



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS
E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR**

PAULO AUGUSTO SOARES BARROS

**NÍVEL DE ESTRESSE E *COPING* DE ENFERMEIROS DO SETOR DE CLÍNICA
CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO, EM FORTALEZA-
CEARÁ**

FORTALEZA

2016

PAULO AUGUSTO SOARES BARROS

NÍVEL DE ESTRESSE E *COPING* DE ENFERMEIROS DO SETOR DE CLÍNICA
CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO, EM FORTALEZA-
CEARÁ.

Dissertação submetida à coordenação do curso de pós-graduação do Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Gestão Estratégica e Intercâmbio Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca

Barros, Paulo Augusto Soares.

Nível de estresse e coping de enfermeiros do setor de clínica cirúrgica de um Hospital Universitário público em Fortaleza - Ceará. / Paulo Augusto Soares Barros. – 2016.
96 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior; Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Gestão Estratégica e Intercâmbio Institucional.
Orientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues.

1. Estresse. 2. Coping. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD

PAULO AUGUSTO SOARES BARROS

NÍVEL DE ESTRESSE E COPING DE ENFERMEIROS DO SETOR DE CLÍNICA
CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO, EM FORTALEZA-
CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Aprovada em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dra. Eloisa Maia Vidal (1º Membro)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^a. Dra. Rosilea Alves de Sousa (2º Membro)
Centro Universitário Estácio do Ceará, Estácio FIC

A Deus, pela fé que me mantém vivo, são
e fiel.
À vida honesta de trabalho e estudo.

AGRADECIMENTOS

À toda minha família e, em especial, a meu pai Francisco e minha mãe Ivany, que souberam entender minha ausência nos muitos momentos desde que ingressei no Mestrado, até a conclusão desta Dissertação e, principalmente, por serem meus exemplos de retidão, caráter e honra.

À minha amada noiva, Natasha Firmino, por todo amor, ajuda e suporte nos momentos de ansiedade e estresse nesses meses em que me dediquei ao Mestrado.

À minha orientadora Profa. Dra. Socorro Rodrigues, pela acolhida, pelo apoio, pela amizade e pelas contribuições teórico-metodológicas.

Às professoras Maria José e Eloisa Vidal, por comporem a banca e por suas importantes contribuições.

A todos os professores da POLEDUC e colegas de turma que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis.

À Fernanda Araújo, servidora da UFC que com sua delicadeza e simpatia, sempre esteve disponível a ajudar a todos.

Aos colegas de trabalho que gentilmente participaram da pesquisa.

Enfim, a todas as pessoas que fizeram parte dessa caminhada e que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Com carinho, deixo a minha gratidão!

Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.

(Paulo Freire)

RESUMO

O estresse é um fenômeno muito comum entre os profissionais da área da saúde, em especial em enfermeiros assistenciais que convivem 24 por dia realizando cuidados diretos aos pacientes. Diante disso, objetivou-se identificar o nível de estresse e o modo de enfrentamento (*coping*) de enfermeiros de um hospital escola em Fortaleza-CE, Brasil. Estudo do tipo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no setor de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará. A pesquisa foi realizada em novembro/dezembro de 2015 e compuseram a amostra 23 enfermeiros de um universo de 26. Autores como Guido, Bianchi e Lima foram importantes para fundamentar a análise. Dos sujeitos pesquisados, 17 (74%) eram do gênero feminino, 14 (60%) estavam na faixa etária de 31 a 40 anos de idade, uma faixa etária ainda bastante jovem. Em relação ao tempo de formado, 10 (44%) tinham entre 1 e 5 anos de formado e nenhum tinha menos de um ano ou mais de 16 anos de formado. Do total, 13 (57%) possuíam mais de um emprego, também 13 (57%) trabalhavam de 31 a 40 horas por semana. Quanto ao turno de trabalho, 13 (56%) trabalhavam em plantões diurnos. Em relação ao tempo de atuação na unidade, 11 (48%) tinham de 1 a 10 anos de serviço na clínica cirúrgica. Percebeu-se que 14 (61%) apresentaram estresse médio, 9 (39%) estresse baixo e nenhum alto estresse. O fator de *coping* com maior média entre os enfermeiros do HUWC foi o 7, que é aceitação de responsabilidade, com média 5,6. A estratégia mais utilizada para conviver com os estressores sem o adoecimento foi olhar para o problema objetivamente (média de 4,10). A partir dos dados obtidos, é importante que sejam tomadas medidas de intervenção eficientes no intuito de diminuir o nível de estresse entre os colaboradores, impactando de forma positiva na qualidade de vida no trabalho.

Palavras-chave: Estresse. *Coping*. Enfermagem.

ABSTRACT

Stress is a very common phenomenon among health care professionals, especially in clinical nurses who live 24 hours a day performing direct patient care. Therefore the objective was to identify the level of stress and coping mode (coping) of nurses in a university hospital in Fortaleza. It is a study of cross-sectional, descriptive quantitative approach, performed surgical clinic of the Hospital Walter Cantídio the Federal University of Ceará. The survey was conducted in November / December 2015 and comprised the sample 23 nurses from a pool of 26. Authors such as Guido, Bianchi and Lima were important to substantiate the analysis. Of the subjects, 17 (74%) were female, 14 (60%) were aged 31-40 years old, an age group still quite young. Regarding the time since graduation 10 (44%) had between 1 and 5 years after graduation and had no less than 1 year or more than 16 years after graduation. Of the total, 13 (57%) have more than one job, also 13 (57%) work 31-40 hours per week. As for the shift 13 (56%) have daytime shifts. In relation to the operating time in unit 11 (48%) have 1-10 years of service in the surgical clinic. There are 14 (61%) had a mean stress, 9 (39%) had low stress and no one showed high stress. The coping factor with the highest average among HUWC of Nurses was seven, which is acceptance of responsibility averaging 5.6. The strategy most commonly used to hang out with stressors without the illness was looking at the problem objectively (average of 4.10). From the data obtained, it is important to have collective discussion to personal and institutional awareness to reduce stressors and hence the stress level of these professionals, so that they can develop their professional activities with reasonable quality of working life.

Keywords: Stress. Coping. Nursing.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 Características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	53
Tabela 2 Distribuição dos enfermeiros segundo classificação de estresse da Escala Bianchi, Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC.....	57
Tabela 3 Correlação entre gênero e estresse médio dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	58
Tabela 4 Correlação entre faixa etária e nível de estresse dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	59
Tabela 5 Relação entre tempo de formado e estresse médio dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	59
Tabela 6 Relação entre ter outro emprego e nível de estresse dos enfermeiros na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	60
Tabela 7 Relação entre média de horas trabalhadas por semana e nível de estresse dos enfermeiros na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	61
Tabela 8 Relação entre tempo de serviço na unidade e estresse médio de enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	62
Tabela 9 Relação entre nível de estresse e principais turnos de trabalhos de enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	63
Tabela 10 Medidas descritivas das médias para cada domínio dos enfermeiros da Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	65
Tabela 11 Correlação entre domínios e gênero entre Enfermeiro da Unidade de Clínicas Cirúrgicas do HUWC/UFC	67
Tabela 12 Medidas descritivas para itens com maiores médias por domínio da Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	67
Tabela 13 Medidas descritivas para itens com menores médias por domínio na Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	69
Tabela 14 Medidas descritivas para itens com maiores médias da Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	70
Tabela 15 Medidas descritivas para itens com menores médias da Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	71
Tabela 16 Medidas descritivas dos fatores do <i>coping</i> dos Enfermeiros da unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	72
Tabela 17 Correlação entre estratégia de <i>coping</i> e sexo entre Enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Identificação dos itens mais utilizados nos fatores de <i>coping</i> pelos enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC.....	73
Quadro 2 Identificação das estratégias menos utilizadas nos fatores de <i>coping</i> pelos Enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH - Aumento da Secreção do Hormônio Adrenocorticotrófico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CV – Coeficiente de variação
DV – Desvio padrão
EBE – Escala Biachi de Estresse
EBSERH – Empresa brasileira de serviços hospitalares
HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio
IES – Instituições de Ensino Superior
ISMA - *International Stress Management Association*
MEC – Ministério da Educação
OMS – Organização Mundial da Saúde
POLEDUC - Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior
PSQI - *Pittsburgh Sleep Quality Index*
QV – Qualidade de vida
QVT - Qualidade de vida no trabalho
REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SAMEAC – Sociedade de assistência à Maternidade Assis Chateaubriand
SB - Síndrome de Burnout
SPSS - *Statistical Package Social Science*
SUS – Sistema Único de Saúde.
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC – Universidade Federal do Ceará
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ESTRESSE E COPING : Estado da arte	20
2.1 Estresse entre os profissionais da equipe de enfermagem	20
2.2 Qualidade de vida no trabalho entre profissionais de enfermagem	27
2.3 <i>Coping</i> entre os profissionais enfermeiros	30
2.4 Histórico da Universidade Federal do Ceará e do Hospital Universitário Walter Cantídio	34
2.5 Histórico da Enfermagem no HUWC	38
2.6 Nova gestão do HUWC pela EBSERH	40
3 METODOLOGIA	42
3.1 Tipo de estudo	42
3.2 Etapas da pesquisa	43
3.3 Local do estudo	44
3.4 População	45
3.5 Sensibilização do público-alvo	45
3.6 Coleta de dados	46
3.6.1 <i>Escala Bianchi</i>	47
3.6.2 <i>Inventário sobre coping</i>	48
3.6.3 <i>Questionário de dados complementares</i>	50
3.7 Análise dos dados	50
3.8 Aspectos éticos	50
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 Perfil sociodemográfico e laboral	52
4.2 Nível de estresse de acordo com a Escala Bianchi de Estresse	57
4.3 Correlações entre dados sociodemográficos, dados laborais e estresse	58
4.4 Domínios e medidas descritivas	65
4.5 Estratégias de <i>coping</i> entre enfermeiros do HUWC/UFC	71
5 CONCLUSÕES	76
REFERÊNCIAS	80

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE B – DADOS COMPLEMENTARES	87
ANEXO A – ESCALA BIANCHI DE ESTRESSE	88
ANEXO B - INVENTÁRIO SOBRE COPING – JALOWIEC – 40 – ITENS.....	91
ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO – PLATAFORMA BRASIL.....	93
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS E NORMATIZAÇÃO DA ABNT.....	94

1 INTRODUÇÃO

Na história da vida em sociedade, a ação laboral constitui atividade fundamental desenvolvida pelo homem e está ligada a valores positivos, como a autorrealização pessoal, o suprimento das carências pessoais e em grupo, os vínculos interpessoais colaborativos, entre outros. Percebe-se, porém, que o trabalho tem estreita ligação com os componentes danosos ao equilíbrio biopsicológico dos indivíduos.

Segundo Rossi (2005), o trabalho e a forma, conforme são desempenhados, têm enorme impacto sobre a saúde dos indivíduos, podendo ter influência positiva e negativa. O trabalho influencia na saúde, contudo esta tem potencial ligação com a eficácia no desempenho produtivo, nas relações pessoais e familiares, ficando evidente também a relação com os aspectos da saúde física e mental.

O trabalho também pode oferecer meta e sentido à vida. Pode nos identificar, proporcionar autorrespeito, reconhecimento social e prover-nos materialmente. O lado positivo ocorre quando o sistema que o envolve são ideais, quando o trabalhador sente-se autônomo, goza de ambiente agradável e tem retorno satisfatório a seu esforço empreendido. Quando esses aspectos são respeitados, o trabalho constitui-se forte fator de promoção da saúde. Porém, se o ambiente de trabalho for caracterizado por situações opostas a estas, em longo prazo, poderá desencadear consequências na condição de saúde dos trabalhadores.

Mecanismos patogênicos envolvem efeitos emocionais (ansiedade, depressão, hipocondria e alienação); reações cognitivas (perda da concentração, memória, capacidade de assimilar novos conhecimentos, criatividade, tomada de decisões); reações no comportamento (uso de álcool, drogas ilícitas, cigarros, tendências destrutivas ou autodestrutivas, negação ao aceitar o tratamento, medidas preventivas ou de reabilitação); e, por último, reações fisiológicas (alterações neuroendócrinas e na imunidade) (ROSSI et al, 2005).

A Enfermagem é exercida privativamente por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, respeitando os respectivos graus de habilitação, de acordo com a Lei 7498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986).

A equipe de enfermagem, atuante na área hospitalar, está exposta a vários riscos ocupacionais causados por fatores diversos, como químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossociais que podem ocasionar doenças ocupacionais ou mesmo acidentes de trabalho. Logo, devido à excessiva exposição a fatores de risco que a equipe de enfermagem convive em sua rotina de trabalho, é comum desencadear o estresse.

As atividades da equipe de enfermagem, nas instituições hospitalares, caracterizam-se pela prestação do cuidado nas 24 horas do dia, ininterruptamente, permitindo a continuidade da assistência. Isto implica permanecer grande parte da jornada de trabalho em contato direto com o paciente (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011).

Essa exposição constante a condições de trabalho indignas, evidenciadas por jornadas de trabalho extenuantes, grande sobrecarga de tarefas, instalações físicas inadequadas, baixa remuneração, entre outras questões, o processo de trabalho se torna mecanizado, impessoal e, muitas vezes, desprovidos de suporte teórico-científico, determinado pela restrição de tempo para aperfeiçoamento das habilidades e dos conhecimentos. Tal condição coloca o profissional de enfermagem em nível inferior em relação a outras profissões, constringendo-o (MENEQUINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Segundo Schmidt *et al.* (2009), na maioria dos hospitais, o trabalho da enfermagem tem sido apontado como altamente estressante. O estresse do enfermeiro pode se justificar pela alta responsabilidade e baixa autonomia, as quais refletem situações com vários pontos de tensão, determinantes do estresse.

Conforme estudo de Lima *et al.* (2013), algumas sugestões foram dadas como forma de reduzir o estresse dos trabalhadores da área de Enfermagem, como o aumento de salário, a redução de carga horária, o lazer e o não necessitar de mais de um emprego. Sendo necessário, também, melhor ambiente de trabalho, definição de papéis, maior tempo de descanso e mais reconhecimento funcional. Logo, a valorização e a regulamentação profissional são necessárias, devido à insegurança no sistema atual de trabalho, sendo isso um gerador de estresse.

Rodrigues e Ferreira (2011) revelam que o estresse pode ter repercussões em nível individual, social e organizacional, as quais se apresentam nas taxas de absenteísmo, de rotatividade, diminuição do desempenho dos

trabalhadores, redução da motivação e satisfação no trabalho, do aumento do número de acidentes de trabalho e dos erros no desempenho.

Farias *et al.* (2011) encontraram que entre os sintomas físicos listados como caracterizadores de estresse estavam: cefaleia, sensação de fadiga, dores nas pernas e taquicardia. No entanto, quando interrogados acerca do significado do estresse, essas dores sempre apareciam associadas ao estresse emocional após atendimentos emergenciais, ponderando a existência de grande dificuldade em separar o estresse físico do psíquico.

Os sintomas físicos mais relatados pelos enfermeiros estavam relacionados à memória e ao cansaço constante (ambos 100%); enquanto entre os técnicos de enfermagem foram a sensação de desgaste físico constante (84,2%). As duas categorias citaram sensibilidade emotiva excessiva e irritabilidade como principais sintomas psicológicos (SELEGHIM *et al.*, 2012).

A ausência de organização no trabalho e a insatisfação profissional foram listadas pelos profissionais de enfermagem como os principais fatores estressantes no ambiente de trabalho. A ausência de organização diz respeito à falta de condições de trabalho, à carência de materiais, aos recursos humanos escassos e ao pessoal não treinado. Isso expõe o trabalhador ao desenvolvimento do estresse no ambiente de trabalho (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

Com relação à exposição ao estresse ocupacional, Schmidt *et al.* (2009) referiram que a maioria dos trabalhadores de enfermagem encontrava-se na categoria de exposição intermediária ao estresse ocupacional (56,1%), e 26,3% encontravam-se na categoria de alta exposição ao estresse no trabalho, enquanto que apenas 17,6% consideravam-se sem exposição ao estresse.

Nessas circunstâncias, o estresse se destaca como elemento fundamental no desempenho das atividades desenvolvidas por esses profissionais, por interferir negativamente na produtividade destes (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

Como afirmam Guido *et al.* (2009), a identificação dos estressores no ambiente de trabalho figura-se como eficiente mecanismo de mudança, pois, a partir dessas informações, podem-se buscar soluções para abrandar efeitos e consequências, tornando a vida profissional desses indivíduos mais eficiente e menos desgastante.

Para tentar controlar essas situações de estresse, o indivíduo pode utilizar estratégias de enfrentamento ou *coping*. Ratifica-se portanto, a importância da participação das organizações intervindo para dirimir situações de crises.

Dessa forma, com a identificação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento utilizadas nesse processo, torna-se possível o planejamento de medidas para promoção e proteção da saúde e bem estar dos profissionais envolvidos na assistência aos pacientes, em especial aqueles internados em unidades hemato-oncológicas (UMANN *et al.*, 2014, p.785).

Ao investir na qualidade de vida e promoção da saúde da equipe de enfermagem de um hospital, estar-se-á interferindo diretamente na qualidade do serviço prestado ao paciente, no funcionamento da equipe de saúde como um todo e no acompanhamento e na preceptoria dos alunos de enfermagem acompanhados na instituição, pois se trata de hospital escola e, como tal, visa preparar e formar profissionais de excelência.

Promover saúde no local de trabalho possibilita a redução do estresse ocupacional. Seu objetivo é exercer influência sobre os fatores que promovem a saúde do empregado. Seu êxito deve-se a melhora das condições de trabalho, ao incentivo a participação do empregado e apoio às competências individuais (DOLAN, 2006, p.11).

Trabalhando como enfermeiro no Hospital Universitário há 9 anos, percebo que neste momento em que houve a recente mudança na gestão dos Hospitais Universitários no país, o ente público deve estar atento na sua forma de conduzir o processo, a fim de propiciar aos novos colaboradores e aos servidores da Universidade, um ambiente laboral e sadio, no intuito de torná-lo mais humanizado, cooperativo e eficiente.

Na minha visão, essa nova forma de administrar recursos humanos, não está obedecendo às boas e modernas práticas de gestão de pessoas, pois as mudanças estão sendo feitas a uma velocidade incompatível com uma transição equilibrada. A qualidade de vida no trabalho parece não ser uma real preocupação da gestão. O principal empecilho é a incisiva resistência por parte dos servidores da universidade à nova gestora do complexo. Essa incongruência influencia no relacionamento e desempenho das equipes. É notório o falta de integração e desequilíbrio nas relações interpessoais. Foi envolto neste ambiente de mudanças e crises, que me senti motivado e instigado a produzir essa pesquisa.

Os profissionais da área da saúde, em especial os da equipe de enfermagem, estão sujeitos a grande estresse ocupacional, devido ao estilo de trabalho o qual estão constantemente desempenhando na assistência direta ao paciente, cenário agravado pelas condições de trabalho encontradas nas instituições hospitalares. Preocupado em como esse estresse ocupacional pode influenciar nos cuidados prestados aos pacientes, na vida pessoal e familiar da equipe de enfermagem e na supervisão de acadêmicos em seus estágios curriculares, o autor do estudo considera relevante o desenvolvimento de estudos científicos que permitam responder ao seguinte **questionamento**: qual o nível de estresse, os principais estressores e as formas de enfrentamento utilizadas pelo profissional enfermeiro do setor de clínica cirúrgica de um hospital escola de Fortaleza?

