresentavam melhores resultados nos testes psicológicos de CDA, confirmando assim o benefício da natureza sobre a CDA de todos os indivíduos.

Outros autores (KAPLAN e KAPLAN, 1989; COX, 1985; STARK, 2001) enfatizam que ambientes naturais com vista para jardins e ambientes naturais, até mesmo vistos por uma janela, têm efeitos restauradores e positivos, podendo ainda ser fontes de saúde e de cura.

Destaca-se a importância de se conhecer os conceitos essenciais deste referencial teórico, principalmente aqueles relacionados às fontes de demanda de atenção, em virtude da utilização de um instrumento de medida específico para identificar essas demandas em enfermeiros que desenvolvem atividades assistenciais.

---

**JUSTIFICATIVA**

Com a prática diária, o enfermeiro está exposto a muitas demandas de atenção no seu ambiente de trabalho que exigem esforço mental para lidar com as situações do dia a dia e, quando essas são constantes, podem resultar em fadiga de atenção.

A atenção é necessária para processar informações, planejar e prestar assistência, como também identificar possíveis alterações e complicações apresentadas pelos pacientes com diversos níveis de complexidade de cuidado.

Muitas dessas demandas envolvem questões subjetivas no trabalho, o que faz ser de grande importância o uso de instrumentos de medida que possam identificar as diferentes fontes de demanda a que o enfermeiro está exposto.

O instrumento *Requirement for Directed Attention* foi desenvolvido por GUIARDELLO (1993) com a finalidade de identificar as diferentes fontes de demandas de atenção a que o enfermeiro está exposto em seu ambiente de trabalho. Sua construção teve como base o referencial teórico de atenção e demandas de atenção (CIMPRICH, 1992a,b; KAPLAN e KAPLAN, 1993) que aborda as demandas de atenção em quatro domínios: Ambiente Físico, Comportamental, Psicológico e Informação.

Foi validado para a língua portuguesa numa população de 44 enfermeiros de unidades de cuidados críticos por GUIARDELLO (2003) sendo denominado Demandas de Atenção Dirigida. Na análise de consistência do instrumento obteve-se alta consistência interna para o total dos itens ( $\alpha= 0,91$ ) e para todos os domínios Ambiente Físico ( $\alpha=0,78$ ), Comportamental ( $\alpha=0,80$ ) e Psicológico ( $\alpha=0,85$ ), exceto para o domínio Informação ( $\alpha=0,12$ ). A autora enfatiza que o baixo índice de consistência para o domínio Informação pode ser explicado pelo número de itens do mesmo (três itens) ou pela pouca relação entre os itens desse domínio, e recomenda a sua aplicação em outros estudos para testar os itens que não foram consistentes na amostra estudada.

Devido à impossibilidade de se ter sido feita a análise de fator confirmatória no estudo citado anteriormente, destaca-se a importância da

aplicação deste instrumento junto a um grupo de enfermeiros assistenciais para se reavaliar tanto sua confiabilidade quanto sua validade.

Trata-se de uma ferramenta que pode ser utilizada pelos administradores e gerentes de enfermagem como um recurso para examinar as diferentes fontes de demandas de atenção a que o enfermeiro está exposto em seu ambiente de trabalho.

---

## OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

1. Avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento Demandas de Atenção Dirigida aplicado a uma amostra de enfermeiros assistenciais;
2. Identificar as situações de demandas de atenção desses enfermeiros, bem como suas percepções em relação à adequação do seu ambiente de trabalho.

---

**METODOLOGIA**

#### **4.1. Local de Estudo**

Este estudo foi realizado em dois hospitais denominados de hospital A e B. Ambos os hospitais estão localizados na zona central do município de São Paulo.

O hospital A é um hospital geral, privado, com capacidade de atendimento a 220 pacientes adultos.

O hospital B é um hospital filantrópico, de porte extra, com capacidade de atendimento a 1750 pacientes adultos e pediátricos.

#### **4.2. População**

Considerou-se todos os enfermeiros que prestavam assistência direta aos pacientes como população deste estudo. Na instituição A, esses enfermeiros eram provenientes das unidades de internação, pronto atendimento e UTI. Já na instituição B, considerou-se apenas os enfermeiros das UTIs por realizarem atividades predominantemente assistenciais.

#### **4.3. Amostra**

Considerou-se, os enfermeiros que exerciam atividades predominantemente assistenciais das instituições A e B e que atenderam aos critérios de inclusão como tempo de experiência profissional igual ou superior a seis meses, para a amostra. Todos possuíam tempo de experiência na unidade igual ou superior a três meses e concordaram em participar do estudo.

Considerou-se o tempo de experiência profissional inferior a seis meses e o tempo de experiência na unidade inferior a três meses, assim como o exercício de cargos de supervisão ou administrativos como critérios de exclusão.

## 4.4. Instrumento de Coleta de Dados

### 4.4.1. Demandas de Atenção Dirigida

O instrumento Demandas de Atenção Dirigida foi desenvolvido e posteriormente traduzido para a língua portuguesa por GUIARDELLO (1993, 2003) e tem como finalidade identificar as diferentes fontes de demandas de atenção a que o enfermeiro está exposto em seu ambiente de trabalho (Anexo I). Sua construção teve como base o referencial teórico de atenção e demandas de atenção (CIMPRICH, 1992a,b; KAPLAN e KAPLAN, 1993).

É composto por 39 situações agrupadas nos quatro domínios: Psicológico, Comportamental, Ambiente Físico e de Informação. Possui dois tipos de medidas: freqüência e intensidade. A primeira indaga ao enfermeiro sobre a freqüência com que vivenciou uma determinada situação. O sujeito é solicitado a responder em uma escala do tipo *Likert*, com cinco alternativas de respostas: “nenhuma vez”, “raramente” (1 dia), “poucas/algumas vezes” (1-2 dias), “ocasionalmente/moderada” (3-4 dias) e “muitas vezes/o tempo todo” (5-7 dias), com uma pontuação que variava de 1 a 5.

Na segunda, o enfermeiro é solicitado a responder o quanto de esforço mental aquela determinada situação exigiu de si, utilizando uma escala de medida do tipo analógica visual que varia de zero a 100 milímetros.

A pontuação dos itens do instrumento pode ser obtida de duas formas: a primeira, pelo cálculo da freqüência e intensidade para cada uma das situações de demanda e a segunda, pelo score total resultante do cálculo da média da freqüência multiplicado pela média da intensidade para cada uma das situações de demanda.

É um instrumento que possui uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,91.

#### **4.4.2. Ficha de Identificação Pessoal e Profissional do Enfermeiro**

A ficha de identificação foi adaptada do estudo de GUIRARDELLO (1993, 2003) e contém informações sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros (ANEXO II)

#### **4.4.3. Percepção da Adequação do Ambiente de Trabalho**

Essa ficha foi desenvolvida por GUIRARDELLO (1993, 2003) e tem como objetivo avaliar a percepção do enfermeiro quanto à adequação do seu ambiente de trabalho (ANEXO III). Contém duas partes: a primeira solicita ao enfermeiro descrever a sua opinião quanto à adequação do ambiente físico (iluminação, controle da temperatura, sala de descanso para a equipe de enfermagem, instalações de banheiros e espaço de trabalho), apresentadas numa escala tipo analógica visual de “completamente adequada” a “completamente inadequada”, com valores de zero a dez centímetros.

A segunda indaga ao enfermeiro com que frequência, na última semana, “saiu de sua unidade para tomar um lanche ou refeição” e “teve tempo suficiente para intervalo de descanso”. Ambas as situações foram apresentadas numa escala tipo *Likert*, com as opções: “menos de um dia”, “1 a 2 dias”, “3 a 4 dias” e “5 a 7 dias” (ANEXO III).

#### **4.5. Estratégias para Análise da Confiabilidade e Validade do Instrumento.**

Calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach, para analisar a consistência interna das respostas aos itens do instrumento. Este coeficiente avalia a homogeneidade dos dados. Trata-se de um coeficiente que compara uma questão com a outra simultaneamente, e estima confiabilidade pela soma de elementos, sem a determinação da confiabilidade em elementos isolados.

O coeficiente alfa de Cronbach, por ser um índice de estimativa de consistência interna, utiliza informações sobre variância e covariância dos itens

por meio de fatores comuns (CRONBACH, 1951). Neste estudo, o alfa de Cronbach foi calculado para o total dos itens e para cada domínio.

Optou-se pela validade de constructo, realizada por meio da análise de fator, que confirma a acurácia do constructo desenvolvido teoricamente para examinar a validade do instrumento. Esse processo é tido como complexo e pode ser do tipo exploratório ou confirmatório. Realizaram-se os dois tipos de análises para o presente estudo. Complementando ainda o tratamento dos dados na análise de fator, estes foram submetidos a rotação ortogonal pelo método *Varimax*.

A análise de fator confirmatória, segundo HATCHER (1994) objetiva testar uma hipótese específica para a composição fatorial de um conjunto de variáveis por meio do Modelo de Equações estruturais para variáveis latentes. São realizados cálculos que testam a adequação do ajuste do modelo, verificando, assim, se os fatores explicam as correlações observadas entre as variáveis, conforme o modelo teórico proposto.

#### **4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa**

Inicialmente, obteve-se aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Comitê de Ética em Pesquisa de ambas as instituições participantes (Anexo IV, V e VI). Em seguida, obteve-se a autorização das gerentes de enfermagem para se consultar as escalas de trabalho e posterior coleta de dados.

Em ambas as instituições, todos os enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a fazer parte do estudo.

Aqueles que concordaram em participar do estudo foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), o qual foi preenchido em duas vias, tendo sido uma delas entregue ao participante. Em seguida, foram orientados sobre a forma de preenchimento do instrumento bem como a ficha de identificação.

#### **4.7. Procedimento de Coleta de Dados**

Após aprovação do projeto de pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNICAMP e de ambas as instituições participantes (Anexo IV, V e VI), consultaram-se as escalas de trabalho diária e mensal dos enfermeiros.

Previamente à abordagem dos enfermeiros, foram obtidas algumas informações junto aos gerentes de unidades no hospital A, identificando assim os enfermeiros que não atendiam aos critérios de inclusão. Para o hospital B, estas informações foram obtidas junto ao Serviço de Educação Continuada.

No hospital A, foram distribuídos 127 instrumentos e foi obtido o retorno de 96 (75%). No hospital B, foram distribuídos 80 instrumentos com retorno de 62 (77,5%). Foi entregue um envelope com os instrumentos (ANEXO I, II e III) e o Termo de Consentimento Livre e Informado para os enfermeiros que concordaram em participar do estudo.

A maioria dos enfermeiros que concordou em participar do estudo não pôde responder o instrumento no ato da entrega do mesmo, o qual foi entregue aos participantes em um envelope em mãos. Diante disso, foi agendado um horário para o recolhimento do mesmo. O tempo de preenchimento dos instrumentos variou de 15 a 25 minutos. Os dados foram coletados durante o período de fevereiro a maio de 2004.

#### **4.8. Tratamento e Análise Estatística dos Dados**

Na análise estatística dos dados foi utilizado o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System) versão 6.12.

Para descrever o perfil da amostra, segundo as variáveis do estudo, elaborou-se tabela de freqüência para as variáveis categóricas como sexo, estado civil e qualificação profissional e, para as variáveis contínuas, como idade, tempo de experiência profissional, número de vínculos empregatícios e carga horária de trabalho. Para análise comparativa entre as instituições com relação às variáveis

categóricas, utilizaram-se os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher e o Teste de Mann-Whitney, para variáveis contínuas. O teste Qui-Quadrado e o Teste de Mann-Whitney servem para comparar mais que uma variável.

Para a análise da confiabilidade do instrumento Demandas de Atenção Dirigida, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente Alfa de Cronbach é definido como um índice que estima a homogeneidade, ou seja, a consistência interna dos itens através das suas variâncias e covariâncias por meio de uma concentração de fatores comuns (CRONBACH,1951; CONTANDRIOPOULOS et al., 1999).

O Alfa de Cronbach varia de zero a 1,00, indicando baixa ou alta relação entre os itens, respectivamente (PEREIRA, 2001) e valores acima de 0,70 indicam uma consistência interna satisfatória (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Para a análise de fator confirmatória foram aplicados testes estatísticos como: a) o Teste Qui-Quadrado para a bondade de ajustes, que adotou valores significantes  $> 0,005$ ; b) o GFI (*Goodness of Fit Index*) com valores de aceitação  $\geq 0,85$ ; c) o AGFI (*GFI Adjusted for Degrees of Freedom*) com valores  $\geq 0,80$ ; d) o RMR (*Root Mean Square Residual*) com valores de aceitação  $\leq 0,10$ ; e) o CFI (*Bentler'S Comparative Fit Index*) com valor de aceitação  $\geq 0,90$  e f) o NNFI (*Bentler'S e Bonett'S Non-normed Index*) com valores de aceitação  $\geq 0,90$ .

Foram utilizados os testes de Wald e o do Multiplicador de Lagrange para se analisar a qualidade do ajuste dos dados aos fatores propostos. Para examinar a qualidade do ajuste dos dados aos fatores propostos, realizaram-se os testes de significância para as cargas fatoriais, nos quais valores de  $t > 1,96$  indicam que o item tem uma carga significativa dentro do fator. Foram realizados os testes de *Wald* para verificar se houve necessidade de exclusão de algum item, além do teste *Multiplicador de Lagrange*, que define a necessidade de realocação de um item para outro fator e proporciona uma melhor correlação entre os itens dentro do mesmo fator (HATCHER, 1994).

Para se comparar o julgamento dos enfermeiros no que se refere às demandas de atenção em relação às variáveis idade, qualificação profissional, estado civil, carga horária semanal e turno de trabalho foi utilizado o Teste Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p < 0,05$ .

