

# A UNIDADE CIRÚRGICA E A VISÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM PARA OS PROVÁVEIS ESTRESSORES NA ATIVIDADE LABORATIVA

GONÇALVES, Mirian de Souza<sup>1</sup>  
NUNES, Eliane<sup>1</sup>  
ROMÃO, Adriana<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender os prováveis estressores na atividade laborativa dos técnicos de enfermagem em unidade de centro cirúrgico, através de experiências vivenciadas em sua rotina. Na maioria das vezes o profissional da enfermagem se submete ao trabalho exaustivo, a sobrecarga de trabalho na qual alteram seu estado emocional, fazendo com que interfira diretamente no seu estado físico, ficando vulnerável a desenvolver doenças ocupacionais. As relações profissionais são consideradas muito importantes para a manutenção de um ambiente de trabalho, sendo baseadas no respeito e diálogo. O cotidiano profissional é marcado por dificuldades com a equipe, familiares e pacientes. Sendo assim, espera-se que esta pesquisa contribua para a formação de um senso crítico em relação ao tema elencado e aplicação no cuidado prestado ao indivíduo, estimulando novas reflexões na tentativa de que outros profissionais passem, a partir desta abordagem, a refletir e até mesmo sistematizar novos métodos e ações para o cuidar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estresse. Centro Cirúrgico. Técnicos de Enfermagem.

## A SURGICAL UNIT AND THE VISION OF TECHNICAL NURSING FOR PROBABLE STRESSORS IN OCCUPATIONAL ACTIVITIES

### ABSTRACT

This study aims to understand the likely stressors in occupational activities of nursing staff in the operating unit, through experiences in your routine. Most often the professional nursing undergoes thorough job, work overload in which alter their emotional state, causing interferes directly on your physical condition, getting vulnerable to develop occupational diseases. Professional relationships are considered very important for the maintenance of a working environment, being based on respect and dialogue. The daily work is marked by difficulties with staff, families and patients. Thus, it is expected that this research will contribute to the formation of a critical sense in relation to the subject and application part listed in the care provided to the individual, stimulating new thinking in trying to pass other professionals from this approach and to reflect even systematize new methods and actions to take care of.

**KEYWORDS:** Stress. Surgical Center. Nursing Technicians.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste em uma reflexão acerca do processo laborativo do técnico de enfermagem, a percepção dos prováveis estressores na atividade laborativa do técnico de enfermagem em unidade de centro cirúrgico, que no decorrer do exercício profissional em um hospital de caráter de ensino, observou-se que durante sua atividade desenvolve o cuidado da saúde de outras pessoas, o que muitas vezes não faz para si próprio.

A problemática se concerne ao contexto de que o trabalhador de unidade de centro cirúrgico por ser uma área crítica, a tensão é uma constante, o grau de estresse desses trabalhadores vem sendo observados em escala crescente e acarretando um vertiginoso aumento nos problemas de saúde física e psicológica destes, além de influenciá-los de forma negativa em sua qualidade de vida e produtividade.

Com base em pesquisas realizadas, obtemos a oportunidade de fazer algumas considerações acerca da relação dos estressores e a equipe técnica de enfermagem. Desta forma, o estudo aqui apresentado permite atentar e refletir sobre o técnico de enfermagem que, pressionado por obter êxitos em suas tarefas, com responsabilidade de não pactuar com a probabilidade de erro se propõe cada vez mais a responsabilizar-se pelo seu desenvolvimento e acredita-se que o aperfeiçoamento da prática depende de adaptações pessoais e não de sua saúde íntegra.

A relevância deste estudo consiste em identificar fatores estressores na prática dos técnicos de enfermagem, obtendo o conhecimento de fatores que possam significar a possibilidade de mudanças e repercutir na vida profissional do técnico de enfermagem, assim como, com quem estabelece relações de ensino-aprendizagem e qualidade de sua saúde e vida.

Este artigo pretende se justificar por meio da análise junto ao técnico de enfermagem em unidade de centro cirúrgico os estressores em seu cotidiano. Estes trabalhadores observam-se em um mar de tensão e situações difíceis onde à agilidade e o perfeccionismo são exigidos incessantemente, razão pela qual se torna imprescindível para este trabalhador, aprender a utilizar o estresse de forma propulsora e conviver com esta situação de forma saudável.

O estudo elencado favorece a busca de novos conhecimentos, e ampliação da visão quanto à necessidade de novas abordagens para o cuidado com a equipe de técnico de enfermagem, proporcionando novas opções não apenas na área do conhecimento, mas a abertura de novos olhares a essa categoria profissional e suas interfases em relação a sua saúde.

<sup>1</sup> Acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG.

## 2. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura, cuja trajetória metodológica pautou-se na exploração de pesquisa de campo, com abordagem quali/quantitativa. A seleção do material pesquisado, bem como em sua revisão integrativa, contribuiu para o processo de síntese dos resultados de vários estudos, criando um corpo de literatura compreensível.