Portanto, o estudo surgiu da necessidade social e ocupacional de investigar como o estresse pode interferir na vida dos indivíduos e no desenvolvimento das atividades de enfermagem, inseridos no setor da clínica cirúrgica da unidade hospitalar. Será importante para saúde física e mental desses profissionais saberem identificar os principais estressores e como estes interferem na qualidade de vida, não somente no aspecto profissional, como também familiar, social, pessoal e fundamentalmente psicológico.

Conforme afirma Dolan (2006, p.7): “A qualidade de vida no trabalho tem repercussões na qualidade da vida emocional e no equilíbrio sócio emocional e afetivo que se possa obter ou não”. Conhecer estratégias de enfrentamento para minimizar esse estresse será útil, no sentido de oferecer medidas de promoção da saúde e, conseqüentemente, melhorias na qualidade de vida e de trabalho desses profissionais.

O estudo tem como **objetivo geral**: identificar o nível de estresse e o modo de enfrentamento (*coping*) de enfermeiros de um hospital-escola, em Fortaleza-CE. Os objetivos específicos são: descrever o perfil sociodemográfico dos enfermeiros da clínica cirúrgica do HUWC; investigar os principais estressores; e identificar o modo de enfrentamento (*coping*) dos enfermeiros da unidade de clínica cirúrgica de um hospital-escola, em Fortaleza.

O Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, POLEDUC, tem como foco o desenvolvimento de competências profissionais de pessoas que se encontram no mercado de trabalho, na condição de servidores de Instituições de Ensino Superior (IES) e de entidades envolvidas na gestão e elaboração de políticas públicas para educação superior. Dentro da linha de pesquisa, está inclusa a análise dos recursos material, financeiro e de pessoal, bem como a gestão da qualidade de vida no trabalho e a gestão dos ambientes organizacionais das IES (POLEDUC, 2015).

O desenvolvimento desse trabalho teve como foco auxiliar na gestão de pessoas, pois foi desenvolvido em uma unidade de ensino e pesquisa da Universidade Federal do Ceará, o Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC. A pesquisa buscou investigar e discutir sobre um aspecto importantíssimo relacionado à qualidade de vida no trabalho de servidores, que é o estresse, o qual impacta diretamente não somente na gestão da prestação de serviços à população atendida, como também no processo saúde-doença do trabalhador e repercussões no processo ensino/aprendizagem, já que se trata de um hospital-escola, e os enfermeiros do Hospital Universitário têm como funções o acompanhamento, a supervisão e a preceptoria de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Ceará durante os estágios curriculares na instituição. Além disso, a Enfermagem exerce importante papel dentro da equipe multidisciplinar, no trabalho conjunto a alunos e professores dos demais cursos da área da saúde da UFC (Odontologia, Psicologia, Medicina, Nutrição e Farmácia).

O trabalho encontra-se estruturado em capítulos, iniciados pela introdução, em que foi tratado sobre o tema central da pesquisa: o estresse do profissional enfermeiro no setor de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário Walter Cantídio, suas causas, implicações físicas, psicológicas e o impacto no processo ensino-aprendizagem e gestão, juntamente com a justificativa da pesquisa, a problematização e elaboração da questão norteadora. Em seguida, foi elaborado o objetivo geral e os específicos que mostram as pretensões da pesquisa. Na sequência, foi descrita a relevância da pesquisa nos aspectos sociais, políticos e científicos. Para finalizar esse primeiro capítulo, foi procedida à relação entre o objetivo do estudo e as linhas de pesquisas seguidas pelo mestrado POLEDUC.

O segundo capítulo é formado pelo estado da arte, em que estão apresentados detalhadamente os temas centrais da pesquisa. No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia seguida para executá-lo. Após esta fase, foram expostos os resultados e elaborada as discussões sobre os mesmos. Detalhou-se os dados sociodemográficos, nível de estresse entre os enfermeiros, correlações entre dados laborais e nível de estresse, domínios e medidas descritivas e estratégias de coping entre enfermeiros. Na etapa seguinte foi elaborada a conclusão do trabalho, respondendo todas as questões propostas pelos objetivos e sugerindo medidas de intervenção por parte do órgão gestor. Logo após, foram listadas as referências bibliográficas utilizadas no trabalho, finaliza-se o trabalho pelos apêndices e anexos.

2 ESTRESSE E COPING : Estado da arte

2.1 Estresse entre os profissionais da equipe de enfermagem

O estresse é um fenômeno que está intrinsecamente vinculado ao estilo de vida adotado nos dias atuais. De acordo com pesquisa da *International Stress Management Association* (Associação Internacional do Controle do Estresse - ISMA), o problema afeta 80% da população brasileira, sendo que 30% estão em nível crítico (ISMA, 2015). Isto mostra a necessidade de que sejam adotadas medidas para prevenção, diagnóstico, tratamento e desenvolvimento de estratégias para o manejo dessa desordem comportamental e psíquica tão disseminada.

Devido ao uso rotineiro do termo, o senso comum apropriou-se do significado da palavra estresse, conotando várias compreensões. Dolan (2006) define concisamente o termo e esclarece que o estresse é a reação inespecífica a exigências feitas. O autor acrescenta que toda exigência física, mental, externa ou interna, boa ou ruim, induz a uma reação biológica semelhante e individual.

O conceito de estresse se expandiu e passou a ser utilizado dentro das organizações. A partir de então, difundiu-se o termo estresse ocupacional, que segundo Dolan (2006), é o processo em que a pessoa percebe e interpreta seu ambiente de trabalho em relação à sua capacidade de tolerá-lo. Nesta situação, o indivíduo identifica no ambiente um fator ameaçador, tanto em relação à quantidade de exigências, quanto na insuficiência de recursos para atender às necessidades. O estresse se faz presente quando o indivíduo não se vê apto a responder, de forma adequada, aos estímulos do meio, ou quando o faz, causa danos a sua saúde.

Dolan (2006) identifica a causa do estresse em níveis: estressores organizacionais e extra organizacionais. Diante disso, reforça-se a relevância de fatores individuais, como os valores pessoais, as necessidades, habilidades, personalidade e aspirações. Esses fatores determinam a suscetibilidade ao estresse. Os estressores extras organizacionais são os que têm origem fora das organizações. O autor agrupa os fatores intraorganizacionais em quatro grupos: estressores físicos (luz, ruído, vibrações e espaços); estressores individuais (sobrecarga no trabalho, conflitos e ambiguidades de funções e discrepância dos objetivos profissionais); estressores grupais (falta de coesão, conflito, clima e

pressões do grupo) e estressores organizacionais (clima, tamanho e estilo de administração, estrutura hierárquica, tecnologia e prazos irracionais).

A ocorrência de estresse é fato marcante e presente, tanto na vida profissional como na vida pessoal. Em especial no enfermeiro, por ser o profissional que presta assistência ao paciente e à família, principalmente na área hospitalar, convivendo com aspectos conflitantes, como o nascimento e a morte (BIANCHI, 2009).

Conforme Rocha e Martino (2010), o enfermeiro desempenha um tipo de trabalho com alto grau de dificuldade e responsabilidade, fatores que condicionam a presença de estresse no trabalho, juntamente com o ritmo acelerado, as jornadas excessivas e o turno de trabalho que podem gerar estresse ocupacional.

O trabalho exercido pelo enfermeiro tem atribuições múltiplas e, em muitos casos, com dupla ou tripla jornada de trabalho, tenta ainda compatibilizar estas às atividades próprias de todos os indivíduos, como vida familiar, social e cuidado com a saúde. Percebe-se, portanto, que essas são as áreas da vida mais negligenciadas e, contraditoriamente, as mais definitivas e relevantes.

Montanholi, Tavares e Oliveira (2006, p. 662) expõem que:

Os enfermeiros cuidam de clientes e familiares e, às vezes, pelas contingências do cotidiano, esquecem-se de se preocupar com sua qualidade de vida, em especial com sua saúde. Neste contexto, destaca-se a dupla jornada de trabalho, vivenciada por grande parte destes profissionais, que de certa forma, acaba por favorecer a diminuição do tempo dedicado ao autocuidado e ao lazer, potencializando o cansaço e, conseqüentemente, gerando o estresse.

Na Enfermagem, os domínios que mais contribuíram ao acontecimento de estresse foram: condições de trabalho (labor noturno, setor crítico e fechado), gravidade do paciente e atividades gerenciais associadas à assistência direta (VERSA *et al.*, 2012).

As manifestações do estresse envolvem três fases, que caracterizam a SAG: a) Estágio de defesa ou alarme: momento da percepção pelo sistema nervoso da situação de tensão com estímulo do hipotálamo, hipófise, suprarrenal e aumento da secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), adrenalina e corticoides; b) Fase de resistência: ocorre quando o estressor perdura por período prolongado promovendo o aumento da capacidade de resistência do organismo com ativação do sistema parassimpático, desmobilizando o corpo e abaixando o nível de alerta. Havendo (persistência do estresse, o nível de resistência diminui e inicia-se

o estágio de exaustão; e c) Estágio de exaustão ou esgotamento: os sintomas de fase de alerta reaparecem mais acentuados, somam-se outros sintomas, que tornam o organismo mais suscetível às doenças. Ocorre o esgotamento da energia adaptativa do organismo e a quebra do equilíbrio que estão associadas ao surgimento de uma série de doenças (COSTA, 2010, p. 18).

Exemplificando o que o estresse pode ocasionar na equipe de enfermagem, detectaram-se estudos preocupados com essa situação. Em estudo realizado em UTI, por Inoue *et al.* (2013), o estresse entre os enfermeiros investigados não foi elevado, mas esteve presente nos diferentes momentos em que prestavam assistência ao paciente.

Magnago, Lisboa e Griep (2009) relataram que os problemas musculoesqueléticos são os que mais ocorrem entre os profissionais da enfermagem. Em pesquisa em uma unidade hospitalar na cidade de São Paulo:

Constatou-se correlação entre stress e sono. Quanto maior o nível de estresse dos enfermeiros, pior foi a qualidade de sono. A qualidade do sono noturno dos enfermeiros foi ruim, o escore médio da pontuação global do PSQI foi de 6,8, independente do turno e do setor em que trabalhavam [...] Verificou-se que os valores médios encontrados para o escore de sono foram compatíveis com a qualidade do sono ruim. A conscientização da importância de se obter hábitos de sono saudáveis deve ser incorporada pelas instituições hospitalares, visando uma qualidade de vida satisfatória aos seus trabalhadores (PAFARO; DE MARTINO, 2010, p. 285).

No estudo realizado por Dalri *et al.* (2004), em hospital público, em Ribeirão Preto, São Paulo, no qual investigaram a relação existente entre a carga horária dos enfermeiros e as reações fisiológicas do estresse, confirmou-se que as dores lombares foram as mais citadas na investigação.

Rocha e Martino (2010) encontraram em seu estudo forte correlação entre estresse e sono. Revelando que quanto maior o nível de estresse dos enfermeiros, pior a qualidade de sono, com repercussões negativas para o trabalhador.

Outro estudo mostrou que os enfermeiros apresentaram maiores índices de estresse nas atividades relacionadas às condições de trabalho para o desempenho das atividades e relacionadas à administração de pessoal (MONTE *et al.*, 2013).

Estudo desenvolvido em um hospital universitário no Triângulo Mineiro não mostrou relação significativa entre o estresse e os fatores, como sexo, turno e outro vínculo empregatício. Os enfermeiros classificados como estressados não

teriam maior probabilidade de apresentarem esta condição, se comparados aos classificados como não estressados (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

Somam-se a isso as transformações no ambiente de trabalho, conforme afirmam Guido *et al.* (2009), com as inovações organizacionais e tecnológicas advindas de forma rápida, por conta do progresso científico no ambiente hospitalar, refletindo no trabalho dos profissionais que cuidam da saúde, em especial dos enfermeiros, podendo essas mudanças gerar insegurança e comprometimento do desempenho produtivo, no equilíbrio físico e emocional destes profissionais. Conflitos relacionados a questões pessoais, sociais e institucionais exige profunda reflexão acerca das condições de vida por parte desses profissionais.

A ausência de organização no trabalho, influência dos desgastes físicos e emocionais e insatisfação profissional foram listadas pelos profissionais de enfermagem como os principais fatores estressantes no ambiente de trabalho. A ausência de organização diz respeito à falta de condições de trabalho, à carência de materiais, aos recursos humanos escassos e ao pessoal não treinado. Isso expõe ao trabalhador o desenvolvimento do estresse no ambiente de trabalho (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

Os relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho também assumem seu papel, podendo comprometer todo o processo de trabalho da equipe e, em última instância, a qualidade na prestação de cuidados aos pacientes.

Rossi *et al.* (2005) afirmam que os líderes das organizações devem gerar estresse positivo no ambiente de trabalho. Embora não existam limites exatos, há muitas iniciativas em que os líderes podem por em prática para promover os aspectos motivacionais da geração de estresse, ao mesmo tempo em que se minimizam os fatores que prejudicam.

É recomendado também que os líderes promovam ambientes cooperativos, que valorizem a contribuição individual e grupal, sem gerar incongruências. A concorrência não pode criar situações em que sejam conflituosas, com os objetivos das organizações. O conflito é danoso e afeta a produção. O líder competente fomenta a concorrência saudável, mas deve ficar sempre monitorando comportamentos negativos.

Outra forma de manter e combater um ambiente conflituoso (tóxico) é criar um ambiente de trabalho transparente, cuja comunicação seja aberta e direta

entre os profissionais, livre de medos de represálias. Para isso, é importante ambiente com comunicação verdadeira e direta, para que se tomem medidas preventivas a conflitos.

Ainda citando Rossi *et al.* (2005), para avaliar se o estresse impacta na eficácia do profissional, o empregador deve avaliar para além do fato das obrigações estarem sendo executadas. Deve ser avaliado se o funcionário faz além do que é da sua obrigação, se está demonstrando iniciativa para evitar possíveis problemas, se apresentam inovação e criatividade no desempenho da função e se está indo de encontro aos objetivos da organização. Se for notada falha em algum desses fatores, pode ser que esteja ocorrendo eventos estressores no ambiente de trabalho e que estão afetando o desempenho dos profissionais, e medidas gerenciais devem ser tomadas.

Dolan (2006) enfatiza que é indubitável que quando há muitas exigências no trabalho e não se percebe motivação nos trabalhadores, há prejuízo imenso no desempenho e no ambiente de trabalho, prejudicando o desenvolvimento pessoal, familiar e profissional. Quando a relação entre qualidade de vida no trabalho e na família existe de forma equilibrada, quando o ambiente no trabalho é bom, o nível de saúde mental na família é satisfatório, há funcionamento de um programa de prevenção de riscos e poucos acidentes e doenças ocupacionais, tornando-se possível diminuir a existência de estresse patológico.

A motivação para o exercício do trabalho foi fator citado pelos profissionais da área de Enfermagem, porém, dessa motivação, quase metade dos trabalhadores sentem-se sobrecarregados em relação às atividades que exercem no cotidiano (MENEQUINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Conforme Rocha e Martino (2010), o enfermeiro desempenha um tipo de trabalho com alto grau de dificuldade e responsabilidade, fatores que condicionam a presença de estresse no trabalho, juntamente com o ritmo acelerado, as jornadas excessivas e o turno de trabalho que podem gerar estresse ocupacional.

O trabalho exercido pelo enfermeiro tem atribuições múltiplas e, em muitos casos, com dupla ou tripla jornada de trabalho, tenta ainda compatibilizar estas às atividades próprias de todos os indivíduos, como vida familiar, social e cuidado com a saúde. Percebe-se, portanto, que essas são as áreas da vida mais

negligenciadas e, contraditoriamente, são as mais definitivas e relevantes (ROSSI; 2005).

O estresse causa várias alterações na saúde do trabalhador e uma das mais graves e comum é a síndrome de *Burnout*. Nessa síndrome, existem dimensões predominantes: inicia com a dimensão da exaustão que significa a porção básica e individual da SB. Refere-se à percepção de que encontra-se além dos seus limites e que não possui mais recursos físicos e emocionais. O trabalhador sente-se esgotado e sem quaisquer recursos de reposição. Encontram-se sem forças para encarar o cotidiano e os problemas. A outra dimensão descrita é a de ceticismo. Refere-se a reações de negatividade, insensibilidade e desligamento com qualquer aspecto relacionado ao trabalho. É uma reação à sobrecarga emocional, tem função autoprotetora, um suavizador emocional. Quando o trabalho encontra-se em demasia e as atribuições são diversas, o indivíduo tende a se recolher e restringir suas atividades.

Há o risco de que esse afastamento provoque a perda por ideais e a desumanização, provocando postura opositiva ao trabalho e a seu próximo. Com o passar do tempo, esse ceticismo vai se ampliando e o indivíduo deixa de oferecer o seu melhor no trabalho e passa a fazer o mínimo do necessário. Há a dimensão da ineficácia, em que o indivíduo tem a percepção de incompetência e não se sente realizado e produtivo no trabalho. As pessoas que experimentam essa dimensão questionam-se: “o que estou fazendo? Por que estou aqui? Talvez esse não seja o emprego certo para mim”. Este sentimento de ineficácia pode produzir no indivíduo a convicção que escolheu a profissão errada e, amiúde, não gosta da pessoa que acha que se tornou. Passam a ter uma avaliação negativa de si e dos outros (ROSSI, 2005).

As alterações identificadas por pesquisadores e profissionais que trabalham nessa área sugerem que a SB deva ser encarada como grande preocupação pelo alto custo que acarreta, tanto para organização quanto para os trabalhadores. O estresse no trabalho acarreta baixo desempenho, dificuldade de relacionamento familiar e problemas físicos (ROSSI, 2005).

Rossi (2005) conclui que a síndrome de *Burnout* não tem origem no indivíduo, mas no ambiente de trabalho. A forma que o ambiente é estruturado e funciona modela a maneira de como se dá a relação interpessoal e com o trabalho.

Quando esse trabalho não considera o lado humano do trabalhador, há desarmonia entre o perfil do indivíduo com o da atividade a ser desempenhada, logo, a probabilidade de ocorrer a SB é maior.

Vislumbrando melhor a prestação de cuidados aos pacientes e uma gestão de pessoas preocupada com qualidade de vida e de trabalho dos colaboradores, cabe às instituições buscar medidas de intervenção, no intuito de minorar os efeitos do estresse nos profissionais de enfermagem.

Quando os problemas de saúde relacionados aos profissionais de enfermagem, assim como também os fatores de risco relacionados ao trabalho são conhecidos, é possível desenvolver intervenções que os apropriem em sua dimensão humana de trabalho. Isso colabora para melhoria na saúde ocupacional, possibilitando trabalho mais seguro e saudável (BELEZA *et al.*, 2013).

Medidas de intervenção para minimizar o impacto do ambiente insalubre no trabalho da enfermagem são sugeridas, como:

Ações educativas sobre o estresse, forma de controle e de prevenção; Ações de aprimorar e estimular o aperfeiçoamento profissional; Políticas organizacionais de reconhecimento igualitário do trabalho valorizando a interdisciplinaridade e interdependência (incentivo na remuneração, aumento da participação nos processos decisórios/supervisão/avaliação); Promoção de condições propícias para atuação dos profissionais, valorização do trabalhador, maior autonomia e respaldo profissional; Desenvolvimento de políticas de promoção para um ambiente favorável de trabalho, com a aplicação de técnicas laborais/ gerenciais e qualidade das relações humanas, para redução do estresse, melhorando a qualidade de vida dos trabalhadores e dos serviços prestados à comunidade; Estabelecimento, por meio da coordenadoria de gestão de pessoas, de mecanismos de acompanhamento, de investigação e recuperação da saúde do trabalhador (COSTA, 2010, p.53).