---

## RESULTADOS

## 5.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros

Participaram do estudo 158 enfermeiros, sendo 96 (60,8%) enfermeiros provenientes da instituição A e 62 (39,2%) enfermeiros provenientes da instituição B. Esses dados estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. São Paulo, 2004. (n=158)

Características	Distribuição da amostra N (%)			
	Masculino 18 (11,4%)	Feminino 140 (88,6%)		
Idade (anos)	20-29 54 (34,2%)	30-39 67 (42,4%)	≥40 37 (23,4%)	
Estado Civil	Solteiro 81 (51,3%)	Casado 60 (38%)	Outros 17 (10,7%)	
Ano de graduação	1975-79 8 (5,1%)	80-89 32 (20,3%)	90-99 78 (49,4%)	≥2000 40 (25,3%)
Qualificação profissional	Graduação 38 (24,1%)	Especialização 114 (72,2%)	Mestrado 4 (2,5%)	Doutorado 2 (1,3%)
Vínculos empregatícios	1 126 (79,7%)		2 32 (20,3%)	
Horas de trabalho na última semana	< 40 57 (36,1%)	= 40 35 (22,2%)	> 40 66 (41,7%)	
Turno de trabalho	Manhã 64 (40,6%)	Tarde 41 (25,9%)	Noite 53 (33,5%)	

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que a maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (88,6%), solteira (51,3%), na faixa etária de 30 a 39 anos (42,4%). Possuíam um tempo de formação profissional de pelo menos 10 anos (49,4%), sendo a maioria com título de especialização (72,2%).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, observou-se que a maioria (79,7%) possuía apenas um vínculo. Com relação à carga horária de trabalho na última semana, a maioria relatou uma carga horária superior a 40 horas (41,7%). Já para o turno de trabalho, a maioria dos enfermeiros trabalhava

no turno da manhã (40,6%), seguido de 25,9% no período da tarde e 33,5% no plantão noturno.

A análise estatística demonstrou que não há diferenças significativas entre os enfermeiros das instituições A e B em relação às variáveis sexo, tempo de formação profissional e número de vínculos empregatícios. Contudo, quando comparadas às instituições, foi possível identificar diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis como estado civil e ano de graduação. Ou seja, houve um predomínio de enfermeiros casados na instituição A, enquanto que na instituição B a maioria eram solteiros ( $\chi^2= 9,76$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,008$ , Teste Qui-Quadrado).

No que se refere ao tempo de formação profissional (ano de graduação), a maioria dos enfermeiros possuía tempo de formação em torno de 10 anos. Quando comparadas as instituições, os enfermeiros da instituição A possuía, em média, dez anos de experiência profissional, enquanto que na instituição B a maioria possuía um tempo de formação profissional de três anos (Teste exato de Fisher  $p=0,004$ ). Os achados mostraram que na instituição A, a maioria dos enfermeiros são formados a partir da década de 90, tendo, assim, pelo menos dez anos de experiência profissional, enquanto que na instituição B a maioria são formados a cerca de três anos.

## **5.2 Percepção da Adequação do Ambiente de Trabalho do Enfermeiro**

No presente estudo, foi possível conhecer como o enfermeiro avalia o seu ambiente de trabalho e identificar a freqüência, na última semana, em relação ao período da pesquisa, com que o mesmo saiu da unidade para tomar lanche/refeição e se teve tempo suficiente para intervalo de descanso. Esses dados estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Média e desvio padrão dos escores relativos à percepção de adequação do ambiente de trabalho dos enfermeiros. São Paulo, 2004 (n=158).

<b>Características</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Luz natural	5,20	3,06
Controle de temperatura	4,95	2,85
Sala de descanso para a equipe de enfermagem	2,42	2,97
Instalações do banheiro da equipe de enfermagem	5,06	3,19
Espaço de trabalho	5,47	2,91

De acordo com a Tabela 2, verificou-se que para a maioria dos enfermeiros o seu ambiente de trabalho foi considerado adequado em relação às condições de iluminação natural, temperatura, instalações do banheiro para a equipe de enfermagem e espaço de trabalho. Porém, julgaram a disponibilidade da sala de descanso para a equipe de enfermagem como sendo inadequada (MA 2,42; DP 2,97).

Quando o enfermeiro foi indagado sobre com que frequência, na sua última semana, saiu da unidade para tomar lanche/refeição e se teve intervalo para descanso, 33,5% dos enfermeiros relataram não ter saído da unidade (<1 dia) para tomar lanche/refeição e 53,2% dos enfermeiros relataram não terem tido tempo suficiente de intervalo de descanso durante a sua jornada de trabalho.

Os achados apontaram alguns aspectos sobre a adequação do ambiente que podem ser reavaliados pelos administradores e gerentes de enfermagem de ambos os serviços.

### **5.3 Avaliação das Propriedades Psicométricas do Instrumento Demandas de Atenção Dirigida**

#### **5.3.1. Confiabilidade**

A confiabilidade do instrumento Demandas de Atenção Dirigida foi avaliada pela consistência interna, que é obtida neste tipo de análise pelo alfa de Cronbach. Este é um coeficiente que compara uma questão com a outra

simultaneamente e estima a confiabilidade pela soma de elementos sem a determinação da confiabilidade nos elementos isolados (PEREIRA, 2001).

Considerando-se os dados de agrupamento dos itens para a composição dos domínios, determinados por GUIARDELLO (2003), realizou-se o cálculo do coeficiente de consistência interna do instrumento para o total dos itens e para os quatro domínios: Ambiente Físico, Comportamental, Psicológico e de Informação. Os dados estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Consistência interna para o total de itens e domínios do instrumento Demandas de Atenção Dirigida, São Paulo, 2004.

<b>Domínio</b>	<b>Nº de Itens</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
Total	39	0,91
Ambiente Físico	12	0,82
Comportamental	12	0,81
Psicológico	12	0,79
Informação	3	0,46

Conforme a Tabela 3, observa-se uma alta consistência interna para o total dos escores ( $\alpha= 0,91$ ) e para os domínios: Ambiente Físico ( $\alpha=0,82$ ), Comportamental ( $\alpha= 0,81$ ), Psicológico ( $\alpha= 0,79$ ) e de Informação ( $\alpha= 0,46$ ).

Considerando a proposta teórica de reagrupamento dos domínios do instrumento por GUIARDELLO (2003), no qual sugere-se a realocação dos itens do domínio Informação por apresentar baixa consistência interna, esses itens foram realocados da seguinte maneira: dois itens no domínio Ambiente Físico e um item no domínio Comportamental, resultando-se em três domínios: Ambiente Físico, Comportamental e Psicológico. Realizou-se então, uma nova análise da consistência interna, considerando-se a sugestão de reagrupamento dos itens do domínio Informação. Os dados desta análise estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4.** Consistência interna dos itens e domínios do instrumento Demandas de Atenção Dirigida, São Paulo, 2004.

<b>Domínio</b>	<b>Nº de Itens</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
Total	39	0,91
Ambiente Físico	14	0,83
Comportamental	13	0,82
Psicológico	12	0,79

Conforme ilustrado na Tabela 4, o coeficiente de consistência interna também resultou em valores altos para o total de escores do instrumento ( $\alpha=0,91$ ) e para todos os três domínios: Ambiente Físico ( $\alpha=0,83$ ), Comportamental ( $\alpha=0,82$ ) e Psicológico ( $\alpha=0,79$ ). Diante desses resultados pode-se assegurar que a nova composição dos domínios demonstrou que o instrumento Demandas de Atenção Dirigida possui uma consistência interna satisfatória.

### **5.3.2. Validade**

Para este estudo, utilizou-se a análise de fator para avaliar a validade do instrumento Demandas de Atenção Dirigida. Trata-se de uma análise multivariada em busca da identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas, diferente da composição arbitrada pelo pesquisador na análise da confiabilidade do instrumento. Neste tipo de análise, os fatores identificados confirmam ou não o que o pesquisador arbitrou na composição desses. Utilizou-se, então, para este estudo, a análise de fator exploratória e a confirmatória.

#### **5.3.2.1 Análise de Fator Exploratória**

A análise de fator exploratória é similar a uma análise de regressão *stepwise*, na qual a variância do primeiro fator é controlada antes de iniciar o segundo fator. O primeiro passo para a análise de fator é baseado no desenvolvimento de uma matriz de correlação de pontuações para todas as

variáveis a serem incluídas na análise de fator propriamente dita. Segundo LOBIONDO WOOD e HABER (2001) a matriz de correlação mede a relação entre cada item e a escala total, ou seja, avalia-se a relação de cada item com os domínios.

É baseada em um modelo matemático, partindo de matrizes de correlações, e do método de extração. No presente estudo, a extração obedeceu ao critério de autovalores (*eigenvalue*) maiores que 1. O *eigenvalue* trata da variância total das medidas realizadas que podem ser explicadas pelo fator, ou seja, avalia a contribuição do fator em relação ao modelo construído pela análise de fator no qual valores mais baixos conotam uma pequena contribuição para o fator (PEREIRA, 2001).

Os dados das matrizes de correlação estão apresentados na Tabela 5 (Apêndice II). Trata-se de uma matriz composta de 39 linhas e 39 colunas, simétricas, em que os valores na diagonal são iguais a um, representando a relação do item com ele mesmo. Os demais valores na parte superior indicam a relação de cada item com os demais. Por exemplo, a correlação do item um com os 38 itens do instrumento.

Para avaliar a medida de adequação dos dados, realizou-se o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO-MSA). Trata-se de um teste que examina o ajuste dos dados utilizando todas as variáveis simultaneamente, o que resulta em informações resumidas sobre os dados. Quando as correlações parciais forem pequenas, o KMO terá valores próximos a 1, indicando uma perfeita adequação dos dados para a análise de fator (PEREIRA, 2001). Os dados das medidas de KMO estão apresentados na Tabela 6.

**Tabela 6.** Resultados das medidas MSA/KMO e auto-valores para Análise de Fator do Instrumento Demandas de Atenção Dirigida. São Paulo, 2004.

MEDIDA DE ADEQUAÇÃO DA AMOSTRA – MSA:						
Kaiser's Measure of Sampling Adequacy: Over-all MSA = 0,8282						
Maiores auto-valores e percentual explicado da variabilidade total						
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
AUTO-VALOR	10,30	3,02	2,39	1,92	1,63	1,37
% DE EXPLICAÇÃO	0,26	0,08	0,06	0,05	0,04	0,03
% ACUMULADA	0,26	0,34	<b>0,40</b>	0,45	0,49	0,53
	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
AUTO-VALORES	1,36	1,20	1,09	1,07	1,00	0,93
% DE EXPLICAÇÃO	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02
% ACUMULADA	0,56	0,59	0,62	0,65	0,67	0,70

Segundo PEREIRA (2001) valores acima de 0,80 indicam uma boa adequação dos dados para a análise de fator. Ao se adotar o critério de seleção para fatores com auto-valor maior que um, conforme Tabela 6, obteve-se onze fatores que explicam 67% da variabilidade total dos dados, o que não condiz com o recomendado pela literatura.

A literatura recomenda que a explicação da variabilidade seja de pelo menos 60%, porém para este estudo, em virtude do número de fatores serem maior que o aceito pela literatura, que é no máximo quatro, optou-se pela fixação dos itens em três fatores. Isto explica apenas 40% da variabilidade dos dados, porém com uma boa consistência interna para os domínios.

O segundo passo da análise de fator exploratória envolve a análise dos itens pela rotação ortogonal pelo método *Varimax*, que possibilita tornar estes itens o mais independente possível, agrupando-os segundo a afinidade com cada fator. No momento deste estudo, este agrupamento se dá de forma independente da arbitragem do pesquisador, o que gera uma carga de valor para cada item do instrumento. Estes valores são apresentados na Tabela 7.

**Tabela 7.** Distribuição das cargas dos fatores após rotação *Varimax*. São Paulo, 2004, (n=158).

SITUAÇÕES	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	0,70	0,31	-0,18
Necessidade de dar orientação à família	0,67	-0,03	-0,25
Necessidade de dar orientação ao paciente	0,63	-0,10	-0,00
Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos	0,62	0,13	0,19
Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas	0,54	0,19	0,31
Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente	0,54	0,30	0,22
Ausência do médico da unidade quando um paciente morre	0,54	0,04	0,26
Cuidar de paciente que necessitam de intenso apoio emocional	0,54	0,33	-0,06
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	0,51	0,28	0,20
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	0,51	0,17	0,18
Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado	0,47	0,36	0,16
Pessoas demais em sua unidade de trabalho	0,46	-0,00	0,24
Observar o sofrimento de um paciente	0,46	0,267	0,05
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	0,43	0,51	-0,02
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	0,42	0,41	0,13
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	0,40	0,18	0,29
Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos	0,40	0,10	0,40
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	0,40	0,30	0,20
Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas de enfermagem	0,35	0,25	0,18
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	0,35	-0,01	0,28
A morte de um paciente	0,32	0,01	0,70
Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar	0,30	0,54	0,02
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	0,28	0,34	-0,21
A morte do paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo	0,27	-0,02	0,54
Alto nível de barulho na unidade	0,25	0,26	0,27
Críticas de um médico	0,25	0,28	-0,01
Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas	0,17	-0,06	0,75
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	0,17	0,73	0,02
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham	0,15	0,78	-0,00
Conflito com um médico	0,12	0,23	0,12
Incerteza com relação a operação e funcionamento equipamento especializado	0,11	0,47	0,30
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade	0,09	0,82	0,07
Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente	0,08	0,23	0,64
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	0,08	0,44	-0,03
Quadro de funcionário e escalas de trabalho imprevisíveis	0,05	0,19	0,63
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	0,02	0,68	0,18
Rodízios para outras unidades que apresentaram um número reduzido de funcionários	-0,00	-0,01	0,65
Conflito com supervisor	-0,11	0,60	0,47
Críticas de um supervisor	-0,16	0,54	0,53

Os dados da Tabela 7, foram obtidos a partir da matriz de correlação, segundo o agrupamento dos itens mais correlacionados entre si.

A seguir, através da rotação ortogonal dos dados pelo método *Varimax*, ou seja, de variância maximizada que objetiva simplificar a estrutura do fator,

desenvolveu-se um novo agrupamento dos itens de acordo com a afinidade, formando, assim, os fatores. Esses fatores seguiram os critérios nominais do estudo de GUIRARDELLO (2003), sendo denominados de Domínio Ambiente Físico, Psicológico e Comportamental. A composição desses domínios, com a análise de fator e a rotação dos itens pelo método Varimax, são apresentados na Tabela 8.