A técnica de escolha intencional tem como principal limitação à impossibilidade de generalização dos resultados da investigação, já que tem validade dentro de um contexto específico (LEOPARDI, 2001; MARCONI & LAKATOS, 2011).

Após a definição do tema, fez-se necessário delimitar o assunto. A busca dos artigos foi realizada na biblioteca virtual em saúde – disponível na página da BIREME – sendo que as bases de dados utilizadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BDEF (Base de Dados de Enfermagem). Foi realizada uma busca pelos descritores em ciências da saúde (DeCS). Foram selecionados os descritores: “técnicos de enfermagem” e “técnicos de enfermagem e a unidade cirúrgica”; Onde se definiu que as publicações pesquisadas, compreendendo a produção bibliográfica/pesquisas/estudos/pesquisas produzidos no Brasil, para viabilizá-la. Foi utilizado para a pesquisa de campo o teste convalidado por Carneiro (2010), como um instrumento de coleta de dados contendo três fases interativas junto aos sujeitos do estudo.

Tendo concluído esta etapa foram realizados fichamentos envolvendo toda a bibliografia disponibilizada inicialmente e considerada relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Após leitura e exploração do material procedeu-se a análise e interpretação do material bibliográfico a partir da elaboração de um texto preliminar contemplando-se os pontos principais do estudo proposto. Após a elaboração deste, as autoras buscaram identificar lacunas conforme os precedentes estruturais, contribuindo para redação final da pesquisa.

A pesquisa de campo foi direcionada por meio de questionários junto ao técnico de enfermagem que se encontrava em escala laboral, nos meses de agosto e setembro de 2013, na Instituição Hospitalar São Lucas de Cascavel (HSL-FAG) que atende a convênio e o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo referência a 10ª Regional de Saúde -PR.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, os pesquisadores fizeram uso de várias fontes teóricas provenientes de livros, revistas e artigos, com objetivo de embasar e aprofundar cientificamente o conhecimento sobre o referido assunto que move toda a pesquisa, desde a elaboração do projeto até a finalização do artigo.

A coleta de dados somente foi realizada após a aprovação e autorização conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000) e Parecer de Aprovação 165/2012. Após entrega e preenchimento dos questionários para os técnicos de enfermagem, foi reforçada pelos pesquisadores que o questionário não tinha o objetivo de intervenções e encaminhamentos clínicos e sim sua contribuição no estudo.

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS GERAIS E A ENFERMAGEM

A palavra hospital vem da origem latina – *hospitalis* e é derivada do termo “hospes” que significa hóspedes. Era assim definido pelo fato de que antigamente nestas casas de assistência eram recebidos peregrinos pobres e enfermos. Conforme Ministério da Saúde - MS (1965) o hospital teve sua origem antes mesmo da era cristã, porém, foi o cristianismo que impulsionou e desvendou novos horizontes ao serviço de assistência a saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (1965), o interesse pela saúde teve início quando o homem, preocupado com o bem estar de sua família, foi obrigado a pensar em cuidados e recursos para a proteção da saúde da mesma, e posteriormente, com o conseqüente aumento da população, tornou-se necessário o planejamento de ações para a proteção da saúde coletiva.

Para Collet e Oliveira (2002), os serviços de saúde tomam força a partir da revolução industrial e do fortalecimento do capitalismo, com o intuito de manter a força de trabalho humano atuante e garantir esta forma de estrutura governamental.

Conforme Houaiss (2004) *apud* MOZACHI, 2009) hospital é um estabelecimento próprio para internação e tratamento de doentes ou de feridos, que deve agir com hospitalidade e benevolência. Os hospitais ou estabelecimentos assistenciais de saúde, de acordo com a natureza da unidade, podem ser divididos ou classificados de várias maneiras, podendo ser classificado pelas especialidades.

Para Mozachi (2009), o ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho insalubre onde pacientes e profissionais estão expostos a agressões de diversas naturezas.

No dicionário Hoassis, a palavra Enfermagem significa: Em (aproximação, introdução e transformação); Firm (i) (firmeza, solidez, persistência, força, fortaleza); Agem (indicativo de ação ou resultado de ação). A palavra

Enfermagem é usada em oposição ao vocábulo Enfermo (aquele ou aquela que se encontra doente, fraco, débil, que padece de algum mal físico, mental ou moral) (PIRES,1989,p.121).

Para Geovanini (2002), a enfermagem tem se desenvolvido conforme a evolução da civilização no desenrolar de sua história no mundo primitivo, medieval e moderno, sofrendo influências que moldaram seu perfil. Na sua compreensão, a evolução das práticas de saúde tem maior ênfase a partir da Grécia clássica. O mundo grego, na época com um desenvolvimento superior ao dos outros mundos civilizados antes dele, tinha a religião como um fator de grande interferência nas práticas a saúde, realizadas através de milagres e encantamentos com a intenção de curar os males do corpo e da alma causados pelo demônio.