Dolan (2006) afirma que uma força de trabalho ativa e com saúde, que tenha motivação, constitui-se como elemento primordial para organizações neste século. São fortes os indícios que mostram que a melhoria no estado de saúde nos ambientes de trabalho pode significar fator importante na melhoria da eficiência de competição. O autor afirma ainda que a promoção de saúde no ambiente de trabalho ocasiona a diminuição do estresse ocupacional. As organizações devem buscar êxito na melhoria das condições de trabalho, promoção da participação dos trabalhadores e apoio às competências.

2.2 Qualidade de vida no trabalho entre profissionais de enfermagem

O homem sempre buscou das mais diferentes formas para adaptar-se ao seu meio, para isso, desenvolveu técnicas e tecnologias que lhe permitissem viver com mais qualidade, adaptando-se a ambientes hostis e aproveitando, de forma mais eficiente, todos os recursos a ele disponibilizados. Assim, no intento de ampliar o seu bem-estar a todos os ambientes que convive, almeja difundir e implementar formas mais salubres também em seu ambiente de trabalho. Tal preocupação deve-se ao fato de não apenas melhorar o seu bem-estar, mas também o de aumentar a produtividade e qualidade do serviço prestado.

Ovejero Bernal (2010) define qualidade de vida no trabalho (QVT) como uma forma de que as necessidades dos trabalhadores fossem satisfeitas, mediante maior influência deles próprios no desenvolvimento da organização, principalmente maior poder de participação e colaboração entre a direção e os seus representantes, fomentando ações democratizantes no trabalho.

Autor especialista em psicologia do trabalho descreve QVT como:

Método pelo qual todos os membros do estabelecimento, por meio dos canais de comunicação abertos e apropriados, preparam-se para tal fim, tem voz nas decisões que afetam sua função, em especial, e o ambiente de trabalho, em geral, o que resulta em maior envolvimento e satisfação no trabalho, e menos estresse e exaustão. A QVT representa um estilo de administração em que os empregados têm a sensação de posse, autocontrole, responsabilidade e amor próprio (DOLAN, 2006, p.80).

Na Constituição brasileira de 1988, foi reconhecido o direito dos brasileiros às condições fundamentais de uma vida digna, contudo, não garantiu sua efetivação. O capítulo II refere-se aos direitos sociais, em seu art. 6º menciona: são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Apesar dessas prerrogativas constitucionais, faz-se necessário maior engajamento dos profissionais em seus órgãos de classe, como forma de ampliar a luta pela efetivação desses direitos e que, sem dúvida, trará influência direta na melhoria da qualidade de vida e do trabalho.

Ramos et al (2014) associou o termo qualidade de vida à jornada de trabalho, à remuneração, ao trabalho diurno e noturno, ao reconhecimento profissional, ao relacionamento interpessoal, ao ambiente físico adequado, ao material para se trabalhar, entre outros fatores.

Apesar de todo o esforço empreendido por organizações, na tentativa de melhorar a qualidade de vida no trabalho, percebe-se que na prática esse benefício está longe de ser universalizado. Os trabalhadores são submetidos a ambientes conflituosos e caóticos, impactando de forma decisiva no resultado final do trabalho e na saúde global.

Segundo Ovejero Bernal (2010), para que haja qualidade de vida no trabalho, faz-se necessário que algumas funções sejam cumpridas, como: permitir que o trabalhador produza uma identidade como profissional e como pessoa, proporcionar prestígio na sociedade, permitir que ele desenvolva suas habilidades e competências, remunerar satisfatoriamente, entre outros. Contudo, a real qualidade para vida no trabalho exige que os princípios democráticos façam parte da vida no dia a dia, mas que também seja possível evitar o assédio psicossocial e a redução da possibilidade de desenvolvimento de estresse.

A QVT está relacionada a dois tipos de condições: objetivas, como segurança, higiene, salário, horário, nível de participação dentre outros; e condições subjetivas que se relacionam com a satisfação profissional. Soma-se a isso a relação que a QVT tem com a melhoria das condições de trabalho e seu ambiente, a prevenção de riscos (estando inclusos os psicossociais, como o estresse e o assédio psicossocial no trabalho), a valorização do trabalho, a saúde, satisfação profissional, qualidade total, exploração do trabalhador, as transformações do mercado de trabalho, a falta de adaptação ao trabalho, problemas ergonômicos, entre outros.

De acordo com Ramos (2014), a equipe de enfermagem não possui qualidade de vida tão desejada, embora alguns profissionais tenham referido que sim, o que pode ser justificado pelos processos de alienação a que possam estar submetidos. Devido à baixa qualidade de vida na saúde do trabalhador, ocorrem desgastes físicos e mentais, identificados pelo estresse e por dores no corpo. E, assim, os profissionais se sentem desestimulados ou incapazes de prestar

assistência de qualidade, o que pode desencadear sofrimento psíquico por não conseguir realizar as atividades laborais adequadamente.

Percebe-se entre auxiliares e técnicos de enfermagem que os problemas de saúde interferem de forma negativa na QV, mostrando forte correlação com a atividade laboral. No mesmo estudo, foi também encontrado maior escore para depressão em profissionais que trabalham no turno da noite (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

A categoria de enfermagem no Brasil é fragmentada, diferente do que acontece em alguns países do mundo, em que apenas o enfermeiro compõe a categoria. Esse formato, com diversificação de profissionais realizando atribuições complementares, exige que a interação entre essa categoria seja muito equilibrada e cooperativa, a fim de garantir não apenas boa qualidade da assistência, mas ambiente livre de conflitos.

Os profissionais de enfermagem mencionaram a integração social na instituição como determinante para obtenção de QVT naquele ambiente, o que proporcionaria a integração dos profissionais, gerando coesão nas ações, passando então o trabalho a ser desenvolvido de forma integrada. [...] Assim, por vezes, o trabalho de enfermagem torna-se penoso e estressante, pois a necessidade de autoafirmação, manutenção de status quo e problemas psíquicos de alguns trabalhadores podem gerar a necessidade de manutenção de estratificação, resultando em ausência de senso de comunidade entre os membros da equipe, culminando por contribuir negativamente para QVT (FARIAS; ZEITONE, 2007, p.489).

As condições estruturais das instituições, método e organização no desenvolvimento das atividades e qualificação profissional, também, são fatores que influenciam na QVT. Essas situações visam garantir assistência segura e com danos minimizados aos clientes e profissionais.

Deve-se também fornecer atenção no que diz respeito aos direitos dos trabalhadores, pois as flexibilizações dos vínculos empregatícios são rotineiramente negligenciadas. O impacto dessa desobediência pelos empregadores torna precária não apenas a relação trabalhista, como também o universo da vida dos profissionais.

Farias e Zeitune (2007) evidenciam que o respaldo legal é uma ferramenta para o trabalhador, principalmente quando são negligenciados ou mesmo feridos. Por isso, a importância de a equipe de enfermagem conhecer seus direitos e

reivindicá-los, quando necessário, em especial quando a vida de seres humanos está em questão, lutando por melhores condições de trabalho para toda classe.

Nota-se no convívio com esses profissionais profunda desmotivação no exercício da profissão, não somente em relação aos direitos fundamentais negados (como baixa remuneração, falta de vínculo empregatício e negação de direitos trabalhistas), mas quanto às questões fundamentais, como abordagem global ao indivíduo, desenvolvendo estratégias que fomentem não apenas o conhecimento técnico, como também a criatividade, o espírito crítico, o autoconhecimento e a cidadania.

Muitas pessoas optam pela atividade de enfermagem, não somente por uma questão mercadológica, mas, principalmente, pela humanitária. Fazer parte da missão de curar/ cuidar enobrece e dignifica. Contudo, entre os profissionais de nível médio, evidencia-se descontentamento com a parte prática e mecânica de suas atribuições, pois contemplam poucos atributos de raciocínio e prevalece a repetição.

Isso foi também evidenciado em um trabalho realizado no Vale dos Sinos - RS entre técnicos de enfermagem, cuja monotonia e o trabalho limitado foram os principais termos citados como causadores de insatisfação. Embora o ciclo operacional seja considerado amplo (tempo total de execução de determinada tarefa), as tarefas se repetem no cotidiano, ou seja, ministrar a medicação, controlar os sinais vitais, registrar as ocorrências no prontuário são exemplos das tarefas que se repetem diariamente (RENNER *et al.*, 2014).

Concluindo, para Ovejero Bernal (2010), uma verdadeira qualidade de vida no trabalho está vinculada à necessidade que o trabalhador tem de ser tratado como uma pessoa, dando-lhes suporte as suas necessidades psicossociais, como autoestima, autorrealização, relações interpessoais etc. Toda essa postura permitiria reduzir significativamente os riscos psicossociais, com ênfase ao estresse e assédio psicossocial no trabalho.

2.3 Coping entre os profissionais enfermeiros

Para tentar controlar essas situações de estresse, o indivíduo pode utilizar estratégias de enfrentamento ou *coping*.

Orvejero Bernal (2010) destaca que a melhor forma de enfrentamento a situações estressoras é preveni-las. As estratégias de prevenção se apresentam tanto no campo individual como grupal ou organizacional, sendo que essas duas últimas se convergem. As estratégias individuais de enfrentamento ao estresse são de prevenção e intervenção, uma vez que ambas, prevenir e combater, são indissociáveis, quando não é possível evitá-lo.

Quanto ao nível organizacional, as estratégias de enfrentamento e prevenção ao estresse resumem-se em:

Potencialização do trabalho em equipe; definição clara e explícita dos objetivos profissionais almejados, eliminando toda a ambiguidade; fomento da participação dos trabalhadores; enriquecimento e redefinição dos postos de trabalho; implementação “oficial” tanto de cursos como de terapias de treinamento em habilidades sociais (OVEJERO BERNAL, 2005, p.154).

E, por fim, as estratégias de enfrentamento e prevenção ao estresse ao nível individual são:

Primeiramente saber relativizar as coisas: diante da própria vida e das pessoas queridas que nos rodeia, todo o resto é relativo. Por maiores que sejam nossos problemas, eles se converterão em simples histórias amanhã; ser capaz de valorizar e, sobretudo, de desfrutar do que possuímos; valorizar as pequenas coisas e ser feliz. Como a vida é feita de pequenas coisas, saber desfrutá-las é um segredo de felicidade; não pretender atingir a perfeição em nenhum aspecto da vida: simplesmente porque a perfeição não existe; não devemos nos compararmos com os outros em excesso: todos somos diferentes uns dos outros, o que quer dizer que somos desiguais; ter sempre um pensamento positivo, sendo otimista e vendo o lado positivo das coisas, sem por isso cair em ingenuidade ou no autoengano; tratar de manter elevada autoestima (OVEJERO BERNAL, 2005, p. 154).

Vislumbrando esse enfoque de cuidado com o profissional, Rossi *et al.* (2005) fornecem significado relevante às medidas preventivas e afirmam que no ambiente organizacional, as intervenções preventivas que minimizam o estresse baseiam-se em três pontos: prevenção primária, que tem como meta combater a fonte do estresse e bani-la, diminuir ou gerenciá-la; prevenção secundária, alterar as respostas dos indivíduos ao estresse; e a prevenção terciária, que tem como foco tratar os indivíduos diminuindo seu sofrimento.

Quando se realiza intervenção terapêutica em uma organização, está se fazendo prevenção terciária, porém, quando essa intervenção se faz no gerente

desta organização, pode ser tida como prevenção primária em relação aos demais profissionais subordinados a este líder. Dispor de líderes saudáveis em uma organização é uma das melhores intervenções preventivas primárias para tratar tensões e estresses individuais. Líderes são pessoas capazes de produzir transformações, tem competência emocional e são sensíveis a lidar com as sensações e emoções dos seus colaboradores.

Entretanto, quando não é possível implementar estratégias para prevenir o estresse, esse será adequadamente enfrentado se as estratégias de *coping* utilizadas forem efetivas. Caso contrário, ocorre processo de reavaliação cognitiva dos estressores e possíveis mudanças de ações até a resolução do problema ou a exaustão (ANDOLHE, 2009).

A forma com que o indivíduo escolhe suas estratégias de *coping* está determinada, em parte, por seus recursos internos e externos, os quais incluem saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais. Não existe *coping* correto ou errado e sim *coping* efetivo ou não (RODRIGUES; CHAVES, 2008).

É indispensável considerar, a partir da investigação produzida, que com o conhecimento das estratégias de *Coping*, torna-se possível identificar os recursos internos e/ou externos disponíveis e melhorar as habilidades do indivíduo para um enfrentamento mais efetivo das situações, considerando-se tanto a doença quanto as suas necessidades pessoais. Assim, sugere-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção que procurem promover melhores condições de trabalho em cada contexto laboral. Acredita-se que a combinação entre esforço individual e suporte organizacional pode ser uma associação favorável ao bom desempenho profissional e a uma produtividade adequada às demandas de trabalho (UMANN; GUIDO; SILVA, 2014, p. 897).

O *coping* envolve ainda aspectos de natureza impulsiva e irracional, considerando as estruturas cerebrais primitivas do ser humano, no entanto, é possível que os componentes hierárquicos cognitivos e avaliativos do indivíduo, advindos da evolução dessas estruturas, sejam determinantes para o *coping* efetivo (ANDOLHE, 2009).

Ovejero Bernal (2010) afirma que ao se expor a uma situação de estresse, é costumeiro utilizar-se diversas estratégias de lidar com a situação que foi classificada em três modalidades: o enfrentamento, a fuga e o permanecer passivo. Considera-se que a mais danosa é a terceira estratégia, permanecer passivo e a

mais positiva é a primeira, o enfrentamento. Contudo, observa-se que no meio corporativo, essa estratégia não tem boa eficácia, devido ao fato de, na grande maioria das oportunidades, o trabalhador não ter gerência sobre a situação estressante. Nesse ambiente, são mais resolutivas estratégias organizacionais preventivas.

Logo, na administração de uma organização, em que se busca a construção de um ambiente proativo, colaborativo e pacífico, o gestor deve ser um contemporizador de conflitos, disponibilizando suporte aos profissionais para enfrentamento das adversidades no ambiente de trabalho; e, ao mesmo tempo, um facilitador na construção de um ambiente estimulador e produtivo.

Portanto, quanto maior for o controle do ambiente de trabalho pelo profissional, melhor será seu estado de saúde e bem-estar e pouco provável será o desenvolvimento de estresse. O trabalhador pode desenvolver esse controle através de vários aspectos, citando-os: a forma de realizar o trabalho, a forma de distribuição do tempo, os métodos usados, administrar tempo de descanso, estipular tempo de início e término das atividades, alteração das condições físicas não agradáveis e de cargos (ORVEJERO BERNAL, 2010).

Na perspectiva da organização, os efeitos da propagação do estresse e tensão tem alcance largo. Deve-se dar importância às estratégias de *coping* apropriadas, a fim de minorar a transferência entre os membros da equipe. Como resultado disso, pode-se resultar em famílias mais ajustadas e profissionais mais competentes (ROSSI *et al.*, 2005).

Concluindo, Ovejero Bernal (2010) destaca o importante papel do apoio social como suporte ao enfrentamento ao estresse no ambiente de trabalho. O autor revela que quanto maior é o apoio social que o indivíduo possui, menor é o estresse e seus efeitos negativos. Afirma ainda que entre as possíveis causas da influência do apoio social sobre os efeitos danosos do estresse, destacam-se duas: a primeira é a melhora da autoestima do indivíduo, já que ao receber apoio de maneira positiva, desenvolve sentimentos de autoconfiança e eficácia, proporcionando melhores condições para enfrentamentos do estresse, inclusive modificar o ambiente que o gera. A segunda razão refere-se à proteção que o apoio social influencia para mudança no estado de ânimo, ajustando o grau de ativação e

melhorando seu controle, ajuda o indivíduo a adaptar-se melhor à situação de estresse, minorando seus efeitos deletérios.

2.4 Histórico da Universidade Federal do Ceará e do Hospital Universitário Walter Cantídio

A Universidade Federal do Ceará é uma autarquia vinculada ao Ministério da Educação. Foi criada pela Lei nº 2.373, em 16 de dezembro de 1954, e instalada em 25 de junho do ano seguinte. No início, sob a direção de seu fundador, Prof. Antônio Martins Filho, era constituída pela Escola de Agronomia, Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia e Odontologia (UFC, 2015).

Sediada em Fortaleza, capital do Estado, a UFC é um braço do sistema do Ensino Superior do Ceará e sua atuação tem por base todo o território cearense, de forma a atender às diferentes escalas de exigências da sociedade. Atualmente, a Universidade é composta de sete campus, denominados Campus do Benfica, Campus do Pici e Campus do Porangabuçu, todos localizados no município de Fortaleza (sede da UFC), além do Campus de Sobral, Campus de Quixadá, Campus de Crateús e Campus de Russas (UFC, 2015).

O Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde no âmbito das Institutos Federais de Ensino Superior, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde - SUS. Como centro de referência para ensino, serve como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia da UFC, assim como recebe alunos da área da saúde de outras universidades do Estado. Reúnem qualificados profissionais e nele são gerados conhecimentos na área de pesquisa clínica, cirúrgica e farmacologia clínica (HUWC, 2015a).

A história do Walter Cantídio confunde-se com a história da Faculdade de Medicina no Ceará. Em meados de 1939, o professor Antônio Austragésilo, destacado nome da medicina nacional, em visita ao seu antigo aluno e colega

Doutor Jurandir Morais Picanço, falou-lhe da necessidade e conveniência da implantação de uma Faculdade de Medicina em Fortaleza. Em 1947, com incentivos legados do I Congresso de Médicos Católicos realizado em Fortaleza, foi fundada a Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará, com o Doutor César Carls de Oliveira na Presidência de Honra e o Doutor Jurandir Morais Picanço na Presidência (HUWC, 2015a).

No período em que se organizava, a faculdade teve como Diretor o Dr. Jurandir Picanço, que foi um dos principais idealizadores. O presidente Eurico Gaspar Dutra, Presidente da república, promulgou o ato que autorizou o funcionamento da Faculdade de Medicina do Ceará (GIRÃO, 1994).

No que diz respeito à responsabilidade jurídica de organizar e estruturar a futura faculdade de Medicina do Ceará ficou a cargo do Instituto de Ensino Médico, o qual foi constituído legalmente a partir de 28 de julho de 1947, quando foi feita a publicação de seu estatuto no Diário Oficial do Estado do Ceará. O Instituto de Ensino Médico contou com forte apoio social, assim como de todo o governo, dotando de orçamento e edificações, em que primeiramente iniciou suas atividades, na Praça José de Alencar (GIRÃO, 1994).

A então Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará foi transformada em Instituto de Ensino Médico que seria o órgão com os encargos jurídicos de manutenção da Faculdade. Sua primeira Diretoria assim se compunha: Presidente de Honra - César Carls de Oliveira; Presidente - Jurandir Picanço; Vice-Presidente - João Otávio Lôbo; 1º Secretário - Antônio Jorge de Queiroz Jucá; 2º Secretário - Haroldo Juaçaba; Tesoureiro - Eliezer Studart da Fonseca; Diretores - João Batista Saraiva Leão, José Ossian de Aguiar, Paulo de Melo Machado e Walter de Moura Cantídio. Cumprindo o primeiro objetivo, tratou o Instituto de Ensino Médico de atingir o segundo, o complemento natural da nova escola: um Hospital de Clínicas (HUWC, 2015a).