**Tabela 8.** Composição dos fatores após a rotação ortogonal, São Paulo, 2004.

FATOR	CARGA	ITENS
Fator 1 (18 itens)	0,70	Cuidar de famílias com necessidades emocionais
	0,67	Necessidade de dar orientação à família
	0,63	Necessidade de dar orientação ao paciente
	0,62	Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos
	0,54	Ausência do médico quando um paciente morre
	0,54	Cuidar de pacientes que necessitam de intenso apoio emocional
	0,54	Informação inadequada do médico sobre a condição clínica do paciente
	0,53	Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas
	0,51	Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas
	0,51	Ausência do médico no início do atendimento de uma emergência
	0,47	Ambiente trabalho confuso e desorganizado
	0,62	Pessoas demais em sua unidade de trabalho
	0,46	Observar o sofrimento de um paciente
	0,42	Não saber o que dizer a um paciente ou a seu familiar sobre as condições do mesmo
	0,40	Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático
	0,40	Tomar uma decisão difícil com relação a uma paciente quando o médico não está
	0,35	Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas de enfermagem
	0,35	Conversa com um paciente sobre sua morte que se aproxima
Fator 2 (13 itens)	0,82	Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade
	0,78	Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham
	0,73	Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes
	0,68	Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade
	0,59	Conflito com um supervisor
	0,54	Críticas de um supervisor
	0,54	Sentimento de impotência diante de um paciente que não melhora
	0,51	Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente
	0,48	Incerteza com relação à operação e funcionamento de um equipamento especializado
	0,44	Discordância com relação ao tratamento de um paciente
	0,34	Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente
0,30	Críticas de um médico	
0,23	Conflito com um médico	
Fator 3 (8 itens)	0,75	Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas
	0,70	A morte de um paciente
	0,65	Rodízios para outras unidades que apresentaram um número reduzido de funcionários
	0,64	Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente
	0,63	Quadro de funcionários e escala de trabalho imprevisíveis
	0,54	A morte de um paciente com quem você desenvolveu um relacionamento próximo
	0,40	Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos
0,27	Alto nível de barulho na unidade	

Ao analisar a Tabela 8, observa-se que houve um agrupamento diferente do proposto no estudo de GUIRARDELLO (2003) quando resultou em três fatores, porém mantendo uma boa consistência interna. Para o Fator 1, o alfa de Cronbach foi de 0,87, para o Fator 2  $\alpha=0,83$  e para o Fator 3,  $\alpha=0,80$ . Percebe-se que no fator 1 houve uma aglomeração de seis itens que pertenciam ao domínio Ambiente Físico, quatro itens pertenciam ao domínio Comportamental e oito itens ao domínio Psicológico. No fator dois, nota-se que dois itens pertenciam ao domínio Ambiente Físico, nove itens pertenciam ao domínio Comportamental e dois itens ao domínio Psicológico. No fator três, seis itens pertenciam ao domínio Ambiente Físico e dois itens ao domínio Psicológico.

Foi estabelecido nesta nova composição a mesma denominação utilizada quando são fixados os itens em três fatores, ou seja, domínios Ambiente Físico, Comportamental e Psicológico, de acordo com a predominância dos itens.

### 5.3.2.2 Análise de Fator Confirmatória

Foi utilizada a Análise de fator confirmatória, via Modelo de Equações Estruturais para variáveis latentes (*Structural Equation Modeling for Latent Variables*) e parâmetros livres a serem estimados cargas fatoriais diferentes de zero para se testar a hipótese. Foram calculadas estatísticas para se testar a adequação do ajuste do modelo (*goodness of fit*), além de se verificar se os fatores explicam as correlações observadas entre as variáveis conforme o modelo teórico proposto. Esses resultados estão demonstrados na Tabela 9.

**Tabela 9.** Medidas de adequação do ajuste para o total dos itens pela análise de fator confirmatória. São Paulo, 2004.

Medidas de adequação do ajuste	Valores
Chi-Square=1981.3844      df=699      p-valor=	0,0001
Chi-Square Ratio	2,8346
Goodness of Fit Index (GFI)	0,5762
GFI Adjusted for Degrees of Freedom (AGFI)	0,5271
Root mean Square Residual (RMR)	71,8859
Bentler'S Comparative FIT index	0,5030
Bentler'S e Bonett's (1980) NFI	0,4731

Conforme a Tabela 9, nota-se que os resultados da análise de fator confirmatória para o instrumento Demandas de Atenção Dirigida revelaram que nenhum dos critérios de adequação de ajuste obteve valores aceitáveis para o modelo teórico proposto. No entanto, pela estimação das cargas de fatores, verifica-se que todos os valores foram significativos, o que indica um bom ajuste dos itens nos domínios propostos (HATCHER, 1994; ANDERSON e GERBIN, 1988).

Nota-se, ainda, que não houve indicação de retirada de nenhum item, mas houve indicação de re-alocação de alguns itens como: “sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar”; “incerteza com relação à operação e funcionamento de um equipamento especializado” e “tomar uma decisão difícil com relação a um paciente quando o médico não está disponível” ao domínio Comportamental e dos itens “quadro de funcionários e escala de trabalho imprevisíveis”; “informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente”; “ausência do médico da unidade quando um paciente morre”; “tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente” e “ausência do médico no início do atendimento de uma emergência” ao domínio Psicológico.

Os resultados obtidos com a análise de fator confirmatória sugerem que o instrumento Demandas de Atenção Dirigida deve passar por alguns ajustes e re-alocações de itens, apesar de ter obtido resultados que lhe conferem o estatus de ser um instrumento confiável e válido do ponto de vista psicométrico.

#### **5.4 Demandas de Atenção do Enfermeiro**

O presente estudo possibilitou identificar as situações de demandas de atenção do enfermeiro no seu ambiente de trabalho, as quais estão apresentadas na Tabela 10.

**Tabela 10. Média e desvio padrão da pontuação atribuída pelos enfermeiros às situações de demandas de atenção. São Paulo, 2004 (n=158).**

Situações	MA	DP
Observar o sofrimento de um paciente	51,6	31,7
Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas	39,6	25,6
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	39,6	29,7
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	39,4	30,3
Necessidade de dar orientação à família	39,1	27,7
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	38,9	30,6
Cuidar de paciente que necessitam de intenso apoio emocional	38,6	29,2
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	35,9	26,1
Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente	35,7	30,8
Necessidade de dar orientação ao paciente	35,1	27,3
Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas enfermagem	34,8	26,2
Alto nível de barulho na unidade	33,9	29,0
Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar	33,5	25,1
Quadro de funcionário e escalas de trabalho imprevisíveis	31,8	28,7
Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos	31,2	24,0
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	27,4	30,9
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham	25,1	30,0
Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos	23,2	26,7
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade	23,1	27,6
Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado	19,7	23,3
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	19,7	26,8
Rodízios para outras unidades que apresentam um número reduzido de funcionários	19,5	25,4
Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente	19,0	24,8
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	18,5	21,9
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	17,7	20,3
A morte de um paciente	17,6	20,6
Pessoas demais em sua unidade de trabalho	16,9	24,4
Críticas de um médico	16,2	24,1
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	15,6	19,1
Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas	15,3	19,2
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	15,1	24,4
Críticas de um supervisor	15,0	24,3
Incerteza com relação a operação e funcionamento de um equipamento especializado	14,2	15,9
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	14,0	21,3
A morte do paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo	13,7	18,9
Conflito com supervisor	12,5	23,3
Conflito com um médico	9,4	15,1
Ausência do médico da unidade quando um paciente morre	8,4	21,3
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	6,3	12,6

Conforme a Tabela 10, observa-se que as situações de demandas de atenção com maiores médias aritméticas foram: “observar o sofrimento de um paciente” (MA 51,6; DP 31,7), “muitas decisões rápida tiveram que serem tomadas” (MA 39,6; DP 25,6), “cuidar de famílias com necessidades emocionais” (MA 39,6; DP 29,7), “tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente” (MA 39,4; DP 30,3) e “necessidade de dar orientação à família” (MA 39,1; DP 27,7), as quais estão relacionadas ao domínio Psicológico e Comportamental.

Quando se analisou se havia diferenças no julgamento das situações de demandas entre os enfermeiros e as variáveis sóciodemográficas, foi possível verificar diferenças estatisticamente significantes no que se refere: à idade, à qualificação profissional, ao estado civil, ao turno de trabalho e à carga horária semanal.

Para a variável **idade**, os dados mostraram diferenças estatisticamente significantes para duas situações de demandas de atenção. Os enfermeiros na faixa etária de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos relataram maior demanda de atenção para as situações “foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático” ( $p= 0,045$ , Kruskal-Wallis) e “falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham” ( $p=0,024$ , Kruskal-Wallis), quando comparados aos enfermeiros com idade superior a 40 anos (Tabela 11, Apêndice III).

Os dados mostraram diferenças significativas no julgamento de duas situações de demanda no que se refere à **qualificação profissional**. Para este estudo, foram utilizadas apenas duas categorias: graduação e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

A situação “paradas cardíacas tiveram que ser atendidas” foi julgada por requerer maior demanda de atenção para os enfermeiros com pós-graduação ( $p=0,012$ ; Mann-Whitney) enquanto que, a situação “falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes” foi julgada como aquela que requer maior demanda de atenção para o grupo dos enfermeiros com apenas

graduação quando comparadas ao grupo com alguma titulação ( $p=0,027$ ; Mann-Whitney), (Tabela 12, Apêndice IV)

Os dados também possibilitaram identificar diferenças significativas estatisticamente quanto ao **estado civil** e as situações de demandas de atenção. As situações “múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas” (MA 39,8; DP 25,2;  $p\text{-valor}=0,030$ ) e “paradas cardíacas tiveram que ser atendidas” (MA 19,3; DP 19,7;  $p\text{-valor}=0,015$ ) foram apontadas pelos enfermeiros solteiros como aquelas que requeriam maior demanda de atenção quando comparados as demais categorias (Tabela 13, Apêndice V).

A **carga horária** de trabalho semanal apresentou diferenças estatisticamente significantes para muitas das situações de demandas de atenção no ambiente de trabalho do enfermeiro (Tabela 14, Apêndice VI).

O grupo de enfermeiros que relatou ter cumprido uma carga horária semanal igual ou superior a 40 horas, julgou maior demanda de atenção para 17 situações. Essas situações de demandas encontram-se apresentadas na Tabela 14 (Apêndice VI). Pode-se exemplificar algumas das demandas como: “observar o sofrimento de um paciente” (MA 57,8;  $p\text{-valor}$  0,001), “tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente” (MA 43,3;  $p\text{-valor}=0,049$ ), “muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas (MA 44,2;  $p\text{-valor}=0,001$ ), “foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático” (MA 43,1;  $p\text{-valor}=0,021$ ), “quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente” (MA 39,3;  $p\text{-valor}=0,045$ ).

Os dados do estudo também mostraram que existem diferenças na percepção das demandas de atenção pelos enfermeiros em relação aos turnos de trabalho. Para os enfermeiros que trabalham no período da tarde a situação “pessoas demais na unidade de trabalho” foi apontada como aquela que requer maior demanda de atenção quando comparado aos enfermeiros dos demais turnos de trabalho (MA 10,0; DP 15,4;  $p\text{-valor}= 0,028$ ), (Tabela 15, Apêndice VII).

Apesar das diferenças expostas, os resultados apontam uma avaliação psicométrica (confiabilidade e validade) do instrumento Demandas de Atenção

Dirigida como satisfatória. Em relação à percepção da adequação do ambiente de trabalho pelo enfermeiro e o julgamento das situações de demandas de atenção, os resultados obtidos neste estudo, revelam a intensa exposição a que o enfermeiro é submetido diariamente em seu ambiente de trabalho.

---

## DISCUSSÃO

## 6.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros

A apresentação das principais características sociodemográficas objetivou exclusivamente contextualizar o perfil dos enfermeiros frente aos fenômenos estudados. Com a finalidade de estabelecer uma maior caracterização da amostra, algumas das variáveis estudadas foram apresentadas numa análise geral e entre as instituições estudadas.

Os resultados obtidos neste estudo confirmam um predomínio do gênero feminino e segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, o contingente de enfermeiros em atividades hospitalares no município de São Paulo corresponde a 92,5% de enfermeiros do sexo feminino (COREn, 2004).

Alguns autores enfatizam que mesmo em instituições onde há um predomínio de mulheres, as relações de gênero e poder nas instituições hospitalares, são tradicionalmente patriarcais pois, as posições hierárquicas mais elevadas são ocupadas por médicos do sexo masculino, enquanto que posições intermediárias são ocupadas por mulheres (SEBRANT, 1998; FARIAS e VAITSMAN, 2002).

A idade média dos enfermeiros apontou para um grupo adulto jovem, com tempo de formação que possibilita visualizar perfeitamente as necessidades e demandas que a profissão exige no seu cotidiano de trabalho.

Outro aspecto importante dos achados no presente estudo foi o título de especialização relatado pela maioria dos enfermeiros (72,2%), o que sugere uma busca de qualificação profissional em função das exigências do mercado de trabalho. BASTOS (2002) enfatiza quanto à importância da qualificação e atualização profissional serem constantes devido a complexidade dos pacientes, do avanço tecnológico e terapêutico na área da saúde.

Mesmo que a maioria dos enfermeiros tenha relatado apenas um vínculo empregatício, os dados sugerem que, devido a necessidade do serviço ou

às chances de se obter uma melhoria no seu rendimento salarial, esses enfermeiros optaram por realizar uma carga horária superior ao estabelecido pelo seu contrato de trabalho.

Em relação à carga horária de trabalho semanal realizada pelos enfermeiros, os achados demonstraram o cumprimento de uma carga horária superior a 40 horas semanais (41,7%), dados esses que corroboram com o estudo de LINO (2004) que descreve o excesso da carga horária de trabalho somado a outras atividades cotidianas do enfermeiro como mediadores potenciais de desequilíbrios na saúde física e mental, além de desajustes na vida social e familiar desses profissionais.

Uma carga horária excessiva sem horário de descanso pode criar dificuldade para o enfermeiro em lidar com as situações do dia-a-dia no seu ambiente de trabalho, pois poderá exigir do mesmo um aumento da CDA para a tomada de decisão e resolução de problemas no exercício de suas funções.

Quanto ao turno de trabalho, os dados mostraram uma proximidade de percentual de enfermeiros no turno da manhã e da noite em relação ao turno da tarde. Esses dados reforçam que a demanda e a dinâmica de trabalho diferem quanto aos turnos, expondo o enfermeiro a diferentes fontes de demandas de atenção. Por exemplo, atender determinadas solicitações médicas para auxiliar no diagnóstico e tratamento do paciente bem como, atender às necessidades dos familiares durante o período de visita podem variar de um turno para outro e de unidade para unidade.

A influência dos turnos sobre o trabalho da enfermagem é tida como negativa, e reflete diretamente sobre aspectos fisiológicos, o relacionamento familiar, social e lazer, o que pode favorecer a fadiga e insatisfação profissional (MARZIALE e ROZESTRATEN, 1995).

Nota-se que a caracterização dos enfermeiros deste estudo, mostra-se homogênea, com alguns aspectos semelhantes aos estudos recentes desenvolvidos na área de enfermagem descritos acima.