Em 1944, havia-se iniciado no bairro de Porangabuçu, hoje Rodolfo Teófilo, a construção do Hospital Carneiro de Mendonça, interrompida posteriormente por falta de verbas. O Instituto de Ensino Médico interessou-se em dar continuidade à obra, a qual foi transferida, no governo de Faustino de Albuquerque, à faculdade de Medicina. Com a ajuda da União, defendida pelo

deputado Paulo Sarasate, e outros auxílios federais foi dada continuidade à obra (GIRÃO, 1994).

Em 1951, a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza passou a funcionar como hospital-escola da faculdade de Medicina. Os serviços que funcionaram lá foram os percussores dos atuais serviços do Hospital Universitário Walter Cantídio, sendo que alguns desses mantiveram as mesmas equipes. A Santa Casa era mal equipada e os professores tiveram um dilema, ou trabalhavam para melhorar a instituição da Santa Casa ou lutavam para construir o Hospital das Clínicas (GIRÃO, 1994).

Em 1952, foi iniciada a construção da primeira Unidade do Hospital das Clínicas destinada à área de Medicina Interna e Doenças Infectocontagiosas (isolamento), em convênio com o Departamento Estadual da Saúde. Essa unidade constituiu o núcleo embrionário do atual Hospital Universitário (HUWC, 2015a). Em 1954, foi criada a Fundação Júlio Pinto, com suporte financeiro de Fernando de Alencar Pinto e a participação do Instituto de Ensinos Médicos, do Governo do Estado do Ceará e da prefeitura municipal. Tal Instituto tinha como objetivos a construção do Instituto Evandro Chagas e do HC. Com essa integração à Universidade, a Faculdade de Medicina ficou com maiores possibilidades de dar continuidade às obras do hospital, retomadas no fim de 1956 e conduzidas a diante, com vigor e determinação (GIRÃO, 1994).

Em 1957, o edifício principal do Hospital das Clínicas foi tido como pronto para receber a Faculdade de Medicina (GIRÃO, 1994). Com razoável rapidez, executou-se o plano traçado e, em junho de 1957, tornava-se possível a transferência da Faculdade de Medicina para o Hospital. Em 1959, foi inaugurado oficialmente o Hospital das Clínicas, com a presença do Presidente da República Juscelino Kubitschek (HUWC, 2015a).

Ainda em 1959, foram iniciadas as enfermarias de clínica médica, com 25 eleitos. Entre 1960 e 1961, com o funcionamento da clínica médica, da cirurgia e da dermatologia, o Hospital das Clínicas dispunha de 55 leitos. Em 1962, foram criadas as enfermarias de otorrinolaringologia e oftalmologia. Em 1963, foi criada a ala de pediatria. Em 1964, iniciou-se o funcionamento de gastroenterologia. Em 1964, com a chegada do Dr. Renan Magalhães, deu-se início ao serviço especializado em endocrinologia. Em 1965, foi criado o serviço de nutrição e metabolismo, por

iniciativa do Dr. Célio Girão. Em 1966, iniciou-se o serviço de nefrologia, por intermédio do Dr. Edilsio Tavares. O progresso na área de cirurgia contou com a colaboração de Haroldo Juaçaba, Newton Gonçalves e Paulo Machado. A enfermeira chefe era Madalena Saraiva Leão (GIRÃO, 1994).

Em 1967, com a transferência da Faculdade de Medicina para um prédio próximo ao local, o mesmo teve a estrutura administrativa melhor definida, contudo, hierarquicamente subordinado à Faculdade de Medicina (HUWC, 2015a).

Em 1974, pelo convênio assinado entre a Universidade Federal do Ceará e a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand, o gerenciamento do hospital passou a ser de responsabilidade desta Sociedade, o que permitiu maior flexibilidade técnico-administrativa (HUWC, 2015a).

Nos anos subsequentes, o Hospital das Clínicas passou por sucessivas reformas e ampliações na área física, com ampliação do número de leitos e criação de novos serviços. Paulatinamente, tornou-se hospital de referência não somente para a capital, como também para o interior do Estado. No início da década de 1980, passou a ser chamado Hospital Universitário Walter Cantídio, em homenagem ao Professor Doutor Walter de Moura Cantídio, um de seus fundadores (HUWC, 2015a).

Atualmente, é um centro de referência para formação de recursos humanos e, também, desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, além de desempenhar importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS (HUWC, 2015a).

O HUWC tem como missão o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente (HUWC, 2015b). O hospital é composto pela clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, UTI cirúrgica e UTI clínica, contempla serviços nas áreas de cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular periférica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, transplante hepático, transplante de medula óssea, transplante renal, traumatologia e urologia (HUWC, 2015c).

Como unidade acadêmica, destaca-se como a maior sala de aula e o maior centro de pesquisas clínicas da UFC e do Estado. Conta com 1.542 funcionários (894 da UFC, 378 SAMEAC e 265 terceirizados), 213 residentes, nove programas de pós-graduação e cerca de 1.000 estudantes de graduação (HUWC, 2015d).

2.5 Histórico da Enfermagem no HUWC

A evolução histórica dos profissionais de enfermagem no HUWC ocorreu na medida em que a quantidade de pacientes que necessitavam de internação aumentava. Como não havia dinheiro para custear esses profissionais, a verba era deslocada das construções das edificações para pagamento desses vencimentos. Percebe-se, assim, a fragilidade do vínculo empregatício a que a enfermagem era submetida nesse período, apesar de que no ordenamento jurídico da época, já se exigia processo imparcial de seleção de pessoal por meio de concurso público (RESENDE, 2012).

A formação das equipes foi se dando na medida em que os serviços eram implementados. Os primeiros foram o serviço de histologia e o de hematologia, em seguida foi instalado o setor de isolamento, conhecido como unidade de doenças infectocontagiosas e o bloco ambulatorio geral. Por fim, vieram o centro cirúrgico e as enfermarias de cirurgia adulta e de pediatria. Cada médico assumia uma enfermaria e as enfermeiras eram vinculadas diretamente a esses médicos. Posteriormente, as disciplinas que antes eram ministradas na Santa Casa, foram transferidas para o Hospital das Clínicas. Com a ampliação dos serviços prestados, além do aumento de alunos de Medicina, a equipe de enfermagem também foi ampliada pela necessidade da administração dos cuidados aos clientes (RESENDE, 2012).

No período compreendido entre 1959 e 1975, a enfermagem no Hospital Universitário Walter Cantídio foi administrada pela enfermeira Ivanilda Bruno Osório, a mesma era pós-graduada em administração e pedagogia aplicada à enfermagem. Aposentou-se da Universidade Federal do Ceará, em 1992, dando continuidade às suas atividades vinculada à Sociedade de Assistência à Maternidade Assis Chateaubriand (SAMEAC), permanecendo até 1994. O serviço de enfermagem foi

se estruturando de forma mais significativa por meio de enfermeiras formadas na Escola São Vicente de Paulo. A profissão foi deixando de ser submissa aos médicos e tornando-se científica e mais autônoma, conforme vislumbrava a chefe de enfermagem da época (RESENDE, 2012).

A enfermeira Ivanilda, vivenciando a década de 60, onde a enfermagem buscava uma prática com bases científicas, no seu dia a dia, e sendo a sua preocupação o cuidar do paciente com qualidade, obedecia aos seus propósitos profissionais, consciente do seu dever. Não se via na condição de precisar ser submissa aos profissionais de outras áreas e viver uma enfermagem sem autonomia no pensar e fazer (RESENDE, 2012, p.53).

Dando continuidade ao período anteriormente descrito, os anos de 1975 a 1983 desenvolveram-se sob a administração de enfermagem chefiada pela enfermeira Maria Costa Lobo Marreiro, graduada em enfermagem pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, em 1960, fez pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública pela Escola Nacional do Rio de Janeiro e entrou no Hospital das Clínicas em 1961. Nessa época, foi evidenciada a valorização dos profissionais de enfermagem e sua relação satisfatória com a equipe médica.

Entre os fatores motivadores estão a boa autoestima e relação entre os membros da equipe. Na sua administração, surgiu também a ideia de se elaborar o regimento interno da enfermagem do Hospital das Clínicas, no ano de 1979. Nesse regimento, foram traçadas as diretrizes para o funcionamento do serviço de enfermagem no hospital (RESENDE, 2012).

Nessa época, era urgente ampliar a formação dos profissionais de nível médio. Resende (2012) afirma que houve no Brasil rápida expansão dos cursos de auxiliares de enfermagem, contudo, privilegiou-se a quantidade em detrimento da qualidade da mão de obra.

Dando seguimento, de 1984 a 1986, sob a administração da enfermeira Raimunda Magalhães da Silva, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, ocorreu a implantação do Programa de Treinamento para Enfermeiras de Ensino em Serviço, que tinha como objetivo fomentar conhecimentos e habilidades no planejamento da assistência de enfermagem e a implantação da sistematização de assistência de enfermagem no Hospital Universitário Walter Cantídio (RESENDE, 2012).

A sistematização da assistência de enfermagem está regulamentada pela Lei 7498, de 25/06/1986 (Lei do Exercício Profissional) e é descrita como uma

atividade exercida privativamente pelo enfermeiro que usa métodos e estratégias fundamentadas no conhecimento científico, no intuito de identificar situações de saúde/doença que dão suporte às ações de assistência de enfermagem que ajudem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Mais uma iniciativa da professora Raimunda Magalhães foi a implementação na unidade de internação de pediatria do direito da criança em permanecer com a presença de um acompanhante. Ela se apoiou na Declaração dos Direitos da Criança, elaborada na Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de dezembro de 1959, baseada nos Direitos Humanos. Ainda no setor de pediatria, foi aplicado um Projeto de Atividades de Recreação Infantil para a Unidade de Pediatria, através das enfermeiras Maria do Socorro Mendonça Sherlock (professora Assistente da disciplina Materno Infantil do Departamento de enfermagem da UFC), Maria Neiraria Assis Ribeiro (chefe da Unidade Pediátrica do HUWC) e Givanilda Aquino de Souza (professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC) (RESENDE, 2012).

2.6 Nova gestão do HUWC pela EBSEH

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal, no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais (EBSEH, 2015).

Desde 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), criado pelo Decreto nº 7.082, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais; e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, à pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (EBSEH, 2015).

Com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos hospitais universitários federais, foi criada, em 2011, por meio da Lei nº 12.550, a EBSEH, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Com isso, a

empresa passa a ser o órgão do MEC, responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atua no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população, integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (EBSERH, 2015).

Entre suas competências estão:

Administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde; Prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo; Apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; Prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres; Prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; Coordenar o processo de certificação dos Hospitais de Ensino de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde (EBSERH, 2015, internet).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo do tipo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Entende-se por estudo transversal aquele cujas observações ou medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. Tais delineamentos são úteis quando se deseja descrever variáveis e seu padrão de distribuição (HULLEY *et al.*, 2008).

O estudo transversal possui como vantagem o tempo de realização curto, realizando-se apenas uma coleta de dados, com grupos de sujeitos diferentes (APPOLINÁRIO, 2012).

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período da coleta de dados. A pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura descobrir, de forma precisa, a frequência com que um fenômeno acontece, sua relação e conexão com outros, sua natureza e característica (CERVO, 2007).

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população, podendo identificar possíveis relações entre as variáveis (GIL, 2010).

Como abordagem quantitativa, entende-se que são aquelas cujas investigações se apoiam predominantemente em dados estatísticos, não significando que não possam incluir dados qualitativos. O que vai distinguir uma pesquisa qualitativa de uma quantitativa não é apenas o uso de números, mas também a via do desenvolvimento lógico (RODRIGUES, 2007).

A pesquisa foi desenvolvida em um momento em que a Instituição estava passando por uma abrangente processo de transição de gestão, onde a EBSE RH assume a administração de todo complexo hospitalar, que inclui também a Maternidade Escola Assis Chateaubriant (MEAC). Devido a isso, houve profundas mudanças na gerência dos recursos humanos, que inclui a saída da Fundação

SAMEAC, que há décadas forneceu funcionários que prestaram serviços ao HUWC e MEAC e estendeu-se também, ao remanejamento de inúmeros servidores da Universidade para setores administrativos e ambulatoriais. Com isso, a EBSE RH passou a ter quase total hegemonia no fornecimento dos profissionais à instituição, incluindo os de nível médio e superior, inclusive as chefias dos setores.

Nesse momento de mudança, observou-se uma complexa e difícil transição entre os colaboradores, pois no início do processo, quatro instituições coexistiram (UFC, SAMEAC, EBSE RH e cooperativas). Isso no meu entendimento, impactou de forma negativa a qualidade da prestação de cuidados aos clientes, pois, percebia nítida falta de entrosamento e espírito colaborativo entre os funcionários da SAMEAC, EBSE RH e cooperativas, de forma mais acentuada. Isso prejudicou enormemente o período de adaptação dos novos profissionais. Alguns por um lado sentiam-se mal acolhidos e por outro lado, os funcionários da SAMEAC e Cooperativas, sentiam-se desprestigiados e descartados.

Outro aspecto que pôde ter potencial influência na qualidade das respostas oferecidas pelos colaboradores da EBSE RH, foi a tendência natural que alguns indivíduos tem, de não manifestar suas inseguranças e inadaptação, na intenção de mostrarem-se bem adaptados e preparados.

Foi nesse cenário em que a pesquisa foi desenvolvida. O pesquisador que avaliar este trabalho, deverá levar em consideração essas questões. Além do fato de que o autor desta pesquisa é servidor da unidade em estudo e isso, poderá ter também ter influenciado de alguma forma, a maneira de como foram respondidos os instrumentos de pesquisa, apesar de ter tido uma postura de isenção e seguidos todos as exigências éticas de uma pesquisa.

3.2 Etapas da pesquisa

As organizações estão dando enfoque diferenciado em relação à gestão de pessoas, no que diz respeito à qualidade de vida no trabalho de seus colaboradores. Essa preocupação deve-se não somente atender às expectativas e reivindicações dos trabalhadores, mas também, como uma efetiva, aumentar seus lucros e impulsionar sua produtividade.

Nesse sentido, este estudo procurou investigar um fenômeno que impacta grandemente o ambiente corporativo, que é o estresse ocupacional entre profissionais enfermeiros da unidade de clínica cirúrgica de um Hospital Universitário na cidade de Fortaleza-CE. Torna-se necessária a investigação diagnóstica deste fenômeno, a fim de que se possa nortear mudanças neste ambiente de trabalho, no intuito de impactar não somente a qualidade de vida dos profissionais, mas a qualidade da prestação dos serviços prestados à comunidade.

Após a delimitação do tema, o projeto foi encaminhado a Plataforma Brasil e, ao ser aprovado, buscou-se conscientizar os coordenadores/ chefes do setor da pesquisa acerca da importância da mesma. Em seguida, ocorreu a coleta de dados com entrega dos questionários, termos de consentimento e, em seguida, os questionários foram recolhidos. Por fim, os dados foram tabulados no Excel e iniciada a avaliação e discussão desses dados.

3.3 Local do estudo

O Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, centro de referência para ensino e campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia da UFC, recebe os alunos da área da saúde de outras universidades do Estado. Reúne qualificados profissionais e nele são gerados conhecimentos na área de pesquisa clínica, cirúrgica e farmacologia clínica (HUWC, 2015a).

A pesquisa foi desenvolvida no setor de clínica cirúrgica do referido hospital. Foi escolhido este local por ser o setor onde o enfermeiro responsável pela pesquisa desenvolve suas minhas atividades há nove anos e onde há a intenção de contribuir para melhoria da qualidade de vida no trabalho.

A clínica cirúrgica é o setor do HUWC em que são internados os pacientes durante os períodos pré e pós-operatórios de diversas especialidades, como: cirurgia geral, cabeça e pescoço, digestiva, urologia, plástica, traumatologia, oncologia, coloproctologia, otorrinolaringologia, bucomaxilofacial, transplantes renais e hepáticos.

3.4 População

A população alvo da pesquisa foi composta por todos os enfermeiros que compunham a unidade de clínica cirúrgica do HUWC, obedecidos critérios de inclusão e exclusão, além da aceitação dos mesmos em participar da pesquisa

Critérios de inclusão: pertencerem ao quadro de profissionais da equipe de enfermeiros do hospital Universitário Walter Cantídio vinculados à Universidade Federal do Ceará, ou a SAMEAC e/ou a EBSEH que realizassem função de assistência direta ao paciente.

Critérios de exclusão: profissionais que tivessem vinculação a outra instituição que não fosse a UFC, a SAMEAC e a EBSEH, profissionais que se encontrassem de férias no período da coleta dos dados, ou estivessem de licença (por doença e/ou maternidade) e profissionais em área que não prestassem assistência direta ao paciente (áreas burocráticas).

A amostra coincidiu com a população, ou seja, foi composta por enfermeiros assistenciais que estivessem lotados na clínica cirúrgica, obedecidos os critérios de inclusão e exclusão, além da aceitação dos mesmos em participar da pesquisa.

3.5 Sensibilização do público-alvo

A sensibilização da população envolvida no processo é fator imprescindível para que os resultados obtidos sejam os mais fidedignos, pois a falta de confiança, compromisso e envolvimento com o estudo podem gerar distorções graves que poderiam comprometer o alcance dos objetivos.

Nesta fase, o processo de sensibilização foi iniciado na gerência de enfermagem do HUWC, quando foi explicitado, de forma clara, objetiva e ampla, os aspectos envolvidos na pesquisa. A gerência prontamente convenceu-se da relevância da pesquisa e dispôs-se a colaborar no que fosse necessário para que o estudo fosse efetivado. Logo após, a mesma estratégia foi feita na gerência da unidade específica onde o estudo foi realizado. Percebeu-se a mesma receptividade e suporte à realização do trabalho. O passo seguinte foi a sensibilização dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Após consentimento dos gestores e dos profissionais, e esclarecidas dúvidas e questionamentos, foi iniciada a pesquisa com a aplicação dos instrumentos de forma individual, obedecendo às normas éticas vigentes.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de três questionários: Escala Bianchi de Estresse, Inventário sobre *Coping* e questionário de dados complementares.

A escolha da Escala Bianchi de Estresse e *Coping* deveu-se ao fato do reconhecimento e da aplicação em vários trabalhos nacionais e internacionais, somando-se ao fato de serem validadas no Brasil.

Entende-se como questionários os instrumentos usados para levantar informações. Não restrito a uma quantidade de questões, porém aconselha-se que não seja exaustivo. Entregue em forma impressa e da mesma forma, podendo ser respondido por escrito. Pode conter perguntas fechadas ou abertas (BARROS, 2007).

A participação na pesquisa foi individual e foram entregues os três instrumentos para preenchimento a todos os indivíduos que compuseram a amostra. As informações foram coletadas e os dados registrados em papel, com o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas. Os instrumentos foram numerados em ordem crescentes e sem identificação, como forma de preservar os participantes. O tempo para preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 5 a 10 minutos. Caso o participante da pesquisa preferisse não responder no ato de recebimento, era marcado dia e hora para entrega do instrumento preenchido.

O risco para o participante da pesquisa, conforme explica a Resolução 466/12, foi mínimo, como: a exposição do participante ou o desconforto causado pelo tempo despendido para responder aos questionários. Entretanto, como explicitado anteriormente, o participante não precisava colocar nome ou qualquer dado que os identificasse nos questionários e o tempo de resposta era de 5 a 10 minutos e, caso preferisse, poderia responder em tempo oportuno e devolvê-lo posteriormente

Os formulários preenchidos eram entregues ao chefe de setor em envelope fechado e, posteriormente, ao pesquisador, como forma de não identificar o participante da pesquisa.