## 6.2. Percepção da Adequação do Ambiente de Trabalho do Enfermeiro

O ambiente de trabalho nas instituições de saúde públicas ou privadas pode não atender às necessidades dos profissionais de saúde que ali permanecem por longas horas de trabalho, caracterizando-se muitas vezes pela inadequação do espaço físico, com problemas de ventilação e até de desconforto físico.

Destaca-se a importância de permanecer em um ambiente que seja, compatível com as necessidades desses profissionais, pois a percepção do indivíduo sobre o seu ambiente de trabalho poderá influenciar de maneira negativa na sua CDA para aspectos importantes durante o exercício de suas atividades.

Este estudo avaliou a percepção do enfermeiro em relação ao seu ambiente de trabalho quanto aos aspectos físicos como iluminação, temperatura, disposição de banheiros e sala de descanso para a equipe de enfermagem, além do próprio espaço de trabalho. Dentre essas situações, a sala de descanso para a equipe de enfermagem foi julgada como sendo inadequada pela maioria dos enfermeiros (MA 2,42). Esse resultado permite subsidiar futuras discussões sobre esses aspectos, minimizando as fontes de demandas de atenção relacionadas ao ambiente de trabalho dos enfermeiros.

Quando indagados sobre a frequência de saída da unidade para tomar lanches ou refeições, os dados revelaram que 33,5% dos enfermeiros não saíram nenhum dia da unidade com esta finalidade. Contudo, sabe-se que em jornadas diárias de trabalho superior a seis horas, fazem-se necessários intervalos para refeições, conforme estabelecido pelas leis trabalhista vigente. Esta constante exposição pode resultar para esse profissional em um aumento do esforço mental para lidar com as atividades do trabalho.

Quanto ao intervalo suficiente para descanso, os enfermeiros destacaram que 53,2% deles não tiveram tempo suficiente para isso. Destaca-se que a falta de possibilidades de intervalo para descanso ou atendimento das necessidades básicas do enfermeiro pode acarretar em conseqüências para si

mesmo no que se refere ao desempenho de suas atividades profissionais, principalmente, em ambientes de cuidados que requerem muita demanda de atenção.

Alguns autores destacam determinados fatores geradores de estresse profissional para o enfermeiro decorrentes de condições físicas inadequadas, sobrecarga de trabalho, relacionamentos conflituosos e exigências do próprio trabalho (REIS e CORREA, 1990; LINO, 2004).

Já COOPER e BANGLIONI (1988) atribuem esses fatores à carga de trabalho, falta de recursos, relações hierárquicas e a ambigüidade do papel do enfermeiro. Para BARSTOW (1980), SILVA e BIANCHI (1992) as atividades administrativas, independentemente da área de atuação dos enfermeiros, são tidas como elementos estressores do trabalho do enfermeiro.

### **6.3. Avaliação das Propriedades Psicométricas do Instrumento Demandas de Atenção Dirigida**

#### **6.3.1. Confiabilidade**

Num primeiro momento, realizou-se a análise da consistência interna do instrumento Demandas de Atenção Dirigida, fixando-o em quatro fatores, conforme estudo de GUIRARDELLO (2003). Os dados resultaram em alta consistência interna satisfatória para o total dos itens ( $\alpha=0,91$ ) e para todos os domínios: Ambiente Físico ( $\alpha=0,82$ ), Comportamental ( $\alpha=0,81$ ), Psicológico ( $\alpha=0,79$ ), exceto para o domínio Informação ( $\alpha=0,46$ ); e foram semelhantes aos achados de GUIRARDELLO (2003) que procura explicar o baixo coeficiente para o domínio Informação devido à sua composição de apenas três itens.

Num segundo momento, realizou-se a análise da consistência interna do instrumento conforme o proposto teórico por GUIRARDELLO (2003) no qual sugere-se o reagrupamento dos itens do domínio Informação aos demais domínios, adotando-se critérios de definição teóricos e ficando, assim, estabelecido em três domínios: Ambiente Físico, Comportamental e Psicológico.

Nesse reagrupamento, dois itens foram incluídos no domínio Ambiente Físico e um item ao domínio Comportamental.

Esses dados também resultaram em alta consistência interna para o total dos itens ( $\alpha=0,91$ ) e para os três domínios Psicológico ( $\alpha=0,79$ ), Ambiente Físico ( $\alpha=0,83$ ) e Comportamental ( $\alpha=0,82$ ) o que demonstrou alta confiabilidade do instrumento.

### **6.3.2. Validade**

Para avaliar a validade de constructo do instrumento Demandas de Atenção Dirigida, utilizou-se a análise de fator exploratória e confirmatória.

#### **6.3.2.1. Análise de Fator Exploratória**

A análise de fator exploratória gerou uma matriz de correlação entre todas as variáveis demonstrando, assim, a correlação de cada item com o total dos itens do instrumento.

Avaliou-se, ainda, a medida de adequação dos dados pelo teste de *Kaiser- Meyer - Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO-MSA), obtendo-se um valor de 0,82, o que indica uma boa adequação dos dados para se realizar a análise de fator. Porém, quando foi adotado o critério de seleção para fatores com auto-valor maior que um, fixando em três fatores, essa explicação da variabilidade dos dados corresponde a apenas 40%, quando o recomendado pela literatura é que haja pelo menos 60% da variabilidade (PEREIRA, 2001). Entretanto, para o presente estudo, foram considerados o número de fatores e sua consistência interna obtida pelo alfa de Cronbach.

Após a verificação da adequação dos dados, os mesmos foram submetidos à rotação pelo método *Varimax*, o que possibilitou torná-los o mais independente possível e foram agrupados de acordo com suas afinidades de cargas de valores, não mais de acordo com sua composição teórica. Esses dados

originaram-se a partir das matrizes de correlação e agrupam os itens mais correlacionados entre si.

Conforme dados apresentados pela composição dos fatores após rotação ortogonal (fixada em três fatores), verificou-se que a composição dos fatores foi diferente do proposto teórico por GUIRARDELLO (2003) que mostra uma alocação de alguns itens que não correspondem ao domínio pré estabelecido.

### **6.3.2.2. Análise de Fator Confirmatória**

A análise de fator confirmatória revelou que nenhum dos critérios de adequação de ajuste obtiveram valores aceitáveis para o modelo teórico proposto, porém a estimação das cargas de fatores apresentaram-se com valores significativos, o que indica um bom ajuste do item dentro do domínio proposto. Os testes aplicados não indicaram a exclusão de algum item, somente uma realocação dos mesmos aos domínios existentes. Destaca-se a importância de reavaliar a denominação dos domínios em estudos futuros.

Quanto à avaliação das propriedades psicométricas confiabilidade e validade do instrumento Demandas de Atenção Dirigida foram consideradas satisfatórias, o que lhe confere o estatuto de um instrumento de alta confiabilidade e válido para ser aplicado junto a enfermeiros de diferentes instituições hospitalares.

### **6.4. Demandas de Atenção do Enfermeiro**

O presente estudo permitiu identificar as situações de demandas de atenção junto aos enfermeiros. As situações que exigiram uma maior demanda de atenção desses enfermeiros foram: “observar o sofrimento de um paciente”, “muitas decisões rápidas tiveram que serem tomadas”, “cuidar de famílias com necessidades emocionais”, “tempo insuficiente para dar apoio a um paciente” e

“necessidade de dar orientação à família”, sendo relacionadas ao domínio Psicológico e Comportamental.

Ainda neste estudo, foram avaliadas as situações de demandas de atenção comparadas às variáveis sociodemográficas como a idade, a qualificação profissional, o estado civil, o turno e a carga horária de trabalho.

Os dados do estudo possibilitaram verificar diferenças estatisticamente significantes no que se refere a **faixa etária** dos enfermeiros frente a algumas das demandas vivenciadas por eles no seu ambiente de trabalho. Ou seja, aqueles com idade entre 20 e 29 anos julgaram maior demanda de atenção para a situação “foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, como trabalho burocrático” quando comparado aos enfermeiros das demais faixas etárias. Já os enfermeiros com idades entre 30 e 39 anos julgaram maior demanda de atenção para a situação “falta de oportunidades de falar francamente sobre os problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham” quando comparado aos enfermeiros das demais faixas etárias.

Esses achados sugerem que as situações de demanda de atenção requeridas pelos enfermeiros diferem segundo a faixa etária, nos quais os enfermeiros mais jovens e com pouca experiência profissional relatam dificuldades em lidar com situações que estão diretamente ligadas à assistência direta ao paciente, pois exigem dos mesmos tomada de decisão e estabelecimento de prioridades. Os enfermeiros numa faixa etária mais alta possuem uma maior percepção das necessidades de cuidados dos pacientes, tornando-se mais críticos e exigentes, o que pode ser explicado pela experiência profissional que resulta numa visualização mais objetiva da dinâmica de trabalho do enfermeiro.

Outro aspecto interessante do estudo foi revelado quando se considera a **qualificação profissional** dos enfermeiros com algum tipo de pós graduação (especialização, mestrado e doutorado) que julgaram alta demanda de atenção para a situação “paradas cardíacas tiveram que ser atendidas”. Tal resultado pode ser atribuído ao fato de que, com a especialização do cuidado e a busca de novos conhecimentos, esse aperfeiçoamento pode repercutir na forma e na qualidade da

prestação do cuidado, além de reavaliar os critérios de atendimento às situações de emergências de forma mais rigorosa em função deste aperfeiçoamento da prática de enfermagem.

No que diz respeito, ainda, ao aspecto qualificação profissional a situação “falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes”, foi destacada por requerer maior demanda de atenção no grupo dos enfermeiros que só possuíam a graduação em enfermagem, onde podemos concluir que o vínculo enfermeiro-paciente pode ser fortalecido com a busca de novos conhecimentos ou atualização profissional e promove uma abertura de novos horizontes na prática do cuidado.

Esses dados reforçam a ênfase dada por BORK (2003) sobre a necessidade da instituição identificar manobras ou instrumentos que permitam aos enfermeiros buscarem melhorias individuais nas instituições as quais pertencem, o que reflete diretamente no seu trabalho e na equipe como um todo.

Um dos meios de se atingir tais melhorias pode ser exemplificado pelos estudos de BENNER (1985, 1992) quando propõe classificar os enfermeiros em níveis, segundo o conhecimento clínico. Essa classificação pode interferir diretamente sobre o resultado final do cuidado prestado, pois é influenciada de acordo com o nível de conhecimento técnico-científico, a contextualização dos problemas e das soluções, as habilidades, o dinamismo e a tomada de decisão entre outros aspectos.

Os dados do presente estudo também apontam diferenças estatisticamente significantes com relação ao **estado civil**. Os enfermeiros solteiros julgaram maior demanda de atenção para as situações “múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas” e “paradas cardíacas tiveram que ser atendidas” quando comparados às demais categorias.

A **carga horária** de trabalho constitui-se em fontes de demandas de atenção e diferenças estatisticamente significantes foram demonstradas neste estudo para aqueles enfermeiros que realizam carga horária superior a 40 horas semanais. Esses enfermeiros julgaram 17 situações como fontes de maiores

demandas, das quais destacam-se: “observar o sofrimento de um paciente”, “muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas”, “tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente”, “foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático” e “quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente”. Essas situações estão relacionadas aos domínios Psicológico e Ambiente Físico.

MARZIALE e ROZESTRATEN (1995) afirmam que uma carga horária de trabalho excessiva pode desencadear a fadiga mental nos profissionais, acarretando em alterações na concentração, distúrbios do sono, desconforto físico, aumento das reações à luz e ruídos, sintomas estes mais comuns em enfermeiros do plantão noturno, seguidos dos enfermeiros do plantão da manhã e da tarde.

Esses achados podem refletir na falta de preparo desses profissionais em lidar com situações de morte ou agravamento do quadro dos pacientes sob seus cuidados, o que reflete em seus relacionamentos com o próprio paciente e seus familiares. Questões administrativas também demandam maior atenção para esse grupo de enfermeiros que trabalham mais que 40 horas semanais, principalmente questões relacionadas aos recursos humanos e ao próprio espaço de trabalho.

O trabalho dos enfermeiros, principalmente de unidades de cuidados críticos, é marcado pela ambigüidade entre o sofrimento e o prazer que não advêm apenas do cuidar, mas também da não valorização do seu trabalho. Essa desvalorização do trabalho do enfermeiro muitas vezes é atribuída ao reconhecimento excessivo do trabalho médico pelo próprio paciente e até por seus familiares (SHIMIZU e CIAMPONE, 1999).

A demanda de trabalho para esses enfermeiros, embora com diferentes enfoques, pode afetar de forma negativa a percepção que este profissional pode ter do seu contexto de trabalho, principalmente quando associado à falta de recursos humanos em sua equipe de trabalho (LINO, 2004).

Alguns autores enfatizam que a carga horária de trabalho excessiva e o próprio trabalho do enfermeiro são tidos como alarmantes e podem ser uma importante causa da deterioração da qualidade da assistência de enfermagem (MARZIALE, 2001); gerador de ansiedade (BARROS et al, 2003); sofrimento psíquico (BECK, 2000); estresse ocupacional (BARSTOW,1980); SILVA e BIANCHI (1992); MARTINO e MISKO (2004), desgaste profissional e gerador de insatisfação profissional (LAUTERT, 1997).

BIANCHI (2000) constatou que não é real a crença de que o estresse profissional de enfermeiros de unidades críticas é vivenciado de forma mais intensa quando comparado aos enfermeiros de outras unidades. Os enfermeiros de unidades abertas relataram alto nível de estresse devido ao relacionamento com outras unidades e supervisores, à assistência prestada ao paciente, à coordenação das atividades na unidade e às condições de trabalho para o desenvolvimento de suas atividades.

Diante desses achados, reiteramos a importância de se identificarem as fontes de demandas de atenção do enfermeiro em seu ambiente de trabalho, visando minimizar as conseqüências negativas dessa excessiva exposição que pode refletir na sua prática diária e prejudicar, assim, o planejamento e execução de novas atividades voltadas ao cuidar.

---

**CONCLUSÃO**

Considerando se os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

*Quanto à caracterização sociodemográfica dos enfermeiros:*

- A maioria (92,5%) dos enfermeiros é do sexo feminino, com idade entre 30 e 39 anos (42,4%) e 51,3% de solteiros. Possuem um tempo de formação profissional pelo menos dez anos de formado (49,4%). A maioria (72,2%) possuía algum tipo de especialização em enfermagem e com apenas um vínculo empregatício (79,7%), porém cumprindo uma carga horária superior a 40 horas semanais (41,7%). Em relação ao turno de trabalho, a maioria pertencia ao turno da manhã (40,6%).