Assegura-se ainda que a qualquer momento o participante poderia ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que pudessem surgir.

3.6.1 Escala Bianchi

Conforme Bianchi (2009, p.1.057), a EBE trata-se um questionário autoaplicável, composta de duas partes:

1. Dados de caracterização da população: sexo idade, cargo, unidade de trabalho, tempo de trabalho, na unidade, turno de trabalho, tempo de formado, cursos de pós-graduação.
2. Estressores na atuação do profissional, compostos por 51 itens, divididos em seis domínios, que recebem uma pontuação que varia de 1 a 7, Os domínios são: relacionamento com outras unidades e supervisores (a), funcionamento adequado da unidade (b), administração de pessoal (c), assistência de enfermagem prestada ao paciente (d), coordenação das atividades (e) e condições de trabalho (f).

Contendo para cada domínio os escores:

- A) Relacionamento com outras unidades e supervisores (nove itens: 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 51);
- B) Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade (seis itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6);
- C) Atividades relacionadas à administração de pessoal (seis itens: 7, 8, 9, 12, 13, 14);
- D) Assistência de enfermagem prestada ao paciente (quinze itens: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30);
- E) Coordenação das atividades da unidade (oito itens: 10, 11, 15, 31, 32, 38, 39, 47);
- F) Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro (sete itens: 33, 34, 35, 36, 37, 48, 49).

Na análise de escore médio para o enfermeiro, para cada item e cada domínio, foi considerado o nível de estresse com a seguinte pontuação de escore padronizado:

- Igual ou abaixo de 3,0 – baixo nível de estresse;
- Entre 3,1 a 5,9 – médio nível de estresse;
- Igual ou acima de 6,0 – alto nível de estresse.

Através da análise da pontuação, pode-se avaliar o escore total do profissional. Nessa análise global, visualiza-se o nível total do trabalhador. A variação desta pontuação vai de 51 (quando todos os itens são assinalados como pouco estressantes) a 357 (quando o nível máximo de estresse é alcançado).

Outra avaliação que poderá ser realizada é a média de cada item. Essa análise é útil para verificar a intensidade do estresse para determinado grupo de profissionais.

Para calcular o escore médio, divide-se o total real do estressor pelo total de respondente que pontuaram diferente de zero. O resultado será a média. Os escores médios poderão ser comparados, a fim de descobrir o estressor mais intenso. Poderá ser avaliado ainda o escore para cada domínio. A soma dos escores dos itens correspondentes a cada domínio é dividido pelo número de itens, desta forma, obtêm-se o escore médio de cada domínio (BIANCHI, 2009).

A EBE é um instrumento de análise da variação do nível de estresse dos enfermeiros em cada tipo de unidade de atuação e que pode aferir os estressores, proporcionando dados para continuidade de modificações na atuação individual, como no coletivo, no que concerne à instituição hospitalar (BIANCHI, 2009).

3.6.2 Inventário sobre coping

Foi criado por Jalowiec, em 1991, e traduzido, adaptado e validado em 2003 para o português. Mede o uso e a eficácia de cada estilo de *coping*. Inicialmente, composto por 60 itens, atualmente consiste em 40 respostas de *coping*, escolhidas a partir da revisão de literatura, sendo instrumento que tem por base o modelo teórico preconizado por Lazarus e Folkman: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção.

Os 40 itens são dispostos em uma escala tipo *likert*, divididos por oito fatores classificatórios (confrontação, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga, resolução de problemas e reavaliação positiva), sendo a medição feita através de uma escala ordinal de 1-5, consoante ao grau de uso e frequência de cada resposta (1- nunca faço; 2- raramente faço; 3- algumas vezes faço; 4- geralmente faço; 5- sempre faço). Dos 40 itens, 15 são relativos ao *coping* focado no problema e 25 dizem respeito à emoção.

Damião *et al.* (2009) descrevem os oito fatores propostos para classificar as estratégias de enfrentamento:

Fator 1 - Confronto: corresponde às estratégias ofensivas para o enfrentamento da situação, isto é, são estratégias nas quais a pessoa apresenta uma atitude ativa em relação ao estressor.

Fator 2 - Afastamento: diferentemente das estratégias de confronto, corresponde a estratégias defensivas, em que o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação.

Fator 3 - Autocontrole: diz respeito aos esforços da pessoa em buscar o controle das emoções frente aos estímulos estressantes.

Fator 4 - Suporte social: é uma estratégia de enfrentamento que está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, sendo este fator psicossocial positivo. O primeiro deles refere-se à procura de apoio social para encontrar soluções, apoio emocional em amigos e familiares e apoio de profissionais.

Fator 5 - Aceitação de responsabilidade: ao utilizar a estratégia de aceitação de responsabilidade, aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante. Muitas vezes, sente-se responsável por desencadear a situação estressante e, neste sentido, enfrenta sentimentos de autocrítica e repreensão. Porém, esses sentimentos podem ter efeito motivador, estimulando-o a enfrentar seus problemas de outra forma, podendo manter sua doença sob controle, demonstrando autonomia.

Fator 6 – Fuga - esquivar: consiste em fantasiar sobre possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para de fato modificá-las. Pode-se descrevê-la como os esforços para escapar e/ou evitar o fator estressante.

Fator 7 - Resolução de problemas: pressupõe o planejamento adequado para lidar com os estressores. Ao invés de anular ou afastar a situação estressante de seu

cotidiano, opta por resolver seu problema, modificar suas atitudes, sendo capaz de lidar com as pressões das pessoas e do ambiente ao seu redor, diminuindo ou eliminando a fonte geradora de estresse. Pensa em um plano de ação, buscando concretizá-lo, principalmente se a solução da situação fizer com que ele não se sinta diferente dos outros e melhore sua postura.

Fator 8 - Reavaliação positiva: é uma estratégia de enfrentamento dirigida para o controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante.

3.6.3 Questionário de dados complementares

Composto por itens relacionados a informações profissionais/ trabalhistas. São eles: data de nascimento, ano de formação possuir outros empregos e quantos; principais turnos em que costuma trabalhar; média de horas por dia que costuma trabalhar; média de horas semanais que costuma trabalhar; média de horas mensais que costuma trabalhar.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em banco de dados do EXCEL e analisados pelo programa estatístico *Statistical Package Social Science* (SPSS) versão 18.0 for Windows.

Os testes estatísticos foram utilizados de acordo com a necessidade durante a análise dos dados. Os resultados obtidos foram discutidos conforme a literatura pertinente, em interlocução com dados de pesquisas similares

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado à plataforma Brasil. Os preceitos éticos foram considerados durante todo o processo de investigação, assim como os legais, em consonância com a Resolução No. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos, no que

diz respeito à destinação da pesquisa e de sua confidencialidade de sigilo, a não emissão de juízos de valor, entre outros (BRASIL, 2012).

Também solicitou-se o consentimento informado dos participantes da pesquisa e manteve-se o sigilo de identidade destes, sendo garantido o direito de retirarem-se da pesquisa a qualquer momento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos modelos atuais das gestões corporativas, percebe-se crescente ênfase nos estudos relacionados à qualidade de vida no trabalho. Houve potencial redimensionamento no modelo conceitual, no que se refere à gestão de pessoas nas últimas décadas. Essa mudança de paradigma deveu-se não somente por uma questão de avanço da cidadania e respeito aos direitos dos trabalhadores, mas também por uma questão de sobrevivência das organizações. Colaboradores que exercem ofícios em locais pouco salubres e complexos, não desenvolvem o potencial produtivo. Enquadram-se, nesse contexto, as profissões da área de saúde, as quais lidam com exigências as mais diversas e de difícil manejo.

Por essas razões, verifica-se crescente número de trabalhos envolvendo temas que afligem o ambiente laboral, principalmente na área de saúde, mais especificamente na Enfermagem. Nas pesquisas, procuram-se entender as nuances que envolvem o trabalho, os fatores condicionantes e influenciadores. Em consonância com essas preocupações, esta pesquisa buscou compreender como o estresse impacta na atividade de enfermeiros e quais mecanismos de enfrentamento ao estresse esses profissionais utilizam para lidar no cotidiano.

A pesquisa foi centrada nas clínicas cirúrgicas do Hospital Universitário Walter Cantídio, instituição pública, vinculado à Universidade Federal do Ceará.

Como forma de tornar os resultados e a discussão mais didáticos, facilitando a compreensão, dividiu-se em tópicos: o primeiro diz respeito aos resultados envolvendo o perfil sociodemográfico e laboral dos enfermeiros; o segundo tópico avalia o nível de estresse, de acordo com a Escala Bianchi de Estresse; o terceiro faz correlação entre os dados sociodemográficos e o estresse nos enfermeiros; o quarto analisa os domínios e as medidas descritivas; e o quinto e último lista as principais estratégias de *coping* usadas pelos enfermeiros.

4.1 Perfil sociodemográfico e laboral

Os dados foram coletados na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC – UFC. Estavam lotados na época 26 enfermeiros assistenciais e todos contemplavam os critérios de inclusão da pesquisa. Contudo, somente 23 aceitaram participar da

pesquisa. Todos integravam o quadro permanente da unidade, sendo sete vinculados à UFC, três vinculados à SAMEAC e 13 à EBSERH. A seguir, estão apresentados os dados de caracterização sociodemográfica e profissional da população do estudo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Variáveis	Quantidade	Percentual (%)	Estresse Médio	Desvio Padrão
Sexo				
Masculino	6	26	3,90	1,20
Feminino	17	74	3,90	2,04
Faixa etária (em anos)				
20 - 30	1	4	3,01	
31 - 40	14	60	3,80	0,82
41 - 50	5	23	3,81	1,73
> 50	3	13	4,67	1,50
Tempo de formado (em anos)				
< 1	-	-	-	-
1 - 5	10	44	3,50	0,79
6 - 10	5	22	3,42	1,02
11 - 15	8	34	4,10	1,41
> 16	-	-	-	-
Outro emprego				
Sim	13	57	4,80	1,47
Não	10	43	3,57	0,82
Horas trabalhadas				
10 - 30	-	-	-	-
31 - 40	13	57	3,70	1,02
41 - 50	4	17	4,00	1,08
51 - 60	6	26	3,90	1,2
61 - 70	-	-	-	-
Tempo na unidade (em anos)				
< 1	8	35	3,57	0,49
1 - 10	11	48	4,51	1,22
11 - 20	3	13	4,99	0,94
21 - 30	1	4	2,49	-
> 30	-	-	-	-
Turno de Trabalho				
Diurno	13	56	4,01	1,23
Noturno	10	44	3,71	0,98
Total	23	100	-	-

Sintetizando os dados sociodemográficos e laborais, percebeu-se que a maioria eram enfermeiras, 17 (74%). Trata-se de achado esperado, uma vez que a história da profissão ainda é bastante atrelada ao sexo feminino, porém o crescimento da população masculina exercendo a profissão vem ocorrendo ao longo dos anos.

Acrescenta-se a isso o progressivo aumento da população feminina no mercado de trabalho. Esse fenômeno da modernidade reforça a sobrecarga feminina. Stekel (2014) afirma que grande parte dos profissionais da enfermagem assume dupla ou tripla jornada de trabalho, e não deixando de considerar as atividades realizadas no seio familiar. Esses fatores conduzem a um desgaste e, conseqüentemente, a um estado de estresse.

De acordo com Guido et al(2009), a Enfermagem continua sendo uma profissão eminentemente feminina. Porém, percebe-se que com o crescimento da quantidade de cursos superiores, somado a um aumento progressivo da população masculina no exercício da profissão, constata-se maior inserção, evolução e reconhecimento da profissão no seio da sociedade. Na contramão de toda essa expansão, a precarização das relações trabalhistas está cada vez mais disseminada e punindo cruelmente os trabalhadores e, conseqüentemente, contribuindo para uma sociedade menos harmônica, solidária e justa profissionalmente.

A predominância feminina também foi evidenciada por Rocha e De Martino (2010), com 88,2% de enfermeiras.

Os dados da pesquisa em pauta mostram que a faixa etária mais prevalente estava entre 31 e 40 anos, em um total de 14 (60%) profissionais. Seguida do tempo de formação mais frequente que foi de 1 a 5 anos, totalizando 10 enfermeiros (44%), confirmando assim a ideia de que esses profissionais estejam desfrutando de um período produtivo e motivante da vida profissional. Percebeu-se a inexistência de profissionais recém-formados, ou seja, com menos de um ano de formação. Essa exclusão se faz de forma natural, uma vez que maior experiência profissional e acadêmica é relevante para contratação desses profissionais e costumam somar pontos na aprovação dos concursos.

De acordo com Menzani e Bianchi (2009), parte dos enfermeiros estava na faixa etária de 20 a 30 anos (32,4%) e de 31 a 40 anos (38,7%), perfazendo total de 71,1% abaixo de 40 anos, população predominantemente jovem. Achado semelhante ao que se encontrou no HUWC.

Da mesma forma, Rocha e Martino (2010) destacam que em relação à faixa etária, 15,3% dos sujeitos apresentaram menos de 30 anos de idade, 32% entre 30 e 39 anos, 41,9% entre 40 e 49 anos de idade e 10,8% acima de 50 anos. Com relação aos dados laborais dos enfermeiros da clínica cirúrgica do HUWC, 13

(57%) possuíam mais de um emprego, também 13 (57%) trabalhavam entre 31 e 40 horas semanais. Isso se deve a uma prática comum estabelecida na realidade da profissão, devido principalmente às baixas remunerações ofertadas pelo mercado de trabalho. Os profissionais são levados pela necessidade financeira a procurar formas complementares de renda. Como não é possível estender a carga horária na mesma instituição, os outros vínculos empregatícios se dão em outros estabelecimentos de saúde. Com isso, o profissional deve desenvolver novos mecanismos de adaptação e enfrentamento a situações adversas e complexas geradoras de estresse.

No estudo de Dalri *et al.* (2014), os profissionais desenvolviam suas horas extras dentro da mesma instituição, minimizando o estresse causado pela mudança do ambiente de trabalho durante carga horária exercida. Permanecendo no mesmo local, os enfermeiros tinham total domínio sobre a realidade do trabalho assumido e melhor interação com a equipe que estava sob sua supervisão e a equipe multidisciplinar. Este mesmo estudo evidenciou que 43% dos enfermeiros extrapolavam a carga horária usual das 40h semanais. Esta jornada semanal estendida causava impactos amplos, não somente em relação à qualidade de vida desse profissional, como também em relação à qualidade de vida ocupacional, além de desgaste físico e psicológico. Esse excesso de atividade profissional pode refletir, de forma decisiva, no desenvolvimento de estresse.

Conforme Pereira *et al.* (2013), dentre os enfermeiros participantes do estudo, dos hospitais A e B, respectivamente, a maioria trabalhava entre 21 e 40 horas semanais (53,3% e 52,6%). Quanto ao número de vínculos empregatícios, 40% dos enfermeiros do hospital A e 84,2% do B tinham dois ou mais vínculos empregatícios.

De acordo com o estudo de Lima e Bianchi (2010), a maioria dos enfermeiros, em um total de 68 (67,3%), possuía outro emprego e 67 (66,3%) jornada de trabalho de 12 horas por dia. Ou seja, dupla jornada e carga horária semanal extensa, semelhante à encontrada no HUWC.

Há muitos anos está em votação para aprovação o piso salarial dos profissionais de enfermagem, que seguem sem piso. A maioria das instituições de saúde paga salários muito baixos, o que leva a necessidade de possuir mais de um emprego. Assim como também está em fase de aprovação a carga horária de 30

horas semanais. Juntando o baixo salário, a jornada múltipla e a carga horária abusiva são comuns encontrar o estresse na rotina desses profissionais.

O tempo de trabalho na unidade de clínica cirúrgica do HUWC variou, sendo incidente profissionais com um a 10 anos, 11 enfermeiros (48%). Próximo a esse número, estavam oito (35%) profissionais com menos de um ano de trabalho na unidade. Este achado referente ao tempo de serviço na Unidade pode ser justificado pela recente e crescente reestruturação da gestão dos Hospitais Universitários no Brasil. Com a entrada da EBSEH nesse processo, verifica-se a entrada de novos profissionais aos quadros de servidores da instituição. O processo de substituição do vínculo da mão de obra dentro dos Hospitais Universitários é uma realidade que a cada dia se expande e se estabelece.

Achado semelhante foi obtido por Pereira *et al.* (2013), cujo tempo médio de trabalho na unidade foi de 1,83 anos para os enfermeiros do hospital A e 3,63 anos para os do B.

Segundo Lima e Bianchi (2010), em pesquisa, o tempo de trabalho na unidade para 67 (66,4 %) participantes compreendeu o intervalo entre um e dez anos.

Guido *et al.* (2011) obtiveram achados também semelhantes no que se refere ao tempo de formado, observou-se 32,87% da população distribuídos equitativamente em três faixas, de um a 10 anos, de 11 a 20 anos e de 21 a 30 anos de formado. Também verificou que 52,45% dos enfermeiros estavam situados na faixa de um a 10 anos de tempo de serviço no referido hospital.

Em relação ao turno de trabalho dos enfermeiros da clínica cirúrgica do HUWC, percebeu-se maioria atuando no período diurno, 13 (56%) enfermeiros e, no período noturno, 10 (46%) enfermeiros.

Para Rocha e De Martino (2010), quanto ao turno de trabalho, 25,6% dos enfermeiros eram do turno da manhã e também 25,5% da tarde, enquanto 40,4% eram da noite, e 8,4% trabalhavam em horário comercial. Achado semelhante ao encontrado no HUWC, com maioria dos enfermeiros em trabalho diurno.

A população em estudo encontra-se com forte potencial para aprofundar e desenvolver suas capacidades profissionais e intelectuais, no intuito de prestarem uma assistência de qualidade, contribuindo significativamente para evolução e reconhecimento maior da profissão na sociedade

4.2 Nível de estresse de acordo com a Escala Bianchi de Estresse

Para mensurar o estresse ocupacional entre esses enfermeiros, foi utilizada a escala Bianchi de Estresse que calcula a média de estresse dos enfermeiros.

Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros, segundo classificação de estresse da Escala Bianchi, Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Classificação	Quantidade	Percentual (%)
Baixo	9	39
Médio	14	61
Alto	-	-
Total	23	100

De acordo com a tabela anterior, 14 enfermeiros (61%) apresentaram nível de estresse variando de 3,0 a 5,9, o que representou médio nível de estresse. Nenhum enfermeiro teve pontuação maior que 6,0, significando que nenhum sentia-se submetido a um alto nível de estresse.

Em comparação com os dados anteriores, Guido *et al.* (2011) obtiveram em estudo que a maior parte dos enfermeiros (55,25%) encontrava-se com baixo nível de estresse, seguido de 34,26%, com médio nível de estresse. Nenhum dos enfermeiros foi classificado com alto nível de estresse.

Conforme Rocha e De Martino (2010), ao analisar achados sobre o escore total de estresse da EBS, observou que o escore médio de estresse dos enfermeiros foi de 2,6, indicando médio nível de estresse.

Estudo semelhante foi desenvolvido por Versa *et al.* (2012), desenvolvidos com enfermeiros intensivistas, em que também obtiveram nível de estresse mediano. Apresentaram escores de estresse mais elevados (em cinco dos seis domínios da EBS) quando comparados às instituições privadas. O que foi atribuído pela instituição pública ser também um hospital de ensino, no qual além das atividades assistenciais e gerenciais, o enfermeiro atua no campo do ensino e da pesquisa.

Rocha, De Martino e Ferreira (2009) também obtiveram média de 2,6, caracterizando médio nível de estresse entre os enfermeiros.

4.3 Correlações entre dados sociodemográficos, dados laborais e estresse

A partir dos dados sociodemográficos e laborais encontrados e o nível de estresse obtido com a aplicação da escala Bianchi de Estresse, foi possível traçar correlações entre ambos e verificar os que tinham relação com o aumento ou não desse estresse.

A primeira correlação foi entre gênero e estresse médio dos enfermeiros, conforme tabela abaixo.

Tabela 3 - Correlação entre gênero e estresse médio dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Gênero	Quantidade	Percentual (%)	Estresse médio	Desvio padrão
Masculino	6	26	3,90	1,20
Feminino	17	74	3,90	2,04
Total	23	100	-	-

Não houve diferença entre o estresse médio entre homens e mulheres. Ambos os gêneros tiveram o mesmo comportamento, com média de 3,9.

Analisando as medidas de dispersão de desvio padrão e coeficiente de variação, percebe-se um alto grau de heterogeneidade. Contudo, verifica-se que o gênero masculino (DP: 1,20) a dispersão relativa é menor em relação ao feminino (DP: 2,40), ou seja, os escores do estresse entre os homens são mais próximas à média, em comparação com das mulheres. Percebe-se com isso, que no gênero feminino há uma maior distribuição entre os pesquisados.

Ao comparar com pesquisas anteriores, a inferência de gênero no desenvolvimento de estresse, o gênero masculino apresentou índices mais elevados de estresse nos domínios A, D, e F, em que se encontraram atividades relacionadas ao relacionamento interpessoal (A), com média de 3,35; aos cuidados de enfermagem (D), com média de 3,74; e condições de trabalho (F), com média de 4,03. Em relação à média total para cada sexo, o masculino apresentou níveis mais elevados de estresse, com média de 3,68 (GUERRER; BIANCHI, 2008)

Na tabela a seguir, buscou-se relacionar a faixa etária desses profissionais ao nível de estresse médio.

Tabela 4 - Correlação entre faixa etária e nível de estresse dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Faixa etária (em anos)	Quantidade	Percentual (%)	Estresse médio	Desvio padrão
20 - 30	1	4	3,01	-
31 - 40	14	60	3,80	0,82
41 - 50	5	23	3,81	1,73
> 50	3	13	4,67	1,50
Total	23	100	-	-

A faixa etária com maior estresse médio foi a > 50 anos, com média de 4,67. Isso contraria aos achados em outras pesquisas de que o estresse tende a ser menor em indivíduos com maior faixa etária, devido ao mecanismo de adaptação que se submetem quando se vivenciam o mesmo ambiente e situações. Esse fenômeno foi um achado que merece maiores investigações, pois os indivíduos mais experientes e veteranos aparentam ser mais sensíveis aos efeitos e impactos do estresse ocupacional nas clínicas cirúrgicas do HUWC/UFC.

Avaliando o desvios padrões e coeficientes de variação, verificamos que em todas as faixa etárias tem uma distribuição heterogêneas. Os escores dos estresses em todas as faixas etárias são dispersas, longes da média. A faixa etária que possui maior média de estresse, acima de 50 anos de idade, possui uma heterogeneidade grande (DP: 1,50), só perdendo para a faixa etária de 41 a 50 anos (DP: 1,73).

No estudo de Guerrer e Bianchi (2008), a população estudada foi considerada jovem (80,2% com menos de 40 anos). Ao se verificar a média total para cada faixa de idade, os enfermeiros com idade entre 31 e 40 anos obtiveram escore de 3,75, os com 41 a 50 anos de 3,68 e os com mais de 51 anos, com 3,63.

Outra correlação pertinente foi o tempo de formado com o estresse médio dos enfermeiros, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Relação entre tempo de formado e estresse médio dos enfermeiros da Unidade Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Tempo de formado (em anos)	Quantidade	Percentual (%)	Estresse Médio	Desvio Padrão
< 1	-	-	-	-
1 - 5	10	44	3,50	0,79
6 - 10	5	22	3,42	1,02
11 - 15	8	34	4,10	1,41

> 16	-	-	-	-
Total	23	100	-	-

Independentemente do tempo de formado, o nível de estresse permanece em nível médio, porém, verificou-se que nos enfermeiros com formação entre 11 e 15 anos, o nível foi mais elevado (média de 4,10), seguido com os que eram formados entre um e cinco anos, com média de 3,50.

Examinando as medidas de dispersão de desvios padrões e coeficientes de variação, revelam heterogeneidade, isto é, tem escores mais distantes em relação à médias. Os pesquisados que tem dispersão relativa alta, coincide com os mesmos que possuem a maior média de estresse, que são os que tem o tempo de formado entre 11 a 15 anos (DP:1,41). Analisa-se que entre os pesquisados, o estresse impacta com grande distribuição

No estudo de Guerrer e Bianchi (2008), identificou-se a média total para cada faixa de tempo de formado, os enfermeiros com 11 a 15 anos de formação apresentaram os níveis mais elevados de estresse, com média de 3,79. Isso não é esperado, pois quanto maior o tempo de formado, menor deveria ser o estresse, uma vez que o enfermeiro com mais tempo de formado apresenta maior segurança técnica e controle sobre as situações que podem surgir em uma UTI.

A Tabela 6 relacionou profissionais que possuíam um único emprego e os que tinham dois empregos ou mais com o nível de estresse médio.

Tabela 6 - Relação entre ter outro emprego e nível de estresse dos enfermeiros na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Outro emprego	Quantidade	Percentual (%)	Estresse Médio	Desvio Padrão
Sim	13	57	4,80	1,47
Não	10	43	3,57	0,82
Total	23	100	-	-

Quem possuía outro vínculo de emprego tinha maior valor médio de estresse (4,80) quando comparado a quem não possui (3,57). Verificou-se, portanto, que os dois grupos estiveram classificados como estresse médio, contudo, quem possuía mais de um emprego estava muito próximo ao estresse máximo, isto é, com maiores chances de desenvolver problemas físicos, mentais e comportamentais

severos, como síndrome de *Burnout*, depressão, síndrome do pânico, doenças crônico-degenerativas etc.

Avaliando os coeficientes de dispersão, verifica-se que há heterogeneidade também entre os pesquisados que tem um ou mais de um vínculo empregatício, indicando uma dispersão relativa mais alta entre quem dois empregos (1,47) em comparação aos que possuem apenas um (0,82).

Versa *et al.* (2012) encontraram achado semelhante ao atentar para a média de estresse entre enfermeiros com um emprego, com média de 2,60, e nos enfermeiros com mais de um vínculo, cuja média foi mais próxima a 3,50.

A pesquisa de Lima e Bianchi (2010) mostrou que o grupo de profissionais que não possuía outro vínculo empregatício apresentou média menor de escore EBS (3,71), ao passo que os que possuíam outro emprego apresentaram escore igual a 3,97.

A seguir, a Tabela 7 abordou a relação entre o tempo de horas trabalhadas semanalmente ao nível de estresse médio apresentado pelos enfermeiros.

Tabela 7 - Relação entre média de horas trabalhadas por semana e nível de estresse dos enfermeiros na Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Nº de horas Trabalhadas	Quantidade	Percentual (%)	Estresse Médio	Desvio Padrão
10 - 30 -	-	-	-	-
31 - 40 -	13	57	3,70	1,02
41 - 50 -	4	17	4,00	1,08
51 - 60 -	6	26	3,90	1,20
61 - 70 -	-	-	-	-
Total	23	100	-	-

Quem trabalhava de 41 a 50 horas por semana apresentou nível médio de estresse maior (4,0), seguidos de quem trabalhava de 51 a 60 horas (3,90). Era de supor que aqueles que submetidos a uma carga horária maior, apresentassem um maior nível de estresse, contudo, não encontrei na literatura achados que justificassem esse achado

Todas as faixas etárias apresentam uma dispersão relativa alta, configurando populações heterogêneas, com alto coeficiente de variação. Os pesquisados onde este fenômeno ocorreu com maior intensidade foi entre os que trabalham entre 51 a 60 horas semanais, com desvio padrão de 1,20.

Ao buscar na literatura resultados que pudessem comprovar ou refutar esse achado, não foram encontrados artigos que abordassem estresse entre enfermeiros a partir do uso da EBS, com item específico de horas trabalhadas relacionado ao estresse médio. Entretanto, ao analisar mais de um vínculo empregatício, foi percebida maior presença de estresse médio entre os enfermeiros, considerando que quem possui mais de um emprego trabalha mais horas, o que pode-se justificar o achado de nível maior de estresse em profissionais com mais horas trabalhadas durante a semana.

Na Tabela 8, foi traçada a relação entre o tempo de serviço na unidade e o nível de estresse médio. Existem profissionais recentes na unidade, dada as novas contratações com a entrada da nova administradora no complexo hospitalar (EBSERH).

Tabela 8 - Relação entre tempo de serviço na unidade e estresse médio de enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Tempo na unidade (em anos)	Quantidade	Percentual (%)	Estresse Médio	Desvio Padrão
< 1	8	35	3,57	0,49
1 - 10	11	48	4,51	1,22
11 - 20	3	13	4,99	0,94
21 - 30	1	4	2,49	-
> 30	-	-	-	-
Total	23	100	-	-

Os enfermeiros com maior estresse médio foram os que estavam na unidade com tempo de 11 a 20 anos, apresentaram estresse médio de 4,99, seguido dos que trabalham na unidade entre um e 10 anos, com média de 4,51. A tabela mostra uma incongruência em relação ao nível de estresse nos enfermeiros que tem um tempo de serviço maior que 30 anos de serviço, pois apresentou um nível de estresse baixo, relaciono isso a uma individualidade da pesquisa, pois não reflete o que aconteceu com a maioria.

Avaliando os coeficientes de dispersão, observa-se que, quem possui um tempo de trabalho na unidade em estudo entre 1 a 10 anos tem uma dispersão relativa alta (DP: 1,22). Oposto com o eu acontece quem trabalha menos de 1 ano e os que estão entre 11 a 20 anos, que tiveram respostas homogêneas.

Conforme estudo de Menzani e Bianchi (2009, p. 331):

A correlação entre tempo de trabalho na unidade e escore de estresse demonstrou que havia uma correlação fraca, mas significativa, entre o tempo de trabalho na unidade e o escore total de stress dos enfermeiros de pronto socorro (Spearman = 0,22 e $p= 0,01$). Desta forma, sugere-se que o tempo de trabalho pode ser um fator negativamente correlacionado ao nível de stress, visto que quanto maior o tempo de trabalho em pronto socorro maior o nível de stress relatado.

Apesar de o estudo anterior ter sido feito no setor de emergência, com perfil diferente da clínica cirurgia, também foi visto aumento do estresse com a elevação do tempo. Ambos são setores com fluxo grande de pacientes que dependem de muitos cuidados, podendo justificar esse aumento de estresse com o passar do tempo.

No trabalho de Lima e Bianchi (2010), ao analisar o tempo de trabalho na unidade atual, notou-se que os profissionais que possuíam menor tempo na unidade (até um ano) eram os que apresentaram menor média de escore EBS (3,46). Os enfermeiros que obtiveram maior média de escore EBS (4,12) foram os que trabalhavam na unidade em um período compreendido entre 10 e 15 anos.

Por fim, procedeu-se à relação entre turno de trabalho e estresse médio, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre nível de estresse e principais turnos de trabalhos de enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Turno de Trabalho	Estresse médio	Desvio padrão
Diurno	4,01	1,23
Noturno	3,71	0,98
Total	-	-

Verificou-se na análise que independente do principal turno de trabalho cumprido pelos enfermeiros, o nível médio de estresse encontrado foi 4,01 para os que trabalhavam no turno diurno e 3,71 para os do noturno. Contudo, os profissionais que trabalhavam no turno diurno apresentavam média maior, aproximando-se à classificação de alto estresse.

Os coeficientes de dispersão mostraram-se elevados nas duas populações, isto é, tiveram comportamento heterogêneo.

Vincula-se esse fenômeno ao fato de que a complexidade e diversidade das atividades desenvolvidas na unidade durante o período diurno, como: preparação para cirurgias eletivas e de emergência, procedimentos cirúrgicos de menor complexidade na própria unidade, encaminhamentos para realização de exames intra e extra-hospitalares, intercorrências diversas, agravamento do quadro clínico dos pacientes, paradas cardiorrespiratórias, admissões de novos pacientes, preparação para alta domiciliar; procedimentos de enfermagem diversos, coordenação da equipe na execução de todas as atividades anteriores. No período noturno, a maior parte dessas atividades não acontecia ou acontecia em menor escala, fazendo com que o enfermeiro desempenhasse seu trabalho de forma mais harmônica e tranquila.

Ao observar os níveis elevados de estresse associados a uma qualidade de sono ruim durante o turno da manhã, deve-se considerar que as instituições hospitalares concentram parte de suas atividades neste período, como internações, coleta de exames laboratoriais, exames diagnósticos, visita médica e previsões de alta hospitalar (ROCHA; DE MARTINO, 2010).

No estudo de Versa *et al.* (2012), encontrou-se o inverso, em que no contexto do trabalho noturno em UTI, abordado neste estudo, foi apontado como fonte que favorece a ocorrência de estresse ocupacional em enfermeiros. Nessa perspectiva, a adoção de medidas que preservam e/ou promovem a sua saúde física e mental é notória.

O inverso também foi visto por Lima e Bianchi (2010), com relação ao turno de trabalho, os enfermeiros que trabalhavam em esquema de rodízio apresentavam média de escore de estresse EBS 4,20 maiores que do que trabalhavam nos turnos da manhã (2,33), tarde (3,75) e noite (3,83).

Considerando que os turnos podem ter papel decisivo na vida social e de lazer do profissional, afastando-o do convívio familiar, torna-se necessária a aplicação de medidas de higiene do sono nos sujeitos que apresentam alteração do ciclo vigília-sono, com intuito de amenizar os danos causados pela falta de sono (ROCHA; DE MARTINO, 2010).

4.4 Domínios e medidas descritivas

Entende-se por domínios na Escala Bianchi de Estresse o agrupamento das atividades desenvolvidas que apresentam semelhanças e relações entre si.

A Tabela 10 analisa a média de estresse por domínio. Percebe-se que o domínio com maior média é 3 (Atividades relacionadas à administração de pessoa), com média 5,0.

Tabela 10 - Medidas descritivas das médias para cada domínio dos enfermeiros da Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Domínios	Média de estresse
1	3,30
2	3,20
3	5,00
4	3,90
5	4,20
6	3,90

Domínio 1:Relacionamento com outras unidades e supervisores; domínio 2:Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade; Domínio 3:Atividades relacionadas à administração de pessoal; Domínio 4: Assistência de enfermagem prestada ao paciente; Domínio 5: Coordenação das atividades da unidade; Domínio 6: Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro.

O estudo de Guido *et al.* (2011) evidenciou que administração de pessoal apresentou maior média 3,697 ($\pm 1,492$), portanto a de maior estresse para população estudada, sendo o domínio: assistência de enfermagem prestada ao paciente, o de menor estresse, com média igual a 1,488 ($\pm 0,653$).

No estudo de Versa *et al.* (2012), o domínio que obteve altas pontuações foi: a administração de pessoal (3,71 pontos), com pontuação mediana de estresse, no que diz respeito aos enfermeiros atuantes na instituição pública (3,72 pontos). Isso possivelmente ocorreu porque, conforme foi mencionado, nas UTI investigadas o enfermeiro desempenha atividades assistenciais e, ao realizar o gerenciamento da unidade, certamente haverá acúmulo de trabalho.

O trabalho de Guerrer e Bianchi (2008) mostrou que os enfermeiros apresentaram maiores índices de estresse nas atividades relacionadas à: administração de pessoal e nas condições de trabalho para desempenho do enfermeiro, tendo sido classificado como de nível médio de estresse, pois estava com média abaixo de 4,0. O domínio Funcionamento adequado da unidade obteve

as menores pontuações (2,28 pontos). Portanto, considerado como sendo de baixo nível de estresse (VERSA *et al.*, 2012).

No tocante ao nível de estresse relacionado à Assistência prestada ao paciente, 38 (65,5%) enfermeiros consideravam se situar em nível médio; 17 (29,3%) em baixo e apenas 3 (5,2%) em alto. De modo geral, obteve-se nível medianamente estressante, haja vista que o escore total do domínio variou de 0,8 a 6,6 pontos, com média de $4,0 \pm 1,3$ pontos (INOUE *et al.*, 2013, p. 724).

Guerrer e Bianchi (2008) encontraram que ao analisar o nível de estresse para cada domínio, o que apresentou o maior nível de estresse foi o C (administração de pessoal), com escore de 3,99; seguido do F (condições de trabalho), com escore de 3,97; E (coordenação das atividades), com escore de 3,83; D (assistência de enfermagem), com escore de 3,62; B (funcionamento da unidade) com escore de 3,45; A (relacionamento), com escore de 3,29. Entende-se que A significa o mesmo que domínio 1, B é igual a domínio 2, C é igual a domínio 3, D é igual a domínio 4, E é igual a domínio 5 e F é igual a domínio 6.

O domínio da Escala Bianchi de Estresse que apresentou maior escore padronizado de estresse foi o domínio F (condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro), com escore igual a 4,65, seguido do domínio E (coordenação das atividades da unidade) com escore igual a 4,09 e domínio C (atividades relacionadas à administração de pessoal) com escore igual 4,04. Em seguida, o domínio D (assistência de enfermagem prestada ao paciente) apresentou escore 3,70, o domínio A (relacionamento) apresentou escore igual a 3,32 e o domínio B (funcionamento da unidade) apresentou escore igual a 3,21. Numa ordem decrescente entre os domínios de escore padronizado de estresse, tem-se $F > E > C > D > A > B$, cuja variação foi de 4,65 a 3,21 (LIMA; BIANCHI, 2010, p.212).

O estudo de Guido (2011) revelou que a Área C (administração de pessoal) apresenta maior média 3,697 ($\pm 1,492$), sendo assim a de maior estresse para população estudada, e a Área D (assistência de enfermagem) é a de menor estresse, com média igual a 1,488 ($\pm 0,653$).

Em ambos os gêneros, os domínios mais causadores de estresse obedecem à mesma ordem. O domínio mais impactante no estresse é o domínio 3 (relacionado à administração de pessoal), homens com média de 4,98 e mulheres com média de 4,68; seguidos pelo domínio 5 (coordenação das atividades na unidade), homens (4,31) e mulheres (4,20). Em seguida, vem o domínio 6 (relacionado às condições de trabalho), com média nos homens de 4,03 e nas

mulheres de 4,02. Em seguida, o domínio 4, nos homens média de 3,73 e nas mulheres 3,97.

Tabela 11 - Correlação entre domínios e gênero entre Enfermeiro da Unidade de Clínicas Cirúrgicas do HUWC/UFC, 2016.