*Quanto à percepção do enfermeiro sobre a adequação do seu ambiente de trabalho:*

- Julgaram adequação para aspectos do ambiente físico como iluminação, temperatura, disposição de banheiros e espaço de trabalho. Por outro lado, julgaram inadequação quanto a disponibilidade da sala de descanso para a equipe de enfermagem.
- Quanto a frequência com que saiu da unidade para lanche ou refeições, os dados mostraram que 33,5% dos enfermeiros não saíram nenhum dia para determinada tarefa, tendo mantido uma carga horária de trabalho diária sem intervalos para refeições, descumprindo, assim, o que preconiza as leis trabalhistas vigentes atualmente.
- Em relação ao tempo de intervalo de descanso dos enfermeiros ser ou não suficiente, 53,2% desses enfermeiros relataram não ter tido tempo nenhum para tal, o que pode acarretar em uma maior exposição do profissional às diferentes fontes de demandas de atenção.

*Quanto às propriedades psicométricas confiabilidade e validade do instrumento Demandas de Atenção Dirigida:*

- A análise da consistência interna do instrumento Demandas de Atenção Dirigida resultou em um coeficiente alfa de Cronbach satisfatório para o total de itens do instrumento e para todos os domínios quando adotado o critério de composição teórica dos mesmos. Esses valores foram de  $\alpha=0,91$  para o total dos itens e para os domínios: Ambiente Físico ( $\alpha=0,83$ ), Comportamental ( $\alpha=0,82$ ) e Psicológico ( $\alpha=0,79$ ).
- A validade de constructo foi obtida pela análise de fator. Apesar da medida de adequação da amostra ter alcançado valor satisfatório (MSA=0,82), o critério de seleção de fatores com auto-valor maior que um explicou apenas 40% da variância quando os itens foram fixados em três fatores, o que difere do recomendado pela literatura.
- Com a rotação ortogonal pelo método *Varimax*, foi possível verificar que quando fixados os itens em três fatores, houve um agrupamento de itens diferentemente do que foi estabelecido teoricamente, ou seja, o agrupamento não se deu exclusivamente por itens pertencentes àquele domínio e, sim, por afinidades de cargas.
- Pela análise de fator confirmatória, verificou-se que nenhum dos critérios de adequação de ajuste obteve valores aceitáveis para o modelo teórico proposto. No entanto, pela estimação das cargas dos fatores verificou-se que todos os valores foram significativos, o que indica um bom ajuste dos itens nos domínios propostos. Os resultados obtidos com esta análise não indicam exclusão de nenhum item, somente algumas realocações

*Quanto às situações de demandas de atenção julgadas pelos enfermeiros:*

- Dentre as situações de maior demanda julgadas por eles destacam-se: "Observar o sofrimento de um paciente", "muitas decisões rápida

tiveram que ser tomadas”, “cuidar de familiar com necessidades emocionais”, “tempo insuficiente para dar apoio a um paciente” e “necessidade de dar orientação à família”.

- Este estudo possibilitou ainda verificar que algumas situações apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto ao seu julgamento pelos enfermeiros, relacionando-as às variáveis sócio-demográficas como a idade, o estado civil, a qualificação profissional e a jornada de trabalho. Diante disto conclui-se:
  - Os enfermeiros com idade até 29 anos relataram maior demanda de atenção para a situação “foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático” e os enfermeiros na faixa etária de 30 a 39 anos julgaram a situação “falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham” como situações de maior demanda de atenção;
  - Os enfermeiros com maior qualificação profissional, ou seja, que possuíam pós graduação, julgaram a situação “paradas cardíacas tiveram que ser atendidas” como aquela que exigiam maior demanda de atenção. Já os enfermeiros que possuíam somente graduação julgaram a situação “falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes” como fonte de maior demanda de atenção;
  - Quanto ao estado civil, apenas os enfermeiros solteiros julgaram situações de maiores demandas de atenção. São elas: “múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas” e “paradas cardíacas tiveram que ser atendidas”. Essas situações foram agrupadas nos domínios Psicológico e Ambiente Físico.
  - Em relação à carga horária semanal cumprida pelos enfermeiros, as situações de demanda foram estatisticamente significantes apenas para os enfermeiros com carga horária superior a 40 horas, quando comparadas as demais categorias. Esse

juízo permitiu identificar 17 situações que exigiam uma maior demanda de atenção em seu ambiente de trabalho. Essas situações eram pertencentes aos domínios Ambiente Físico e Psicológico.

- Quanto ao turno de trabalho, os enfermeiros do turno da tarde estão mais expostos às diferentes demandas de atenção em seu ambiente de trabalho quando comparados aos demais turnos.

Destaca-se que o instrumento Demandas de Atenção Dirigida, preservou suas propriedades psicométricas como confiabilidade e validade, possibilitando, assim, identificar as diferentes fontes de demandas de atenção a que o enfermeiro está exposto.

As conclusões a que se chegou podem fornecer um re-pensar do próprio ambiente de trabalho aos gerentes e administradores dos serviços de saúde, visando minimizar essas fontes de demandas.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. **Tese (Cátedra)**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1966, 117 p.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ANDERSON, J. C.; GERBIN, D. W. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. **Psychol Bulletin**, 103, 411-423.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZEZ, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, 37(4), 424-33, 2003.

BARROS, A . L. B. L.; HUMEREZ, D.C.; FAKIH, F. T.; MICHEL, J. L.M. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev Lat Am Enfermagem**, 11(5), 585-92, 2003.

BARSTOW, J. Stress variance in hospice nursing. **Nurs Outlook**, 28(12), 751-4, 1980.

BASTOS, M. A R. O saber e a tecnologia: mitos de um Centro de Tratamento Intensivo. **Rev Lat Am Enfermagem**, 10 (2), 131-6, 2002.

BECK, C. L. C. O processo de viver, adoecer e morrer: vivências com familiares de pacientes internados em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, 10 (3), 118-137, 2000.

BENNER, P. Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. **ANS**, 8 (1), 1-14, 1985.

BENNER, P. Uncovering the wonders of skilled practice by listening to nurse's stories. **Crit Care Nurs**, 4, 83-89, 1992.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev Esc Enf USP**, 34 (4), 390-4, 2000.

BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão á ação**. São Paulo: Guanabara – Koogan, 2003.

CAPELLA, B. B.; FARIA, E. M.; GELBCKE, F. L.; SPRICIGO, J. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. **Rev Bras Enferm**, 41 (2), 161-8, 1988.

CIMPRICH, B. Attentional fatigue following breast cancer surgery. **Res Nurs Health**, 15, 1992a.

CIMPRICH, B. A theoretical perspective on attention and patient education. **Adv Nurs Science**.14 (3): 39-51, 1992b.

CIMPRICH, B. Age and extent of surgery affect attention in women treated for breast cancer. **Res Nurs Health**, 21, 229-238, 1999a.

CIMPRICH, B. Development of an intervention to restore attention in cancer patitents. **Cancer Nurs**, .16 (2), 83-92, 1993.

CIMPRICH, B. et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. **Oncol Nurs Forum**, 21 (1), 23-36, 1994.

CIMPRICH, B. Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast câncer. **Cancer Nurs**, 22 (3), 185-194, 1999b.

CIMPRICH, B.; RONIS, D. L. Attention and symptom distress in women with and without breast cancer. **Nurs Res**, 50 (2), 86-94, 2001.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. [www.corensp.org.br](http://www.corensp.org.br), 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A . P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. 3ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1999.

COOPER, C. L.; BANGLIONI, A . J. JR. A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health. **Br J Med Psychol**, 61, 87-102, 1988.

COX, T. The nature and measurement of stress. **Ergonomics**, 28 (8), 1155-63, 1985.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, 16, 1951, p. 297-334.

FARIAS, L. O; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad Saúde Pública**, 18(5), 1229-41, 2002.

GUIRARDELLO, E. B. Factors in the critical care and medical surgical environments that increase requirements for direct attention. **Master of science**. School of Nursing of the University of Wisconsin, Madison, 1993.

GUIRARDELLO, E. B. **Situações no ambiente de trabalho que requerem atenção dirigida do enfermeiro**. In: Encontro Internacional de Pesquisa em enfermagem: trajetória espaço temporal de pesquisa, novembro de 2002, Águas de Lindóia, SP. Anais de CD Room.

GUIRARDELLO, E. B. Requerimento para atenção dirigida do enfermeiro: validação de um instrumento. **Relatório Fapesp**, 2003.

GUIRARDELLO, E. B.; SOUZA, F. A .E. F. Mensuração da atenção dirigida do enfermeiro: comparação entre três métodos psicofísicos. **Rev Lat Am Enfermagem**, 8 (3), 108-114, 2000.

- HATCHER, L. A Step-by-Step approach to using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling. SAS Intitute Inc., Cary, 1994, NC, USA.
- HOPKINSON, J. B.; HALLETT, C. E.; LUKER, K. A. Caring for dying people in hospital. *J Adv Nurs*, 44 (5), 525-533, 2003.
- HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- JAMES, W. **The principles of psychology.** New York, 402-458, vol. 1, 1890.
- JANSEN, D. A.; CIMPRICH, B. Attentional impairment in persons with multiple sclerosis. *J Neurosc Nurs*, 26 (2), 95-102, 1994.
- JANSEN, D. A.; KELLER, M. L. Identifying the attentional demands perceived by elderly people. *Rehab Nurs*, 23 (1), 12-20, 1998.
- JANSEN, D. A.; KELLER, M. L. Cognitive function in community dwelling elderly womem. Attentional demands and capacity to direct attention. *J Geront Nurs*, 29 (7), 34-43, 2003.
- KAPLAN, S.; KAPLAN, R. **The experience of nature: a psychological perspective,** Cambridge University Press, 1989.
- KAPLAN, S. The restorative benefits on nature: toward and integrative framework. *J Environ Psychol*, 15, 169-182, 1995.
- KAPLAN, S.; KAPLAN, R. **Cognition and environment: functioning in an uncertain world.** Ulric', 1983.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gauch Enf*, 18(2), 133-44, 1997.

- LESACK, M. D. The problem of assessing executive functions. *Int J Psychol*, 17, 281-297, 1982.
- LETHO, R. H.; CIMPRICH, B. Anxiety and directed attention in women awaiting breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*, v 26 (4), 767-772, 1999.
- LINO, M. M. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. *Tese* (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 223 p. 2004.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**, 4<sup>a</sup> ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 330.
- MARTINO, M. M. F.; MISKO, M. D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Rev Esc Enf USP*, 38 (2), 161-7, 2004.
- MARZIALE, M. H. P.; ROZESTRATEN, R. J. A. Turnos alternantes; fadiga mental de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*, 3(1), 59-78, 1995.
- MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem *Rev Lat Am Enfermagem*, 9 (3), 1, 2001.
- PADILHA, K. G. Dês-cuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as iatrogenias de enfermagem. *Tese* (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994, 190 p.
- PAFARO, R. C; MARTINO, M. M. F. de. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enfermagem USP*, 38 (2), 152-60, 2004.

PEIXOTO, M. R. B. A prioridade, o isolamento e as emoções: estudos etnográficos do processo de socialização em um CTI. **Tese (Doutorado)**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996, 270 p.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de Dados Qualitativos – estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: EDUSP, 2001.

PETTERSON, M. Reduced noise levels in ICU promote rest an healing. **Crit Care Nurs**, 20 (5), 104, 2000.

PITTA, A. M. Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. **J Bras Psiquiatria**, 41 (1), 43-50, 1992.

PONTES, L. Demandas de Atenção Dirigida em paciente submetidos a transplantes de medula óssea. **Dissertação**. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004,133p.

REAM, E.; RICHARDSON, A. From theory to practice: designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. **Onc Nurs Forum**, 26 (8), 1295-1303, 1999.

REIS, J. N.; CORREA, A K. Unidade de emergência: stress e comunicação. **Anais 2º. Simpósio Bras Comunicação em Enfermagem**, Ribeirão preto, 1990.

SANTOS, M. S; TREVISAN, M. A. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. **Nursing**, 52, 2002, 23-28.

SEBRANT, U. Being female in a health care hierarchy. **Scand J Caring Sci**, 13, 153-158, 1999.

SHIMIZU, H E. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em UTI. **Dissertação (Mestrado)**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996, 122p.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev Esc Enf USP**, 33 (1), 95-106, 1999.

SILVA, A .; BIANCHI, E. R. F. Estresse ocupacional da enfermeira de central de material. **Rev Esc Enf USP**, 26 (1), 65-74, 1992.

STARK, M. A . Nature as a complementary therapy for women. **JOGNN**, 30 (6), 574-578, 2001.

TENESSEN, C. M.; CIMPRICH, B. Views to nature: effects on attention. **J Environ Psychol**, 15, 1995, 77-85.

TOPF, M. Effects of personal control over hospital noise on sleep. **Res Nurs Health**, 15, 19-28, 1992.

TOPF, M. Hospital noise pollution: an environmental stress model to guide research and clinical interventions. **J Adv Nurs**, 31 (3), 520-28, 2000.

TOPF, M.; DAVIS, J. Critical care unit noise and rapid eye movement (REM) sleep. **Heart Lung**, 22 (3), 252-58, 1993.

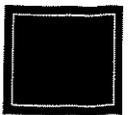
TOPF, M.; DILLON, E. Noise – induced stress as a predictor for burnout in critical care nurses. **Heart Lung**, 17(5), 567-73, 1988.

TOPF, M.; THOMPSON, S. Interactive relationship between hospital patients' noise-induced stress and other stress with sleep. **Heart Lung**, 30 (4), 237-243, 2001.

TREVISAN, M. A . **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: UNB, 1988.

WIDERQUIST, J. Character a Nightingale criterion for nursing leadership. **Nurs Management**, 7 (5), 5-7, 2000.

WINNINGHAM, M. L. et al. Fatigue and the cancer experience the state of the knowledge. **Oncol Nurs Forum**, 21 (1), 23-36, 1994.



---

**ANEXOS**

**ANEXO I**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**DEMANDAS DE ATENÇÃO DIRIGIDA**

**Instruções:**

Esta pesquisa indaga sobre situações que o(a) enfermeiro(a) pode vivenciar no ambiente de trabalho.

Cada situação tem uma resposta com duas partes:

1. Para cada situação, marque o quadrado que melhor descreve com que frequência ela ocorreu durante a *última semana*, sendo que as possibilidades são:

- nenhuma vez
- raramente (1 dia)
- ou algumas ou poucas vezes (1-2 dias)
- ou ocasionalmente ou uma quantidade moderada de vezes (3-4 dias)
- ou muitas vezes ou o tempo todo (5-7 dias)

2. Para cada situação *que você vivenciou*, coloque uma marca ao longo da linha no ponto que melhor descreve o quanto você sentiu que a experiência exigiu de você, ou o quanto de esforço foi necessário.

Exemplo:

sem esforço/  
nada exigente      \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_      Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

Se você respondeu "nenhuma vez" para uma situação, vá para o próximo item.

Se você vivenciou a situação (mesmo raramente), certifique-se de descrever o quanto ela exigiu de você ou quanto esforço foi necessário.

1. Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente      \_\_\_\_\_      Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

2. Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas de enfermagem.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente      \_\_\_\_\_      Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

3. Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

4. Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

5. Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

6. Necessidade de dar orientação ao paciente.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

7. Necessidade de dar orientação à família.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

8. Quadro de funcionários e escala de trabalho imprevisíveis.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

9. Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente.

<input type="checkbox"/> nenhuma vez	<input type="checkbox"/> raramente (1 dia)	<input type="checkbox"/> poucas/algumas (1-2 dias)	<input type="checkbox"/> ocasionalmente/moderada (3-4 dias)	<input type="checkbox"/> muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)
sem esforço/ nada exigente _____				Extremo esforço/ extremamente exigente

10. Rodízios para outras unidades que apresentou um número reduzido de funcionários.  
 nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

11. Alto nível de barulho na unidade.

nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

12. Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos.

nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

13. Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado.

nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

14. Pessoas demais em sua unidade de trabalho.

nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

15. Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos.

nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

16. Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar.

nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

17. Conversar com um paciente sobre sua morte, que se aproxima.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

18. A morte de um paciente.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

19. A morte de um paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

20. Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

21. Ausência do médico da unidade quando um paciente morre.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

22. Observar o sofrimento de um paciente.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

23. Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

24. Cuidar de pacientes que necessitavam de intenso apoio emocional.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

25. Cuidar de famílias com necessidades emocionais.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

26. Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

27. Ausência do médico no início do atendimento de uma emergência.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

28. Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

29. Incerteza com relação à operação e funcionamento de um equipamento especializado.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

30. Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

31. Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

32. Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

33. Conflito com um supervisor.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

34. Críticas de um supervisor.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

35. Dificuldade de trabalhar com um(a) determinado(a) enfermeiro(a) na unidade.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

36. Críticas de um médico.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

37. Conflito com um médico.

- nenhuma vez     raramente (1 dia)     poucas/algumas (1-2 dias)     ocasionalmente/moderada (3-4 dias)     muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente exigente

38. Discordância com relação ao tratamento de um paciente.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

39. Tomar uma decisão difícil com relação a um paciente quando o médico não está disponível.

- nenhuma vez       raramente (1 dia)       poucas/algumas (1-2 dias)       ocasionalmente/moderada (3-4 dias)       muitas vezes/ o tempo todo (5-7 dias)

sem esforço/  
nada exigente

Extremo esforço/  
extremamente  
exigente

**ANEXO II**  
**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

**Caracterização Sociodemográfica e Profissional do Enfermeiro**

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo Masculino  Feminino
3. Estado Civil: solteiro  Casado  Viúvo  Divorciado  Outros
4. Ano de graduação: \_\_\_\_\_
5. Qualificação profissional
- a.  especialista
  - b.  mestrado
  - c.  doutorado
6. Tipo de instituição:
- Privado     Público     Filantrópico
7. Número de vínculos empregatícios atualmente: \_\_\_\_\_
8. Carga horária:
- Mensal: \_\_\_\_\_ semanal: \_\_\_\_\_ diária: \_\_\_\_\_
9. Quantos **dias** você trabalhou durante a **última semana**:
- 1 dia    2 dias    3 dias    4 dias    5 dias    6 dias    7 dias
10. Quantas **horas** você trabalhou durante a **última semana**:
- até 6 horas    8 horas    12 horas    16 horas    20 horas    24 horas
- 28 horas    32 horas    36 horas    40 horas    44 horas    mais que 48 horas
11. Qual o **turno** que você trabalhou na última semana:
- manhã    Tarde    Noite

**ANEXO III**  
**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO QUANTO À ADEQUAÇÃO DO SEU**  
**AMBIENTE DE TRABALHO**

A) Por favor, para cada situação abaixo, coloque uma marca através da linha no ponto que melhor descreve sua unidade.

Completamente Inadequada      \_\_\_\_\_      Completamente adequada

1. Luz natural

Completamente Inadequada      \_\_\_\_\_      Completamente adequada

2. Controle de temperatura

Completamente Inadequada      \_\_\_\_\_      Completamente adequada

3. Sala de descanso para a equipe de enfermagem

Completamente Inadequada      \_\_\_\_\_      Completamente adequada

4. Instalações do banheiro da equipe de enfermagem

Completamente Inadequada      \_\_\_\_\_      Completamente adequada

5. Espaço de trabalho

Completamente Inadequada      \_\_\_\_\_      Completamente adequada

B) Para cada situação, marque o quadrado que melhor descreve com que frequência na última semana, você:

1. Saiu de sua unidade para tomar um lanche ou refeição  
 Menos de 1 dia     1-2 dias     3-4 dias     5-7 dias

2. Teve tempo suficiente para intervalo de descanso  
 Menos de 1 dia     1-2 dias     3-4 dias     5-7 dias

## ANEXO IV



UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

(0\_19) 3788-8936

FAX (0\_19) 3788-8925

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

[cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

CEP, 17/02/04.

(Grupo III)

**PARECER PROJETO: N° 618/2003**

### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: "DEMANDAS DE ATENÇÃO DIRIGIDA EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA"**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Luciana Soares Costa Santos

**INSTITUIÇÃO:** UTI/R.B.S.P.B. - Hospital São Joaquim e UTI/Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo-SP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 15/12/2003

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 17/02/05

### **II – OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivo geral examinar as situações que demandam atenção dirigida do enfermeiro de UTI. Específico: 1. Examinar as principais situações na prática diária do enfermeiro de UTI, que requerem atenção dirigida; 2. Avaliar a confiabilidade do instrumento, bem como a sua consistência interna.

### **III - SUMÁRIO**

A população a ser estudada é composta por todos os enfermeiros que trabalham nas UTIs de ambos os hospitais que concordem em participar do estudo. Nos anexos são apresentados: um questionário que deverá ser respondido pelos profissionais participantes do projeto; dados de identificação e Termo de Consentimento.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O protocolo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estão adequados, não havendo nenhuma restrição no que tange a Resolução 196/96 CNS-MS e suas complementares.

### **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 complementares, 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.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## 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 o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do 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)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de fevereiro de 2004.

  
Prof. Dra. *Carmen Silvia Bertuzzo*  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

**ANEXO V**

**Hospital Beneficência Portuguesa**

**Diretoria Clínica**

**Comitê de Ética em Pesquisa**

**Rua Maestro Cardim, 769 - São Paulo**

**Telefone 3253.5022**

**Análise de Projeto de Pesquisa**

**CEPesp 215/04**

Ref.: Protocolo n.º 215/04

Demandas de atenção dirigida em enfermeiros da unidade de terapia intensiva.

Pesquisadora: Luciana Soares Costa Santos.

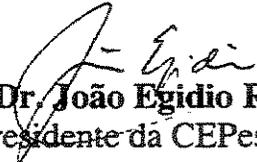
Prezada Senhora,

Informamos que a Comitê de Ética em Pesquisa – CEPesp-BP, analisou o Protocolo de Pesquisa acima mencionado, bem como o termo de consentimento), em reunião no dia 28 de janeiro de 2004, tendo concordado com os pareceres emitidos pelos Relatores designados, optando por:

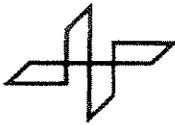
**Aprovar**

Solicitamos que envie a esta Comissão em 6 (seis) meses relatório sumário dos resultados preliminares ou definitivos obtidos.

São Paulo, 28 de janeiro de 2004

  
**Prof. Dr. João Egidio Romão Júnior**  
Presidente da CEPesp-BP

## ANEXO VI



HOSPITAL ALEMÃO  
OSWALDO CRUZ

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARECER

PROTOCOLO DE PESQUISA N.º 058/03 Data de entrada: 14/11/2003  
PARECER N.º 15/03 Data do parecer: 19/12/2003

Título do protocolo:

Título da Pesquisa: DEMANDAS DE ATENÇÃO DIRIGIDA EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador Responsável: En<sup>ª</sup> Sarah Marília Bucchi

Pesquisador Principal: En<sup>ª</sup> Luciana Soares Costa Santos

#### CONSIDERAÇÕES:

Em reunião do CEP, realizada dia 08/12/03, referente ao projeto de pesquisa Demandas de atenção dirigida em enfermeiros de Unidade de terapia Intensiva, mediante análise da documentação enviada pela pesquisadora e análise do mesmo, decidiu-se considerar o projeto de pesquisa aprovado.

( X ) APROVADO

( ) APROVADO COM RECOMENDAÇÕES

( ) REPROVADO

( ) COM PENDÊNCIAS - OBS.: a ausência de resposta em 60 dias, acarretará em arquivamento do processo por falta de interesse do pesquisador.

TEMÁTICA ESPECIAL

SIM X NÃO

CONEP

SIM X NÃO

SVS (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA)

SIM X NÃO

Lembramos aos pesquisadores a necessidade de relatórios trimestrais, relatório final e manter o CEP - HAOC informado de toda "alteração" ou "emenda" ao referido projeto, e de todo e qualquer efeito adverso.

José Marcio Neves Jorge  
CRM 55.371

Dr. Flávio Jota de Paula  
Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa - HAOC



## **APÊNDICE**

## APÊNDICE I TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do projeto:** "Demandas de atenção no ambiente de trabalho dos enfermeiros "

**Responsável pelo projeto:**

Luciana Soares Costa Santos  
Prof<sup>a</sup> Dra. Edinêis de Brito Guirardello

### **1. Justificativa da pesquisa**

A presença do enfermeiro nas unidades de saúde é de fundamental importância. Contudo, este profissional está constantemente exposto a diversos eventos como o barulho intenso dessas unidades, a rotina desgastante de trabalho, as luzes constantemente acesas, a gravidade do estado dos pacientes, o relacionar-se com os familiares aflitos e solicitantes, além da necessidade de lidar com a morte e ter a sensação de impotência diante dela, fatores que podem interferir diretamente na sua capacidade de direcionar atenção.

Diante disto, o problema deste estudo é avaliar as demandas de atenção dos enfermeiros, partindo do pressuposto que estes estão constantemente alterando sua capacidade de direcionar atenção em virtude de que o ambiente de trabalho pode interferir na qualidade do cuidado prestado.

### **2. Objetivos da pesquisa**

- Avaliar as situações que demandam atenção dirigida do enfermeiro.

### **3. Procedimentos a que será submetido**

Estamos realizando um estudo para identificar as principais demandas de atenção dirigida para os enfermeiros. Solicitamos sua colaboração em participar deste estudo, respondendo a um questionário.

#### 4. Aspectos éticos

Não haverá qualquer risco em sua participação neste estudo. Os resultados desta pesquisa poderão trazer informações importantes para que possamos minimizar as fontes de demandas de atenção no ambiente de trabalho dos enfermeiros. Todas as informações obtidas serão sigilosas e confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, preservando sempre a sua identidade.

#### 5. Outras informações

Não haverá compensação financeira ou custos decorrentes de sua participação no estudo, pois a mesma é de caráter voluntário. Caso você não tenha interesse em participar, isto não acarretará nenhum prejuízo às suas atividades profissionais.

Você estará livre para desistir a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isso também prejudique o seu trabalho. Poderá tirar todas as dúvidas, mesmo aquelas que apareçam durante o estudo, havendo o compromisso do pesquisador em respondê-las.

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, ....., idade ..... anos,  
RG....., concordo em participar do presente estudo, após estar ciente dos propósitos da pesquisa, sendo a minha participação totalmente voluntária.

São Paulo, ..... de .....2004.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Ass. Pesquisador:.....  
Luciana Soares Costa Santos  
Fone (011) 32715625  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
Caixa postal 6111 – 13083-970, Campinas, SP  
(0—19) 3788-8936 / fax 3788-8925  
cep@fcm.unicamp.br

## APÊNDICE II

**Tabela 5. Matriz dos coeficientes de correlação para Análise de Fator, São Paulo, 2004.**

ITENS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
1	1,000	0,334	0,221	0,170	-0,045	0,052	0,068	-0,022	-0,174
2	0,334	1,000	0,100	0,110	-0,056	-0,101	0,110	0,054	0,277
3	0,221	0,100	1,000	0,165	0,043	0,033	0,020	0,015	0,148
4	0,170	0,110	0,165	1,000	0,222	0,308	-0,170	0,200	-0,141
5	-0,045	-0,057	0,043	0,222	1,000	-0,030	0,088	-0,110	0,177
6	0,052	-0,101	0,033	0,308	-0,030	1,000	0,628	-0,079	0,042
7	0,069	0,110	0,020	-0,170	0,088	0,628	1,000	0,048	-0,140
8	-0,021	0,054	0,015	0,200	-0,110	-0,079	0,048	1,000	0,437
9	-0,174	0,276	0,148	-0,141	0,177	0,042	-0,140	0,437	1,000
10	0,093	-0,109	0,104	-0,092	0,073	0,013	-0,062	0,281	0,155
11	0,120	-0,043	-0,045	-0,057	0,023	-0,014	0,029	0,091	0,054
12	0,147	0,039	-0,159	0,183	0,082	-0,129	0,097	-0,006	0,104
13	-0,160	0,078	0,181	0,042	-0,057	0,001	-0,040	-0,028	0,014
14	-0,040	-0,009	0,025	-0,050	0,004	0,095	-0,040	-0,019	-0,012
15	0,092	-0,013	0,058	-0,055	0,070	0,019	0,175	0,160	-0,045
16	0,169	-0,197	-0,050	0,190	-0,148	0,027	-0,058	-0,009	0,180
17	0,100	-0,020	-0,057	-0,054	-0,000	0,195	-0,277	0,027	-0,014
18	0,020	-0,021	0,053	0,005	0,404	0,132	-0,152	0,075	-0,032
19	0,004	-0,040	-0,052	-0,008	0,019	-0,124	0,073	0,025	0,014
20	-0,020	0,025	0,022	-0,148	-0,122	0,109	0,072	-0,047	0,153
21	0,119	-0,092	-0,090	-0,003	-0,008	-0,047	-0,017	-0,001	0,010
22	-0,163	-0,044	0,032	0,002	0,102	-0,053	0,024	-0,140	-0,020
23	-0,079	0,191	0,200	-0,037	-0,009	-0,037	-0,010	-0,030	0,071
24	0,081	-0,134	-0,218	0,165	-0,221	0,223	0,788	-0,779	0,173
25	-0,870	0,222	0,780	0,170	-0,040	-0,259	0,305	-0,062	-0,030
26	-0,089	0,092	0,063	0,115	-0,113	-0,194	0,172	-0,084	-0,033
27	-0,027	-0,052	0,197	0,032	0,028	0,052	0,034	-0,055	-0,030
28	-0,071	-0,011	0,037	-0,007	0,047	0,130	-0,052	0,083	-0,044
29	-0,093	0,050	0,005	-0,001	-0,029	0,045	-0,199	-0,042	0,051
30	-0,020	-0,074	0,041	-0,008	-0,027	-0,041	0,068	0,101	0,003
31	0,161	-0,082	0,040	-0,195	0,008	0,171	-0,245	0,004	-0,037
32	-0,011	0,019	0,020	0,133	0,019	-0,003	0,023	0,003	-0,032
33	0,165	0,057	-0,181	-0,193	0,107	-0,085	0,141	0,060	-0,021
34	-0,019	-0,050	0,031	0,260	0,110	-0,049	-0,072	-0,028	0,084
35	-0,108	0,079	-0,012	0,019	-0,133	-0,091	0,154	-0,080	0,003
36	-0,117	0,118	0,263	-0,185	0,041	0,077	-0,090	-0,010	-0,231
37	0,072	-0,001	-0,095	-0,027	-0,047	-0,047	0,029	-0,051	0,078
38	-0,019	0,022	-0,035	0,042	0,019	-0,094	-0,018	0,197	-0,042
39	0,031	0,062	-0,093	0,093	0,164	0,057	0,002	0,019	-0,120