Domínios/ Sexos	Estresse médio (homens)	Desvio padrão (homens)	Estresse médio (mulheres)	Desvio padrão (mulheres)
1	3,43	1,53	3,21	1,53
2	3,36	1,75	2,42	1,75
3	4,98	1,93	4,68	1,93
4	3,73	1,16	3,97	1,96
5	4,31	1,42	4,20	1,42
6	4,03	1,16	4,02	1,16

Domínio 1: Relacionamento com outras unidades e supervisores; domínio 2: Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade; Domínio 3: Atividades relacionadas à administração de pessoal; Domínio 4: Assistência de enfermagem prestada ao paciente; Domínio 5: Coordenação das atividades da unidade; Domínio 6: Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro.

Resultado similar foi encontrado no estudo de Guerrer e Bianchi (2008), os quais mostraram que na análise da interferência do gênero na ocorrência de estresse, o sexo masculino apresentou índices mais elevados de estresse nos domínios, em que se encontravam atividades relacionadas ao relacionamento interpessoal, com média de 3,35; aos cuidados de enfermagem, com média de 3,74; e condições de trabalho, com média de 4,03.

Avaliando os coeficientes de variação, observa-se que, independente do gênero em estudo, as populações mostram-se heterogêneas, com desvios padrões altos. Porém, a dispersão a população feminina teve um grau de dispersão mais elevada comparada com a masculina.

A Tabela 12 visa a mostrar em cada domínio o item que obteve a maior média de estresse.

Tabela 12 - Medidas descritivas para itens com maiores médias por domínio da Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Domínios	Itens	Estresse Médio	Desvio Padrão
1	Relacionamento com manutenção	4,10	2,35
2	Controle de equipamento e solicitação de revisão e conserto de equipamento	3,50	2,29
3	Controlar equipe de enfermagem	5,50	1,87
4	Atender emergências na unidade	5,50	1,56
5	Coordenar atividades na unidade/controlar qualidade no cuidado	5,00	2,09
6	Realizar tarefa com tempo mínimo	4,95	1,62

Os itens pertencem ao nível médio de estresse, isto é, ao intervalo compreendido entre 3,1 e 5,9, na escala Bianchi de Estresse.

O trabalho desenvolvido por Monte *et al.* (2013) detectou a maior média de estresse por domínio: no domínio 1, relacionamento com outras unidades e superiores: centro de materiais (72,7%) e administração superior (72,7%). No domínio 2, as atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade, mostrou controle do material a ser usado (81,8%), controle de equipamento (68,2%), solicitação de revisão e conserto de equipamento (72,7%). No domínio 3, atividades relacionadas à administração de pessoal, obtiveram-se os seguintes dados: controlar a equipe de enfermagem (81,8%); realizar a distribuição de funcionários (63,6%); supervisionar as atividades da equipe (90,9%). No domínio 4, percebeu-se nível médio de estresse; e atender às emergências da unidade (95%) e enfrentar a morte do paciente (90,9%); No domínio 5, coordenação das atividades da unidade, verificou-se médio ou muito desgaste com os seguintes percentuais: Controlar a qualidade do cuidado (90,9%); coordenar as atividades (90,9%). Por fim, no domínio 6, condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro, verificou-se estresse médio nos respectivos itens: realizar atividades com tempo mínimo disponível (95%).

No estudo realizado por Lima e Bianchi (2009), abordando itens com maior média por domínio, obteve-se: no domínio A, o item com maior média de estresse foi: comunicação com administração superior (item 51) e comunicação com supervisores de enfermagem (item 50), cujos escores foram 3,8, e 3,52, respectivamente. No domínio B, a atividade que obteve maior escore foi: levantamento de quantidade de material existente na unidade (item 6), com escore igual a 4,26. Com relação ao domínio C, as atividades que obtiveram maiores escores foram: controlar a equipe de enfermagem (item 7), elaborar escala mensal de funcionários (item 14), com escores iguais a 4,40, 4,21, respectivamente. No domínio D, as atividades que obtiveram maior escores foram: orientar familiares de paciente crítico (item 30), atender aos familiares de pacientes críticos (item 28), atender às necessidades dos familiares (item 21) e supervisionar o cuidado de enfermagem (item 24) com escores de 4,5. No domínio E, a atividade controlar a qualidade do cuidado (item 10), apresentou escore de estresse igual a 4,64. As

atividades do domínio F que apresentou maior escore foi o item: nível de barulho na unidade (item 37), com escore igual a 5,10.

A área que demonstrou o maior nível de stress foi a Área F (Condições de trabalho para o desempenho do enfermeiro) com um escore de 3,94, seguida da Área C (Atividades relacionadas à administração de pessoal) com um escore de 3,88; Área E (Coordenação das atividades da unidade) com um escore de 3,8; Área D (Assistência de enfermagem prestada ao paciente) com escore de 3,62; Área B (Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade) com escore de 3,33 e Área A (Relacionamento com outras unidades e supervisores) com escore de 3,05. Deve-se destacar que todas as áreas têm pontuação inferior a 4,0, denotando médio para baixo nível de stress (MENZANI; BIANCHI, 2009, p. 330).

A Tabela 13 buscou mostrar as medidas descritivas para os itens com menores médias por domínio na Escala Bianchi. Os itens pertencem ao nível médio de estresse, isto é, ao intervalo compreendido entre 3,1 e 5,9, na escala Bianchi de Estresse.

Tabela 13 - Medidas descritivas para itens com menores médias por domínio na Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Domínios	Itens	Estresse médio	Desvio padrão
1	Comunicação com supervisão de enfermagem	2,7	1,94
2	Controle do material usado	3,00	2,04
3	Elaborar escalas de funcionários	0	0
4	Prescrever cuidados de enfermagem/ orientar alta	2,6	1,80
5	Elaborar normas, rotinas e procedimentos	3,2	2,04
6	Participar de eventos científicos	2,7	1,90

Verificam-se os itens de cada domínio que menos causam impacto estressor nos profissionais. Ao relacionar as médias entre esses itens, no domínio 4, encontrou-se o item com menor média 2,6: prescrever cuidados de enfermagem/ orientar alta, seguidos pelo item: elaborar escalas de funcionários, que pertence ao domínio 3, que não pontuou.

Normalmente, os artigos citam os itens com maiores médias por domínio, entretanto, não costumam exemplificar os domínios com itens de menores médias

de estresse, porém, é pertinente mostrar tanto os que geram maior estresse quanto os que geram menor, a fim de que baseado nesses resultados, priorizem-se medidas de intervenção.

A Tabela 14 destaca os itens que obtiveram as maiores médias de estresse, independente de domínio, ou seja, de forma geral.

Tabela 14 - Medidas descritivas para itens com maiores médias da Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Itens	Estressor médio	Desvio padrão
Atender emergências na unidade.	5,60	1,56
Enfrentar a morte.	5,50	1,59
Controlar a equipe de enfermagem.	5,50	1,87
Realizar distribuição de funcionários.	5,00	2,40
Supervisionar atividades da equipe.	5,00	1,70

No estudo desenvolvido por Monte *et al.* (2013), foram detectados itens com estresse médio ou alto e alguns deles coincidiram com o que se encontrou no HUWC. Como itens com maiores médias de estresse foram: realizar a distribuição de funcionários (63,6%), controlar a equipe de enfermagem (81,8%), supervisionar as atividades da equipe (90,9%), atender às emergências da unidade (95%), enfrentar a morte do paciente (90,9%).

De acordo com o escore médio de cada item, os cinco maiores estressores para os enfermeiros do hospital A foram: realizar tarefas com tempo mínimo disponível, atender as emergências na unidade, atender aos familiares de pacientes críticos e nível de barulho na unidade, elaborar escala mensal de funcionários e o ambiente físico da unidade (FERREIRA *et al.*, 2013, p.58).

Enquanto que para o grupo de enfermeiros do hospital B foram: controlar a equipe de enfermagem, realizar a distribuição de funcionários, supervisionar as atividades da equipe, elaborar escala mensal de funcionários, o ambiente físico da unidade e controlar a qualidade do cuidado. Os estressores “elaborar escala mensal de funcionários” e “o ambiente físico da unidade” obtiveram a mesma colocação na análise dos enfermeiros dos dois hospitais (FERREIRA *et al.*, 2013, p.58).

O estudo de Menzani e Bianchi (2009) mostrou que entre as atividades consideradas mais estressantes, três delas relacionam-se com a atividade gerencial do enfermeiro: realizar tarefas com tempo mínimo disponível (média 5,5); elaborar escala mensal de funcionários (média 4,7) e realizar atividades burocráticas (média

4,0). Na área E ou domínio 5, a liderança da equipe, exercendo atividades de chefe, foram estatisticamente significantes e mais estressantes. Isto revela a grande responsabilidade que o enfermeiro que ocupa esta posição desempenha.

Na Tabela 15, destacam-se os itens que obtiveram as menores médias de estresse, independente de domínio, ou seja, de forma geral.

Tabela 15 - Medidas descritivas para itens com menores médias da Escala Bianchi, em enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Itens	Estressor Médio	Desvio Padrão
Comunicação com supervisão de enfermagem	2,70	1,94
Orientar pacientes para autocuidado	2,70	1,48
Participação em eventos científicos	2,70	1,90
Prescrição de cuidados de enfermagem	2,60	1,80
Orientação de pacientes para alta	2,61	1,73

Inoue *et al.* (2013, p.726) revelam que apesar de todos os estressores terem sido considerados como de nível mediano, as questões de número 27 (Atender às emergências na unidade), 28 (Atender aos familiares de pacientes críticos), 29 (Enfrentar a morte do paciente) e 30 (Orientar familiares de paciente crítico), foram as que obtiveram maior pontuação média.

A pesquisa de Rocha, De Martino e Ferreira (2009) mostrou que os itens com maiores médias foram: falta de recursos humanos para cobrir o plantão, escassez de material e/ou equipamento para prestar assistência e trabalhar com pessoal tecnicamente desqualificado, apresentaram, respectivamente, as médias 4,0, 4,2 e 4,2.

4.5 Estratégias de *Coping* entre enfermeiros do HUWC/UFC

O fator de *coping* com maior média entre os enfermeiros do HUWC foi o 7 que é aceitação de responsabilidade, com média 5,6. A estratégia mais utilizada foi: olhar para o problema objetivamente (média de 4,10).

Tabela 16 - Medidas descritivas dos fatores do *Coping* dos Enfermeiros da unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Fatores	Média do <i>coping</i> por fator
1	2,00
2	3,20
3	3,24
4	3,65
5	3,83
6	2,30
7	5,60
8	3,80
Média	3,45

Fator 1: Confronto; Fator 2: Afastamento; Fator 3:Autocontrole; Fator 4: Suporte social; 5:Aceitação de Responsabilidade; Fator 6:Fuga/Esquiva; Fator 7:Resolução de problemas; Fator 8: Reavaliação positiva.

Quanto às medidas descritivas para os fatores de *coping*, no estudo de Guido *et al.* (2011), evidenciou-se que a resolução de problemas correspondeu ao de maior média. Ainda foi possível visualizar que é menos utilizado, ou seja, com menor média, fator confronto.

No estudo realizado por Guido *et al.* (2009), diz respeito às estratégias de *coping* identificadas pelos enfermeiros, o fator mais utilizado foi a resolução de problemas (fator 7), sendo a aceitação de responsabilidades (fator 5) o menos utilizado. Evidencia-se que, no fator 7, o item correspondente a sentimentos e ações mais experimentados e utilizados no enfrentamento das demandas referiu-se a “redobrar esforços para fazer o que fosse necessário”.

Ainda sobre o estudo realizado por Guido *et al.* (2009), no setor de clínica médica, os fatores 3, 5 e 6, relacionados ao autocontrole, à aceitação de responsabilidades e à fuga/esquiva, não foram assinalados como *coping* prevalentes por nenhum dos enfermeiros entrevistados, o que constitui resultado positivo, uma vez que significa que os enfermeiros desse setor não reagem defensivamente, de forma a evitar confrontos com a ameaça ou regular o impacto emocional do estresse.

No trabalho de Andolhe (2009), observa-se que o estilo de *coping* predominante foi o sustentativo (37,50%), seguido do confrontivo (25,00%) e do otimista (25,00%). Destaca-se que 12,50% das enfermeiras obtiveram a mesma pontuação relativa para o estilo confrontivo e sustentativo.

No Quadro 1, destacam-se as estratégias mais utilizadas por cada fator presente na escala.

Quadro 1 - Identificação dos itens mais utilizados nos fatores de *Coping* pelos enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Fatores	Estratégias mais usadas por fator
Confronto	Ficar nervoso
Afastamento	Aceitar a situação como ela é
Autocontrole	Tentar encontrar sentido na situação
Suporte social	Procurar conforto ou ajuda de familiares e amigos
Aceitação de responsabilidade	Preocupa-se com o problema
Fuga/esquiva	Dorme achando que as coisas serão melhores quando acordar
Resolução de problemas	Olhar para o problema objetivamente
Reavaliação positiva	Sonha com uma vida melhor

Exemplificando o uso de *coping* em pesquisas com profissionais de enfermagem, Guido *et al.* (2011) encontraram que em relação ao uso de estratégias de *coping* por enfermeiros de um hospital universitário da região Sul do Brasil, o fator de classificação resolução de problemas correspondeu a mais utilizada entre esses profissionais.

Ao se analisarem os itens que compõem os fatores de coping, identificou-se que as estratégias com maior pontuação, ou seja, as mais utilizadas, referem-se a: “tentei analisar o problema para entendê-lo melhor”, seguido pelo item “analisei mentalmente o que devia fazer e o que dizer” (GUIDO *et al.*, 2009, p.619).

Na pesquisa realizada por Rodrigues e Chaves (2008), pôde-se constatar que a estratégia de *coping* mais utilizada pelos enfermeiros foi a reavaliação positiva (10,34), seguida da resolução de problema (9,91) e do autocontrole (9,86).

No trabalho de Andolhe (2009), os estilos de *coping* mais utilizados pela população estudada foram o otimista (40,00%) e o sustentativo (32,00%), seguidos do confrontivo (16,00%) e do autoconfiante (12,00%).

Estudo feito na Unidade Hemato-Oncológica de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul verificou que o fator de maior média para essa população foi o controle (média 3,66; Dp=042), e o mais utilizado pelos enfermeiros para o enfrentamento do estresse. Os itens de maior média que representam as ações mais empregadas por esta população para administrar os estressores do ambiente ocupacional foram: “Me esforço para fazer o que eu acho que se espera de mim”

(média 4,06; Dp= 0,73), “Converso com colegas que também estejam envolvidos no problema” (3,94; Dp= 0,80) e “Tento modificar os fatores que causaram a situação” (3,83; Dp= 0,79) (UMANN *et al.*, 2013).

Os itens menos utilizados nos fatores de *coping* na população de enfermeiros no presente estudo encontra-se demonstrado no Quadro 2, sendo de todas as estratégias a menos utilizada: dividir o problema em pedaços.

Quadro 2 - Identificação das estratégias menos utilizadas nos fatores de *coping* pelos enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Fatores	Estratégias menos usadas por fator
Confronto	Enlouquece, xinga e perde a energia
Afastamento	Come ou fuma mais que o habitual
Autocontrole	Tenta não se preocupar porque tudo provavelmente terminará bem
Suporte social	Conversa com pessoas que tem estado em situações semelhantes
Aceitação de responsabilidade	Descobre mais sobre a situação para lidar melhor com ela.
Fuga/esquiva	Aceita a situação porque parece sem solução
Resolução de problemas	Divide o problema em pedaços
Reavaliação positiva	Usa técnicas de relaxamento

Na pesquisa desenvolvida por Rodrigues e Chaves (2008), a estratégia de *coping* menos utilizada pelos enfermeiros foi a aceitação da responsabilidade.

No estudo de Andolhe (2009), os estilos de *coping* menos utilizados pela equipe de enfermagem foram o fatalista (41,67%), o emotivo (20, 83%) e o paliativo (14,59%). Outros 22,91% corresponderam à utilização dos estilos de *coping* evasivo, emotivo, otimista, fatalista, paliativo e sustentativo associados.

Tabela 17 - Correlação entre estratégia de *coping* e sexo entre enfermeiros da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC/UFC, 2016.

Sexo	Fator mais usado	Média do <i>coping</i>
Masculino	7	3,71
Feminino	5	4,02

Nesta pesquisa, a estratégia de enfrentamento ao estresse mais utilizada pelos homens foi o fator 7 (resolução de problemas), com média de 3,71. O *coping*

mais frequente entre as mulheres foi fator 5 (aceitação de responsabilidade), com média de 4,02.

As mulheres, por enfrentarem jornadas longas de trabalho, às vezes duplas e até triplas, e terem que conciliar com atividades da organização familiar, poder-se-ia supor empiricamente que fossem mais vitimadas pelos impactos do estresse. Contudo, o estudo mostra que a resiliência feminina consegue, de forma eficaz, equilibrar e dar respostas similares aos dos homens. As estratégias femininas de enfrentamento mostraram-se satisfatórias.

5 CONCLUSÕES

A atividade laboral traz em si potencial de gerar nos indivíduos sentimento de realização e satisfação pessoal, contudo, antagonicamente, possui também a capacidade de desencadear transtornos, entre eles o estresse.

Na área da saúde, devido à convivência constante com os dramas e o sofrimento humano, é ainda mais comum o desenvolvimento do estresse, em especial entre os enfermeiros, uma vez que prestam assistência direta aos enfermos.

Dessa forma, mensurar o estresse, identificar os principais estressores, conhecer as formas de enfrentamento (*coping*) utilizadas, torna-se essencial para que sejam desenvolvidas medidas de prevenção e promoção da saúde ocupacional, a fim de proporcionar ambiente mais salubre, produtivo e minimizando ao máximo os efeitos deletérios deste fenômeno. Buscou-se, também, conhecer o perfil sociodemográfico e analisar relações entre os dados sociodemográficos, estresse e estratégias de enfrentamento desses enfermeiros.

O local escolhido foi a Unidade de Clínica Cirúrgica do HUWC – UFC, participaram da pesquisa 23 enfermeiros. Por ser um hospital-escola, além das atribuições assistenciais, burocráticas e gerenciais, é comum o enfermeiro exercer também papéis de supervisor de estágio e preceptor de residência, atribuição a mais, além das muitas exercidas por esse profissional.

Os dados revelaram que dos 23 enfermeiros participantes da pesquisa, 17 eram do sexo feminino. A faixa etária mais prevalente foi composta por 14 enfermeiros, com idade entre 31 e 40 anos, faixa de idade bastante jovem.

Em relação ao tempo de formado, 10 profissionais haviam se graduado de um a cinco anos. Nenhum profissional tinha menos de um ano de formado. Mais da metade dos enfermeiros (13) possuía outro emprego além do HUWC/UFC. O mesmo número de profissionais teve carga horária semanal de trabalho em torno de 31 a 40 horas. No turno diurno, trabalhavam 13 pessoas e 11 enfermeiros entre um e 10 anos na unidade de clínica cirúrgica.

A partir da descrição dos dados sociodemográficos e laborais, percebeu-se que grande parte dos enfermeiros possuía carga horária excessiva, tendo que exercer cuidados de grande responsabilidade, complexidade e importância, sob uma sobrecarga de trabalho excessiva, o que pode repercutir diretamente em suas funções como enfermeiro e preceptor de estágios ou de residência em enfermagem. Considerando que erros na assistência ou no ensino podem gerar consequências diversas, desde repercussões danosas aos pacientes até no desempenho acadêmico dos alunos. Desta forma, constata-se que um foco diferenciado na gestão de pessoas é essencial para minimizar possíveis erros que comprometem o andamento da unidade e do hospital como um todo.