Cont. Tabela 5

Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19
0,093	0,120	0,147	-0,160	-0,040	0,092	0,169	0,100	0,020	0,004
-0,109	-0,043	0,039	0,078	-0,010	-0,013	-0,197	-0,020	-0,021	-0,040
0,104	-0,045	-0,159	0,181	0,025	0,058	-0,050	-0,057	0,053	-0,052
-0,092	-0,057	0,183	0,042	-0,050	-0,055	0,190	-0,054	0,005	-0,009
0,073	0,023	0,082	-0,057	0,004	0,070	-0,148	-0,001	0,404	0,019
0,013	-0,014	-0,129	0,001	0,095	0,019	0,026	0,195	0,132	-0,124
-0,062	0,029	0,097	-0,040	-0,040	0,175	-0,058	-0,277	-0,152	0,073
0,281	0,091	-0,007	-0,028	-0,019	0,160	-0,010	0,027	0,075	0,025
0,155	0,054	0,104	0,014	-0,0128	-0,045	0,180	-0,014	-0,032	0,014
1,000	-0,041	0,098	-0,060	0,020	0,051	-0,003	0,067	0,010	-0,070
-0,041	1,000	0,260	0,290	0,081	-0,011	-0,087	0,014	-0,030	0,079
0,098	0,260	1,000	0,364	0,267	0,057	-0,210	0,050	0,134	-0,068
-0,060	0,290	0,364	1,000	-0,059	0,050	0,123	-0,119	-0,017	-0,123
0,020	0,081	0,267	-0,059	1,000	0,100	0,140	-0,069	0,012	0,021
0,051	-0,011	0,057	0,050	0,100	1,000	0,068	0,147	-0,027	-0,025
-0,003	-0,087	-0,210	0,123	0,140	0,069	1,000	-0,008	0,001	0,123
0,067	0,014	0,050	-0,119	-0,069	0,147	-0,008	1,000	-0,013	0,027
0,010	-0,030	0,134	-0,017	0,012	-0,265	0,001	-0,013	1,000	0,503
-0,070	0,079	-0,068	-0,123	0,021	-0,250	0,123	0,027	0,503	1,000
-0,091	-0,025	0,025	-0,023	-0,050	0,430	0,145	0,151	0,183	-0,001
0,040	-0,105	-0,125	0,234	0,084	0,063	-0,148	0,178	0,115	0,127
-0,075	0,042	0,227	-0,140	0,020	0,312	0,290	0,015	0,071	0,062
-0,150	-0,019	-0,006	0,044	0,068	0,034	0,159	0,075	-0,167	-0,125
0,179	0,078	-0,068	-0,073	-0,120	-0,043	-0,243	-0,048	0,135	-0,011
-0,002	-0,068	-0,114	0,141	0,211	0,063	-0,012	0,111	-0,101	0,023
0,098	0,293	-0,052	-0,242	-0,094	0,070	0,258	0,085	0,034	-0,053
0,029	-0,070	0,025	0,114	-0,050	-0,067	-0,067	0,049	0,017	0,104
-0,005	0,003	0,019	0,039	-0,030	-0,135	0,037	0,052	0,019	-0,021
-0,004	0,230	-0,125	-0,120	-0,047	0,119	-0,048	-0,195	0,219	-0,069
-0,153	-0,058	0,051	0,064	0,003	0,011	0,052	-0,143	-0,069	-0,024
0,009	-0,042	0,137	0,054	-0,150	-0,037	0,125	-0,020	-0,021	0,040
0,017	-0,011	-0,040	0,060	0,019	-0,031	-0,004	-0,098	-0,127	0,029
0,075	0,009	-0,077	0,079	0,047	-0,057	0,092	0,101	0,043	-0,031
0,1442	-0,010	-0,094	-0,051	0,027	0,020	-0,088	-0,073	-0,152	0,109
-0,103	0,053	0,052	0,005	-0,035	0,009	-0,005	0,197	0,268	-0,104
-0,067	0,020	0,162	0,030	-0,058	0,150	0,260	0,024	-0,024	0,039
0,068	-0,023	-0,063	-0,039	0,157	0,000	-0,170	-0,039	0,075	-0,114
-0,078	0,122	-0,129	-0,054	0,009	-0,125	0,110	-0,027	0,019	-0,129
0,080	-0,120	-0,087	0,188	0,150	-0,005	0,055	0,145	-0,015	0,124

Cont. Tabela 5

QT20	QT21	QT22	QT23	QT24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29
-0,020	0,120	-0,163	-0,079	0,081	-0,087	-0,089	-0,027	-0,070	-0,093
0,025	-0,092	-0,044	0,191	-0,134	0,122	0,092	-0,052	-0,011	0,050
0,022	-0,090	0,032	0,200	-0,218	0,079	0,063	0,197	0,037	0,005
-0,148	-0,003	0,002	-0,037	0,165	0,170	0,115	0,032	-0,007	-0,001
-0,122	-0,008	0,102	-0,009	-0,221	-0,040	-0,113	0,028	0,047	-0,029
0,109	-0,047	-0,053	-0,037	0,022	-0,259	-0,194	0,052	0,130	0,045
0,072	-0,017	0,024	-0,010	0,079	0,305	0,172	0,034	-0,052	-0,199
-0,047	-0,001	-0,140	-0,030	-0,078	-0,062	-0,084	-0,055	0,083	-0,042
0,153	0,010	-0,020	0,071	0,173	-0,030	-0,033	-0,030	-0,044	0,051
-0,091	0,040	-0,075	-0,150	0,179	-0,002	0,098	0,030	-0,005	-0,004
-0,025	-0,105	0,042	-0,019	0,078	-0,068	0,290	-0,070	0,003	0,230
0,025	-0,125	0,227	-0,007	-0,068	-0,114	-0,052	0,025	0,019	-0,125
-0,023	0,234	-0,140	0,044	-0,073	0,141	-0,242	0,114	0,039	-0,120
-0,050	0,084	0,020	0,068	-0,120	0,211	-0,094	-0,050	-0,030	-0,047
0,043	0,063	0,312	0,034	-0,043	0,063	0,070	-0,067	-0,136	0,119
0,145	-0,148	0,290	0,159	-0,243	-0,012	0,258	-0,067	0,039	-0,048
0,151	0,178	0,015	0,075	-0,048	0,111	0,085	0,049	0,052	-0,195
0,183	0,115	0,071	-0,167	0,135	-0,101	0,034	0,017	0,019	0,219
-0,001	0,127	0,062	-0,012	-0,011	0,023	-0,053	0,104	-0,021	-0,069
1,000	0,215	0,008	0,083	0,033	0,069	-0,031	0,021	0,069	-0,010
0,215	1,000	-0,098	0,144	-0,051	0,120	-0,005	0,235	0,343	0,049
0,008	-0,098	1,000	0,150	0,200	0,132	-0,092	-0,062	0,083	0,088
0,083	0,144	0,150	1,000	0,411	-0,189	-0,050	-0,001	-0,067	0,065
0,033	-0,051	0,200	0,411	1,000	0,440	-0,034	-0,012	0,005	-0,033
0,069	0,120	0,132	-0,189	0,440	1,000	0,087	0,113	0,091	0,014
-0,031	-0,005	-0,092	-0,050	-0,034	0,087	1,000	0,065	0,191	0,124
0,021	0,235	-0,062	-0,001	-0,012	0,113	0,065	1,000	-0,072	0,160
0,069	0,343	0,083	-0,069	0,005	0,091	0,191	-0,072	1,000	-0,043
-0,010	0,049	0,088	0,065	-0,033	0,014	0,124	0,160	-0,043	1,000
-0,120	0,108	0,080	0,060	-0,032	-0,011	0,142	-0,010	0,032	0,038
-0,013	-0,178	-0,048	0,057	0,003	0,244	-0,011	0,063	0,113	0,053
0,145	0,053	-0,030	-0,010	0,059	-0,118	0,071	-0,078	0,103	0,138
0,095	-0,097	-0,033	0,105	-0,087	0,080	-0,159	-0,092	0,081	0,188
0,060	0,034	0,037	-0,079	0,104	-0,174	-0,005	0,091	-0,052	-0,059
-0,129	-0,094	-0,082	0,093	-0,052	0,031	-0,047	-0,048	0,021	-0,052
-0,037	-0,101	-0,190	-0,087	0,167	0,141	-0,104	0,032	0,008	0,082
0,070	0,039	0,140	-0,022	-0,105	-0,170	0,161	0,039	0,070	0,005
0,164	-0,040	0,158	-0,098	0,092	-0,102	0,022	0,201	-0,010	-0,088
0,104	-0,088	-0,211	0,083	0,155	-0,041	-0,011	0,050	-0,044	0,164

Cont. Tabela 5

Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39
-0,020	0,161	-0,011	0,165	-0,019	-0,108	-0,117	0,072	-0,019	0,031
-0,074	-0,082	0,019	0,057	-0,050	0,079	0,118	-0,001	0,022	0,062
0,041	0,040	0,019	-0,181	0,031	-0,012	0,263	-0,095	-0,035	-0,093
-0,008	-0,195	0,133	-0,193	0,260	0,019	-0,185	-0,027	0,042	0,093
-0,027	0,008	0,019	0,107	0,110	-0,133	0,041	-0,047	0,019	0,164
-0,041	0,171	-0,003	-0,085	-0,049	-0,091	0,077	-0,047	-0,094	0,057
0,068	-0,245	0,023	0,141	-0,072	0,154	-0,090	0,029	-0,018	0,002
0,101	0,004	0,003	0,060	-0,028	-0,080	-0,010	-0,051	0,197	0,019
0,003	-0,037	-0,032	-0,021	0,084	0,003	-0,231	0,078	-0,042	-0,120
-0,153	0,009	0,017	0,075	0,144	-0,103	-0,067	0,068	-0,078	0,080
-0,058	-0,042	-0,011	0,009	-0,010	0,053	0,020	-0,023	0,122	-0,119
0,051	0,137	-0,040	-0,077	-0,094	0,052	0,162	-0,063	-0,129	-0,087
0,064	0,054	0,060	0,079	-0,051	0,005	0,030	-0,039	-0,054	0,188
0,003	-0,150	0,019	0,047	0,027	-0,035	-0,058	0,157	0,009	0,150
0,011	-0,037	-0,031	-0,057	0,020	0,009	0,150	0,008	-0,125	-0,005
0,052	0,125	-0,004	0,092	-0,088	-0,005	0,260	-0,170	0,110	0,005
-0,143	-0,020	-0,098	0,101	-0,073	0,197	0,024	-0,039	-0,027	0,145
-0,069	-0,021	-0,127	0,043	-0,152	0,268	-0,024	0,075	0,019	-0,016
-0,024	0,040	0,029	-0,031	0,109	-0,104	0,039	-0,114	-0,129	0,124
-0,120	-0,013	0,145	0,095	0,060	-0,129	-0,037	0,070	0,164	0,104
0,108	-0,178	0,053	-0,097	0,034	-0,094	-0,101	0,039	-0,040	-0,088
0,080	-0,048	-0,030	-0,033	0,037	-0,082	-0,190	0,140	0,158	-0,211
0,060	0,057	-0,001	0,105	-0,079	0,093	-0,087	-0,022	-0,098	0,083
-0,032	0,003	0,059	-0,087	0,104	-0,052	0,167	-0,105	0,092	0,155
-0,011	0,244	-0,118	0,080	-0,174	0,031	0,141	-0,170	-0,102	-0,041
0,142	-0,011	0,071	-0,159	-0,005	-0,047	-0,104	0,161	0,022	-0,011
-0,010	0,063	-0,078	-0,092	0,091	-0,048	0,032	0,039	0,201	0,050
0,032	0,113	0,103	0,081	-0,052	0,021	0,008	0,070	-0,010	-0,044
0,038	0,053	0,138	0,188	-0,059	-0,052	0,082	0,005	-0,088	0,164
1,000	0,411	0,035	0,179	0,017	-0,070	-0,047	0,003	0,160	0,235
0,411	1,000	0,302	0,043	0,058	0,199	-0,230	0,112	0,018	-0,030
0,035	0,302	1,000	-0,011	-0,043	0,302	0,229	-0,077	-0,128	-0,003
0,179	0,043	-0,011	1,000	0,630	-0,020	0,017	-0,057	-0,057	-0,075
0,016	0,058	-0,043	0,630	1,000	0,335	0,161	0,022	-0,053	-0,104
-0,070	0,199	0,302	-0,020	0,335	1,000	-0,113	0,057	0,192	0,089
-0,047	-0,230	0,229	0,017	0,161	-0,113	1,000	0,459	0,240	-0,130
0,003	0,112	-0,077	-0,057	0,022	0,057	0,459	1,000	-0,029	0,267
0,160	0,018	-0,128	-0,057	-0,053	0,192	0,240	-0,029	1,000	0,092
0,235	-0,030	-0,003	-0,075	-0,104	0,089	-0,130	0,267	0,092	1,000

### APÊNDICE III

**Tabela 11.** Situações de demandas de atenção comparadas às faixas etárias dos enfermeiros. São Paulo, 2004 (n=158).

SITUAÇÕES	20-29 MA n=54	30-39 MA n=67	≥40 MA n=37	p-valor*
Observar o sofrimento de um paciente	51,6	50,5	53,6	0,875
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	<u>43,3</u>	<u>41,3</u>	27,9	0,045
Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas	39,5	41,1	36,8	0,696
Necessidade de dar orientação à família	38,3	42,4	34,2	0,352
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	38,0	38,2	28,7	0,237
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	38,0	44,9	31,4	0,099
Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente	37,8	37,6	29,1	0,243
Necessidade de dar orientação ao paciente	36,7	35,9	31,2	0,551
Quadro de funcionário e escalas de trabalho imprevisíveis	36,0	32,5	24,2	0,283
Cuidar de pacientes que necessitam de intenso apoio emocional	35,9	40,7	39,0	0,616
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	35,5	44,0	37,8	0,313
Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas enfermagem	34,5	36,3	32,3	0,831
Alto nível de barulho na unidade	34,5	35,8	29,4	0,353
Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar	32,5	36,6	29,2	0,408
Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos	31,9	32,9	27,1	0,468
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	27,6	28,5	25,3	0,811
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham	<u>26,8</u>	<u>30,3</u>	13,4	0,024
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade	22,8	25,9	18,5	0,538
Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos	21,2	22,8	27,0	0,955
Críticas de um supervisor	20,8	13,9	8,4	0,065
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	20,2	16,7	15,3	0,243
Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente	19,9	19,1	17,4	0,790
Rodízios para outras unidades que apresentam um número reduzido de funcionários	19,4	20,6	17,9	0,803
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	19,2	14,3	13,0	0,396
Pessoas demais em sua unidade de trabalho	19,0	15,7	16,1	0,840
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	18,6	21,8	12,3	0,131
A morte de um paciente	17,5	15,9	20,9	0,585
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	17,3	22,9	17,6	0,534
Críticas de um médico	17,3	13,9	18,7	0,695
Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado	17,0	23,0	17,7	0,610
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	16,7	13,3	11,2	0,619
A morte do paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo	15,9	12,1	13,6	0,275
Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas	15,6	13,7	17,7	0,471
Conflito com supervisor	15	13,5	6,9	0,456
Incerteza com relação a operação e funcionamento equipamento especializado	14,6	13,0	15,8	0,425
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	12,1	18,2	13,9	0,196
Conflito com um médico	9,8	8,3	11,0	0,670
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	7,7	6,4	4,1	0,609
Ausência do médico da unidade quando um paciente morre	7,0	9,3	8,7	0,122

## APÊNDICE IV

**Tabela 12.** Situações de demandas de atenção comparadas à qualificação profissional dos enfermeiros. São Paulo, 2004 (n=158).

SITUAÇÕES	Graduação n= 38	Pós-Grad. n= 120	p-valor*
Observar o sofrimento de um paciente	47,7	52,8	0,423
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	42,0	38,5	0,448
Cuidar de pacientes que necessitam intenso apoio emocional	41,1	37,9	0,426
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	40,6	38,3	0,597
Muitas decisões rápidas tomadas	38,0	40,1	0,739
Necessidade de dar orientação à família	37,2	39,7	0,580
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	36,2	35,8	0,874
Necessidade de dar orientação ao paciente	35,5	35,0	0,832
Quadro de funcionários insuficiente	35,3	35,8	0,820
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	34,1	41,4	0,223
Alto nível de barulho na unidade	33,8	33,9	0,856
Tempo insuficiente para completar tarefas de enfermagem	33,7	35,1	0,492
Quadro de funcionário e escalas imprevisíveis	33,7	31,2	0,435
Execução de procedimentos dolorosos para os pacientes	30,6	31,4	0,844
Sentimento de impotência diante do paciente que não melhora	30,1	34,5	0,442
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com pessoas que nela trabalham	30,1	23,6	0,091
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	28,6	27,1	0,634
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	27,0	17,4	0,027
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos	26,6	22,0	0,098
Informação inadequada de um médico sobre condições do paciente	22,4	17,9	0,790
Ambiente cheio de materiais e equipamentos	21,6	23,7	0,998
Rodízios de setor	19,6	19,5	0,480
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	18,7	18,4	0,877
Críticas de um médico	18,5	15,4	0,650
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	17,9	17,6	0,769
Críticas de um supervisor	17,0	14,3	0,137
Incerteza com relação à operação e ao funcionamento de equipamento especializado	16,4	13,5	0,238
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	16,3	115,5	0,536
Ambiente confuso ou desorganizado	16,0	20,9	0,447
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	15,0	13,7	0,539
Conflito com supervisor	14,9	11,7	0,255
A morte de um paciente	13,1	19,1	0,075
Pessoas demais na unidade	11,6	18,6	0,140
A morte do paciente com quem você desenvolveu relacionamento próximo	10,7	14,7	0,418
Conflito com um médico	9,6	9,4	0,725
Paradas cardíacas atendidas	9,3	17,2	0,012
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	9,3	16,9	0,088
Ausência do médico na unidade quando um paciente morre	8,9	8,2	0,385
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	4,8	6,8	0,120

\*p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação entre os níveis de qualificação profissional

## APÊNDICE V

**Tabela 13.** Situações de demandas de atenção comparadas ao estado civil. São Paulo, 2004 (n=158).

SITUAÇÕES	Solteiro n= 81	Casado n= 60	Demais n=17	p- valor*
Observar o sofrimento de um paciente	56,0	47,5	44,6	0,209
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	41,0	37,5	38,1	0,761
Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente	40,9	30,4	29,8	0,096
Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas	40,3	39,1	37,5	0,895
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	39,9	41,4	32,3	0,659
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	39,8	30,1	37,8	0,030
Necessidade de dar orientação à família	38,0	44,6	25,1	0,073
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	37,7	39,9	40,3	0,922
Quadro de funcionário e escalas de trabalho imprevisíveis	36,8	26,8	25,4	0,181
Alto nível de barulho na unidade	36,6	30,2	33,8	0,711
Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar	36,0	32,5	24,6	0,236
Cuidar de pacientes que necessitam de intenso apoio emocional	35,9	43,4	34,9	0,173
Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas de enfermagem	35,3	35,3	30,3	0,853
Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos	35,1	27,8	24,8	0,082
Necessidade de dar orientação ao paciente	32,1	40,1	31,6	0,135
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	30,4	26,5	16,5	0,499
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham	25,1	24,9	25,9	0,941
Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos	24,9	21,4	22,0	0,687
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade	22,7	23,0	25,3	0,984
Rodízios para outras unidades que apresentam um número reduzido de funcionários	22,6	17,5	11,9	0,494
Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado	21,2	17,4	20,8	0,550
A morte de um paciente	21,1	13,8	14,4	0,096
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	21,1	18,6	17,1	0,979
Pessoas demais em sua unidade de trabalho	19,8	14,9	10,2	0,635
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	19,4	18,0	15,6	0,994
Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas	19,3	11,0	11,4	0,015
Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente	19,2	21,6	8,7	0,376
Críticas de um supervisor	19,1	10,4	11,6	0,100
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	17,1	19,0	15,6	0,626
A morte do paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo	16,9	12,1	4,8	0,071
Conflito com supervisor	16,2	9,1	6,7	0,143
Críticas de um médico	16,2	16,2	15,9	0,859
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	15,7	17,7	8,3	0,053
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	14,3	16,8	12,8	0,346
Incerteza com relação à operação e ao funcionamento de equipamento especializado	14,3	13,8	15,2	0,896
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	14,3	14,2	12,0	0,711
Conflito com um médico	10,1	9,8	4,8	0,509
Ausência do médico da unidade quando um paciente morre	8,8	7,7	8,8	0,564
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	7,9	4,8	4,1	0,735

\* p-valores referentes ao teste de Kruskal-Wallis para comparação entre as categorias estado civil.

## APÊNDICE VI

**Tabela 14.** Situações de demandas de atenção dos enfermeiros comparadas as horas trabalhadas semanalmente. São Paulo, 2004 (n=158).

SITUAÇÕES	<40 horas n= 57	> 40 horas n= 101	p-valor*
Observar o sofrimento de um paciente	40,6	57,8	<0,001
Necessidade de dar orientação à família	36,5	40,6	0,282
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	33,7	43,0	0,053
Cuidar de pacientes que necessitam de intenso apoio emocional	33,3	41,6	0,105
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	32,6	37,8	0,190
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	32,3	43,3	0,049
Necessidade de dar orientação ao paciente	32,0	36,8	0,176
Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas	31,3	44,2	0,001
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	31,2	43,1	0,021
Alto nível de barulho na unidade	30,7	35,6	0,213
Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas de enfermagem	30,1	37,4	0,100
Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente	29,3	39,3	0,045
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	26,5	28,0	0,917
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham	25,9	24,7	1,000
Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar	24,8	38,3	<0,001
Quadro de funcionário e escalas de trabalho imprevisíveis	23,6	36,4	0,006
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade	22,8	23,3	0,507
Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos	22,3	36,3	<0,001
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	21,5	18,7	0,937
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	18,1	17,4	0,534
Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos	17,1	26,7	0,014
Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado	17,1	21,2	0,120
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	16,3	12,7	0,288
Críticas de um médico	15,5	16,6	0,251
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	14,8	16,1	0,467
Rodízios para outras unidades que apresentam um número reduzido de funcionários	14,0	22,7	0,029
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	13,2	21,5	0,046
Incerteza com relação à operação e ao funcionamento de equipamento especializado	12,7	15,0	0,189
A morte de um paciente	12,4	20,6	0,015
Críticas de um supervisor	12,4	16,5	0,068
Pessoas demais em sua unidade de trabalho	11,9	19,7	0,018
Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente	11,7	23,1	0,021
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	11,4	17,2	0,209
Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas	11,3	17,6	0,018
A morte do paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo	8,3	16,8	0,024
Conflito com um médico	8,1	10,2	0,633
Conflito com supervisor	6,8	15,7	0,004
Ausência do médico da unidade quando um paciente morre	4,6	10,5	0,486
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	4,0	7,6	0,066

\* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação entre os 2 grupos de horas trabalhadas.

## APÊNDICE VII

**Tabela 15.** Situações de demandas de atenção comparadas aos turnos de trabalho. São Paulo, 2004.

SITUAÇÕES	manhã n= 61	tarde n= 41	noite n=53	p-valor*
Observar o sofrimento de um paciente	51,6	52,1	52,4	0,988
Necessidade de dar orientação à família	40,6	45,1	32,5	0,079
Foram requeridas tarefas que não são de enfermagem, tais como trabalho burocrático	40,5	34,4	41,7	0,514
Cuidar de famílias com necessidades emocionais	39,2	42,3	39,1	0,897
Muitas decisões rápidas tiveram que ser tomadas	39,0	35,0	44,0	0,308
Tempo insuficiente para dar apoio emocional a um paciente	38,3	38,2	41,7	0,873
Cuidar de paciente que necessitam de intenso apoio emocional	38,2	36,9	41,3	0,822
Necessidade de dar orientação ao paciente	36,4	36,2	31,0	0,645
Tempo insuficiente para completar todas as suas tarefas de enfermagem	35,7	30,4	37,6	0,259
Múltiplas atividades de enfermagem tiveram que ser completadas	34,2	38,5	35,6	0,833
Sentimento de impotência diante de um paciente que não consegue melhorar	34,0	31,8	34,5	0,923
Execução de procedimentos que os pacientes experienciam como sendo dolorosos	32,8	31,8	29,2	0,761
Alto nível de barulho na unidade	31,5	40,1	31,8	0,373
Quadro de funcionário e escalas de trabalho imprevisíveis	31,1	29,1	35,0	0,782
Medo de cometer um erro ao cuidar de um paciente	30,3	28,2	22,4	0,628
Quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente	30,1	33,3	44,7	0,131
Falta de oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas da unidade	22,4	19,6	26,5	0,757
Falta de oportunidade de falar francamente sobre problemas da unidade com outras pessoas que nela trabalham	22,2	23,0	29,3	0,800
Ambiente de trabalho abarrotado de materiais e equipamentos	22,0	28,2	21,6	0,235
Rodízios para outras unidades que apresentam um número reduzido de funcionários	18,7	21,1	19,6	0,666
Ambiente de trabalho confuso ou desorganizado	18,6	17,5	22,6	0,665
Pessoas demais em sua unidade de trabalho	18,5	23,2	10,0	0,028
Informação inadequada de um médico sobre a condição clínica de um paciente	18,4	20,7	19,1	0,864
Não saber o que dizer a um paciente ou ao seu familiar sobre a condição do mesmo	18,0	20,0	18,0	0,856
Falta de oportunidade de expressar sentimentos em relação aos pacientes	17,7	20,2	21,5	0,796
Críticas de um médico	16,9	17,2	14,1	0,303
Discordância com relação ao tratamento de um paciente	16,1	20,2	18,2	0,468
A morte de um paciente	15,3	21,4	18,3	0,232
Dificuldade de trabalhar com um determinado enfermeiro na unidade	13,8	15,7	12,8	0,232
Tomar decisão difícil em relação a um paciente quando o médico não está disponível	13,4	15,8	17,5	0,829
Incerteza com relação à operação e ao funcionamento de equipamento especializado	13,2	13,5	15,6	0,775
A morte do paciente com quem você desenvolveu um relacionamento muito próximo	12,5	16,8	13,5	0,349
Críticas de um supervisor	12,1	13,1	20,0	0,732
Paradas cardíacas tiveram que ser atendidas	11,6	17,1	18,1	0,162
Ausência do médico no início do atendimento de emergência	10,3	18,5	17,8	0,212
Conflito com supervisor	10,3	10,4	17,1	0,390
Conflito com um médico	9,7	9,8	7,4	0,922
Ausência do médico da unidade quando um paciente morre	8,0	11,3	7,0	0,754
Conversar com um paciente sobre sua morte que se aproxima	5,7	6,1	7,3	0,822

\* p-valores referentes ao teste de Kruskal-Wallis para comparação entre os 3 turnos.