O estresse médio foi percebido em 14 enfermeiros e o baixo em nove, sendo que nenhum profissional apresentou estresse alto. Tanto o gênero masculino como o sexo feminino apresentaram nível médio de estresse, com média de 3,90.

Quanto aos estressores, percebeu-se que a faixa etária com maior nível de estresse englobou profissionais com mais de 50 anos de idade e entre aqueles com tempo de formação, 11 e 15 anos de graduados. A média de estresse também foi maior nos trabalhadores diurnos, entre os enfermeiros com dois empregos e naqueles com carga horária semanal de 41 a 50 horas. O que já era esperado, visto que possuir mais de um emprego acarreta maior quantidade de horas trabalhadas e, conseqüentemente, desgaste maior desse profissional.

O domínio com maior estresse foi o 3 (com estresse médio de 5), que diz respeito às atividades relacionadas à administração de pessoal. Os itens com maiores médias por domínio foram: Domínio 1 (relacionamento com manutenção); Domínio 2 (controle de equipamento e solicitação de revisão e conserto de equipamento); Domínio 3 (controlar equipe de enfermagem); Domínio 4 (atender emergências na unidade); Domínio 5 (coordenar atividades na unidade/controlar qualidade no cuidado); Domínio 6 (realizar tarefa com tempo mínimo).

O fator de enfrentamento ou *coping* com maior média entre os enfermeiros do HUWC foi o 7: aceitação de responsabilidade. A estratégia mais utilizada foi: olhar para o problema objetivamente.

De acordo com o gênero, a estratégia de enfrentamento ao estresse mais utilizada pelos homens foi o fator 7 (resolução de problemas). O *coping* mais frequente entre as mulheres foi o fator 5 (aceitação de responsabilidade).

Constata-se com este estudo que os enfermeiros da clínica cirúrgica do HUWC/UFC possuíam eficiente e positiva forma de enfrentamento ao estresse ocupacional. Assumiam postura proativa e resolutiva dos problemas próprios da unidade. Tal constatação revela achado positivo, apontando para competente forma de exercício da atividade profissional.

Diante dos achados, sugere-se que outros estudos possam ser desenvolvidos, a fim de aprofundar a temática tão relevante entre profissionais da área da saúde, de forma geral e, em especial, aos enfermeiros que prestam cuidados direto ao paciente de forma ininterrupta, dia após dia.

A partir dos dados obtidos, é importante também mobilização pessoal, assim como institucional, como forma de tentar reduzir os estressores e, conseqüentemente, o nível de estresse desses profissionais, a fim de que possam desenvolver atividades profissionais sem interferir de forma negativa na qualidade de vida.

As principais limitações da pesquisa estiveram relacionadas ao curto tempo para desenvolvimento da mesma, pois se tratou de uma pesquisa para desenvolvimento de dissertação. Teve-se também um tempo de espera longo para aprovação na plataforma Brasil. Isso limitou a amostra e os setores, pois a quantidade total de enfermeiros do HUWC em diferentes turnos e dias de plantão tornou-se inviável, dado o tempo disponível. Além dos profissionais que não aceitaram participar da pesquisa por desconhecimento da importância que esses achados podem trazer para a o desenvolvimento da profissão no setor e na instituição. Ademais, dos profissionais que aceitaram participar, mas não devolveram os instrumentos preenchidos.

Outro aspecto que pode ter tipo efeito limitador do estudo foi o fato do autor ser lotado no setor investigado e isso ter interferido na isenção das respostas, mesmo tendo sido obedecido todos os critérios éticos para uma pesquisa científica.

Por meio da metodologia usada neste estudo, sugere-se que o mesmo possa ser replicado em outras unidades do HUWC, em outras instituições hospitalares de ensino, assim como também em outros hospitais públicos e também particulares, como forma de comparar o nível de estresse e avaliar a eficiência das formas de enfrentamento usadas pelos profissionais enfermeiros nessas instituições.

Acredita-se que mesmo se tratando de hospitais-escolas semelhantes, cada região tem suas particularidades e cada população desenvolve formas diferentes de lidar com o estresse. Também seria interessante analisar tal situação nos demais profissionais da área da saúde que realizam contato direto ao paciente, como médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANDOLHE, R. **Stress e coping da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama**. 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado em Economia) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria, 2009.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

BARROS, A. J. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice HALL, 2007.

BELEZA, C. M. F. *et al.* Riscos ocupacionais e problemas de saúde percebidos por trabalhadores de enfermagem em unidade hospitalar. **Ciencia y Enfermeria**, v.19, n.3, p.73-82, 2013.

BIANCHI, E. R. F. Escala Bianchi de Stress. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. esp, p. 1055-1062, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução n. 466/2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. **Lei N 7.498/86, de 25 de Junho de 1986**: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 1986.

CERVO, A. L. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, M. A. S. **O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, 2010**. Rio de Janeiro - RJ. 66f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

DAMIÃO, E. B. C. *et al.* Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. esp, p.1199-1203, 2009.

DALRI, R. C. M. B. *et al.* Carga horário de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n.6, p.959-965, 2014.

DOLAN, S. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark, 2006.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **História [Internet]**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>. Acesso em: 08 mar. 2015.

FARIAS, S. M.C. *et al.* Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, p.722-729, 2011.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 3, p.487- 493, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRÃO, C. B. **Memórias do Hospital das Clínicas, fraguimentos da história do Hospital Escola da UFC**. Ceará: Ed.UFC, 1994.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 2, n. 42, p.355-362, 2008.

GUIDO, L. A. *et al.* Estresse, *coping* e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.6, p.1434-1439, 2011.

GUIDO, L. A. *et al.* Estresse, coping e estado de saúde de enfermeiros de clínica Médica em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.4, p. 615-621, 2009.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.694-701, 2010.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC). **Histórico [Internet]**. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=17>. Acesso em: 09 mar. 2015a.

_____. **Missão e valores [Internet]**. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=21>. Acesso em: 09 mar. 2015b.

_____. **Indicadores Hospitalares [Internet]**. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=89>. Acesso em: 09 mar. 2015c.

_____. **Bem Vindo [Internet]**. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=12>. Acesso em: 09 mar. 2015d.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INOUE, K.C. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 722-729, 2013.

INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION. **Dia Nacional de Conscientização do Estresse [Internet]**. Disponível em: <http://www.ismabrasil.com.br/noticia/dia-nacional-de-conscientizacao-do-stress-150>. Acesso em: 08 out. 2015.

LIMA, G. F.; BIANCHI, E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 2, p.210-218, 2010.

LIMA, M.B. *et al.* Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, v.5,n.1, p. 3259, 2013.

MAGAGNINI, M. A. M.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.302–308, 2011.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev Enferm**, v.17, n.1, p. 122, 2009.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.2, p. 225-235, 2011.

MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p.327-333, 2009.

MONTE, P.F. *et al.* Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 421-427, 2013.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.59, n.5, p.661-665, 2006.

OVEJERO BERNAL, A. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o estresse psicológico e o estresse no trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAFARO, R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.2, p.152-160, 2004.

PEREIRA, D. S. *et al.* Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.4, p.55-61, 2013.

POLEDUC. MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. Disponível em: <http://www.poleduc.ufc.br/> Acesso em: 09 mar. 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, E.L. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.6, n.2, p. 581, 2014.

RENNER, J. S. *et al.* Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **REME rev. min enferm**, v.18, n.2, p.440-446, 2014.

RESENDE, ELIANA DE GOES. **Memórias da Administração da Enfermagem de um Hospital de Ensino em Fortaleza-CE:** (Re) Construção a Partir da História Oral. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2012.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.3, p. 413-420, 2010.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F.; FERREIRA, L. R. C. Stress do enfermeiro que atua em diferentes setores do ambiente hospitalar: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, p.1-9, 2009.

RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. L. Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.1, p. 24-28, 2008.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica:** como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA, A. S. S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.19, n.4, p. 1025-1032, 2011.

ROSSI, A. M. *et al.* **Estresse e qualidade de vida no trabalho:** perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P.; LAUS, A. M. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.2, p. 330-337, 2009.

SELEGHIM, M.R. *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Rev Gaúcha Enferm**. v.33, n.3, p.165-173, 2012.

STEKEL, L.M.C. **Estresse e coping entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um Hospital Universitário**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande, 2014.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.48, n.5, p. 891-898, 2014.

UMANN, J. *et al.* Estresse e coping entre enfermeiros de unidade hemato-oncológica. **Rev Rene**, v.14, n.4, p.783-790, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), **A Universidade – Início [Internet]**. Disponível em <http://www.ufc.br/a-universidade>. Acesso em: 08 mar. 2015.

VERSA, G. L. G.S. *et al.* Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 78-85, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em duas vias, firmado por cada participante – voluntário (a) da pesquisa.

Caro profissional Enfermeiro (a) _____

_____ sou aluno do Curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando, neste momento, um trabalho sob a orientação da Professora Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues, com o título: **Nível de Estresse e Coping Entre Enfermeiros de um Hospital Universitário Público em Fortaleza- Ceará.**

Assim, você está sendo convidada (o) a participar dessa pesquisa, para que possamos descrever uma prática investigativa visando identificar os estressores, o nível de estresse e o modo de enfrentamento de profissionais da equipe de enfermagem de um hospital escola. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A sua colaboração, caso aceite participar da pesquisa, será individual, onde serão entregues três instrumentos para preenchimento, são eles: Escala Bianchi de Stresse, Inventário Sobre Coping – Jalowiec – 40 itens e Dados Complementares. As informações serão coletadas e os dados registrados em papel, porém damos a garantia de que as informações que estamos obtendo, serão usadas apenas para a realização do nosso trabalho. Os instrumentos serão numerados em ordem crescentes e sem nomes ou iniciais como forma de preservar a identidade dos participantes. O tempo para preenchimento dos questionários é de aproximadamente 5 a 10 minutos, caso o participante da pesquisa prefira não responder no ato de recebimento, poderá ser marcado dia e hora para entrega do instrumento já preenchido ao pesquisador.

O risco para o participante da pesquisa conforme explica a resolução 466/12 é mínimo tais como: a exposição do participante, ou o desconforto causado pelo tempo despendido para responder os questionários. Entretanto como explicitado anteriormente o participante não precisa colocar nome ou qualquer dado que os identifique nos questionários e o tempo de resposta é de 5 a 10 minutos e caso

prefira poderá responder em tempo oportuno e devolve-lo posteriormente ao pesquisador.

Asseguramos ainda que a qualquer momento o participante poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

O participante da pesquisa também tem liberdade de retirar sua assinatura (consentimento) a qualquer momento e não mais participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo.

Ressaltamos que neste estudo não haverá pagamento para sua participação, no qual todas as despesas serão de nossa responsabilidade. E, finalmente, informamos que, ao apresentar o nosso trabalho, não usaremos o seu nome e nem daremos nenhuma informação que possa identificá-la (o).

Caso precise entrar em contato conosco, informamos nosso nome e telefone, já que somos os responsáveis pela pesquisa.

Nome: Paulo Augusto Soares Barros (85117202) e Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues.

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 33668338.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecida (o) pelo pesquisador e entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ____/ ____/ 2015

Assinatura da (o) participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador da pesquisa

APÊNDICE B – DADOS COMPLEMENTARES

- 1) Data de nascimento: _____
- 2) Ano de formação: _____
- 3) Outros empregos: SIM () NÃO () Se sim, quantos: _____
- 4) Principais turnos em que costuma trabalhar: _____
- 5) Média de horas por dia que costuma trabalhar: _____
- 6) Média de horas semanais que costuma trabalhar: _____
- 7) Média de horas mensais que costuma trabalhar: _____

ANEXO A – ESCALA BIANCHI DE ESTRESSE

Este questionário tem a finalidade de levantar dados para conhecer a sua opinião quanto ao desempenho de suas atividades. NÃO PRECISA IDENTIFICAÇÃO. Assinale a alternativa que revele a sua percepção, levando em consideração os números:

0) Não se aplica / não faço 1) Pouco desgastante 4) Médio 7) Muito desgastante

PARTE 1

Sexo: feminino () masculino ()

Faixa etária: () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () mais de 50 anos

Cargo:

Unidade a que pertence:

Tempo de formado: () menos de 1 ano () de 2 a 5 anos () de 6 a 10 anos () 11 a 15 anos

() mais de 16 anos

Cursos de pós-graduação: () não () sim Qual (is) _____

Tempo de trabalho nessa unidade:

PARTE 2

1. Previsão de material a ser usado	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Reposição de material	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Controle de material usado	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Controle de equipamento	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Solicitação de revisão e consertos de equipamentos	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Levantamento de quantidade de material existente na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Controlar a equipe de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Realizar a distribuição de funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Supervisionar as atividades da equipe	0 1 2 3 4 5 6 7
10. Controlar a qualidade do cuidado	0 1 2 3 4 5 6 7
11. Coordenar as atividades da unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
12. Realizar o treinamento	0 1 2 3 4 5 6 7

13. Avaliar o desempenho do funcionário	0 1 2 3 4 5 6 7
14. Elaborar escala mensal de funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7
15. Elaborar relatório mensal da unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
16. Admitir o paciente na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
17. Fazer exame físico do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
18. Prescrever cuidados de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7
19. Avaliar as condições do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
20. Atender as necessidades do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
21. Atender as necessidades dos familiares	0 1 2 3 4 5 6 7
22. Orientar o paciente para o auto cuidado	0 1 2 3 4 5 6 7
23. Orientar os familiares para cuidar do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
24. Supervisionar o cuidado de enfermagem prestado	0 1 2 3 4 5 6 7
25. Orientar para a alta do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
26. Prestar os cuidados de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7
27. Atender as emergências na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
28. Atender aos familiares de pacientes críticos	0 1 2 3 4 5 6 7
29. Enfrentar a morte do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
30. Orientar familiares de paciente crítico	0 1 2 3 4 5 6 7
31. Realizar discussão de caso com funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7
32. Realizar discussão de caso com equipe multiprofissional	0 1 2 3 4 5 6 7
33. Participar de reuniões do Departamento de Enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7
34. Participar de comissões na instituição	0 1 2 3 4 5 6 7
35. Participar de eventos científicos	0 1 2 3 4 5 6 7
36. O ambiente físico da unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
37. Nível de barulho na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
38. Elaborar rotinas, normas e procedimentos	0 1 2 3 4 5 6 7
39. Atualizar rotinas, normas e procedimentos	0 1 2 3 4 5 6 7
40. Relacionamento com outras unidades	0 1 2 3 4 5 6 7
41. Relacionamento com centro cirúrgico	0 1 2 3 4 5 6 7
42. Relacionamento com centro de material	0 1 2 3 4 5 6 7
43. Relacionamento com almoxarifado	0 1 2 3 4 5 6 7
44. Relacionamento com farmácia	0 1 2 3 4 5 6 7
45. Relacionamento com manutenção	0 1 2 3 4 5 6 7

- | | |
|--|-----------------|
| 46. Relacionamento com admissão/alta de paciente | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 47. Definição das funções do enfermeiro | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 48. Realizar atividades burocráticas | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 49. Realizar tarefas com tempo mínimo disponível | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 50. Comunicação com supervisores de enfermagem | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 51. Comunicação com administração superior | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

Sugestões e comentários

ANEXO B - INVENTÁRIO SOBRE COPING – JALOWIEC – 40 – ITENS

Instruções: Assinale um número de 1 a 5, de acordo com a seguinte escala, em relação as questões do que você faz quando tem que enfrentar um problema.

- 1= Nunca faço.
 2= Raramente faço.
 3= Algumas vezes faço.
 4= Geralmente faço.
 5- Sempre faço.

1	Tenta manter a situação sob controle.	1	2	3	4	5
2	Aceita a situação como ela é.	1	2	3	4	5
3	Tenta mudar a situação.	1	2	3	4	5
4	Faz alguma coisa só por fazer.	1	2	3	4	5
5	Olha para o problema objetivamente.	1	2	3	4	5
6	Tenta encontrar sentido na situação.	1	2	3	4	5
7	Direciona-se para uma coisa melhor.	1	2	3	4	5
8	Realiza um plano de ação.	1	2	3	4	5
9	Conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações similares.	1	2	3	4	5
10	Tenta várias maneiras de resolver o problema para saber qual é a melhor.	1	2	3	4	5
11	Reflete sobre diferentes modos de lidar com a situação.	1	2	3	4	5
12	Pensa sobre como lidou com outros problemas no passado.	1	2	3	4	5
13	Divide o problema em “pedaços”.	1	2	3	4	5
14	Descobre mais sobre a situação para lidar melhor com ela.	1	2	3	4	5
15	Deixa outra pessoa resolver o problema.	1	2	3	4	5
16	Preocupa-se com o problema.	1	2	3	4	5
17	Tenta não se preocupar porque tudo provavelmente terminará bem.	1	2	3	4	5
18	Exercita-se ou faz qualquer atividade física.	1	2	3	4	5
19	Aceita a situação porque é seu destino.	1	2	3	4	5
20	Tenta “afastar” o problema por um tempo.	1	2	3	4	5
21	Tem esperança que as coisas vão melhorar.	1	2	3	4	5
22	Vai dormir achando que as coisas serão melhores quando acordar.	1	2	3	4	5
23	Fica nervoso.	1	2	3	4	5
24	Espera o pior que pode acontecer.	1	2	3	4	5
25	Tenta convencer-se de que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
26	Come ou fuma mais que o habitual.	1	2	3	4	5
27	Evita ficar com pessoas.	1	2	3	4	5
28	Reza, confia em Deus.	1	2	3	4	5
29	Descarrega suas tensões em alguém.	1	2	3	4	5
30	Não faz nada esperando que o problema seja resolvido sozinho.	1	2	3	4	5
31	Aceita a situação porque parece sem solução.	1	2	3	4	5
32	Toma remédio.	1	2	3	4	5
33	Afasta-se do problema.	1	2	3	4	5
34	Procura conforto ou ajuda de familiares ou amigos.	1	2	3	4	5

35	Sonha com uma vida melhor.	1	2	3	4	5
36	Toma bebida alcoólica para se sentir melhor.	1	2	3	4	5
37	Chora, fica depressivo.	1	2	3	4	5
38	"Enlouquece", xinga, perde a energia.	1	2	3	4	5
39	Usa técnicas de relaxamento.	1	2	3	4	5
40	Culpa os outros pelo seus problemas.	1	2	3	4	5

ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO – PLATAFORMA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÍVEL DE ESTRESSE E COPING ENTRE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA DE FORTALEZA.

Pesquisador: Paulo Augusto Soares Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47503115.3.0000.5045

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.209.598

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÍVEL DE ESTRESSE E COPING ENTRE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA DE FORTALEZA.

Pesquisador Responsável: Paulo Augusto Soares Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47503115.3.0000.5045

Submetido em: 07/09/2015

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Receção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_503001

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS E NORMATIZAÇÃO DA ABNT

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu, Luana Monteiro Rodrigues, graduada em Letras, pela Universidade Federal do Ceará, portadora do registro profissional nº 47862817/SEDUC-CE, realizei a revisão de português e das referências, conforme ABNT 6023, da dissertação intitulada *nível de estresse e coping de enfermeiros do setor de clínica cirúrgica de um hospital universitário público, em Fortaleza-Ceará*, sob autoria de Paulo Augusto Soares Barros.

Fortaleza, 29 de fevereiro de 2016.



Prof^a. Luana Monteiro Rodrigues
Graduada em Letras pela Universidade Federal
do Ceará (UFC). Especialista em Ensino de
Língua Materna (UECE). Portadora do registro
Profissional nº. 47862817/SEDUC-CE