No entendimento de Geovanini (2002), os sofrimentos com as guerras sagradas, no final do século V e início de IV, também o progresso da ciência e da filosofia, trouxeram transformações morais e espirituais no mundo grego, mudando os conceitos que se tinha em relação aos deuses, colocando em dúvida seus poderes, erradicando velhas crenças. Fase esta, onde as práticas de saúde místicas e sacerdotais são substituídas pelas práticas que se baseiam na relação do homem com a natureza e suas leis mutáveis.

Para Murta (2009), a enfermagem moderna surge com a finalidade principal de organizar de forma hierárquica o espaço hospitalar. Esta nova enfermagem se orienta pelo modelo de “ensino Nightingaleano”, surgido na Inglaterra em 1860 contemporâneo à ascensão capitalista.

Naquela época a enfermagem estava sob piores condições, devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e de experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada.

É neste cenário que a enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (ANDRADE, 2008).

Em 1926 foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, registrado em 1928, sofreu mudanças e que hoje é denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sem fins lucrativo e que agrega enfermeiros e técnicos de enfermagem. Em 12 de julho de 1973, pela lei o Conselho Federal de Enfermagem se juntou a ABEn para disciplinar o exercício profissional, defender os direitos econômicos e as condições de trabalho dos enfermeiros brasileiros (GEOVANINI, 2002).

### 3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CENTRO CIRÚRGICO E A ENFERMAGEM

Conforme Mozachi (2009), centro cirúrgico unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata. É composta das seguintes áreas: área de recepção de pacientes, área de escovação, salas de cirurgia, área de prescrição médica, posto de enfermagem e serviços, sala de recuperação pós-anestésica e área de apoio como: sanitário com vestiário para funcionários e médicos, DML, guarda de equipamento, guarda de material esterilizado e copa. Central de material esterilizado (CME) no expurgo realiza-se a recepção, desinfecção, separação e lavagem dos materiais. A área de preparo e esterilização destina-se a preparar e esterilizar os materiais e as roupas vindas da lavadeira.

Segundo Gordon (1996) e Le Golff (1997), os procedimentos cirúrgicos tiveram início do século XV, quando os barbeiros realizavam sangrias em doentes, incisões de abcesso e reduções de fraturas. Sala cirúrgica destes hospitais mais antigos não existia preservação asséptica, nelas eram “depositadas” pacientes que iriam passar por procedimentos cirúrgicos, os que se submetiam ao ato operatório e ainda aos pós-operados. Percebia-se que a mortalidade de pacientes era alta e devido a esta análise, começou-se destinar maior auxílio monetário a causa, melhorando, desta forma, as condições hospitalares através do aperfeiçoamento das instalações e dos equipamentos, fazendo com que a classe ativa, beneficiadas financeiramente da população, também procurasse atendimento nestas instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

No período de 1900 a 1919, a preparação do paciente para cirurgia se dava em casa, quando marcada a cirurgia, o preparo era o banho de sol, uma boa alimentação, fazia o preparo do corpo tomando banho e repousando por determinado período. Chegava à casa do paciente poucas horas antes do procedimento, a enfermeira que escolhia o quarto mais adequado, retirava as mobílias, fervia as laminas e instrumentos que seriam utilizados, acalmava o paciente fazia coleta de dados pessoais e familiar, mas pouco se ensinava ao paciente (OETKER-BLACK,1993;MEEKER,1997).

No período entre 1920 e 1939 com a parceria dos médicos com hospitais dando início a um modelo de preparação mínima no pré-operatório dos pacientes, tanto a preparação física quanto mental dos pacientes que era estressante, o conceito de consentimento do paciente para cirurgia foi iniciado e a preparação da sala de operações e dos instrumentos foi aplicada. Entre os anos de 1940 a 1959 foram de muitas descobertas científicas na clínica, como cuidados de enfermagem aos pacientes cirúrgicos, assistência, educação do paciente, e enfatizando a preparação psicológica foi reconhecida. Já durante os anos de 1960 a 1979 foram enfatizadas as pesquisas em enfermagem no que diz respeito à preparação e recuperação pós-operatório, também reconhecida as necessidades individuais e emocionais foram levadas em conta (OETKER-BLACK,1993; MEEKER,1997).

Conforme Padilha (2011), Florence Nightingale foi a primeira que pensou em higiene no ambiente hospitalar, junto com sua equipe foram encarregadas de cuidar de mais de mil feridos internados no hospital em Scutari. As condições de higiene sanitárias eram as piores possíveis, onde os doentes eram atendidos no chão, falta de materiais e a falta de higiene e alimentação.

A arte da enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes. O ambiente com ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza e ambiente silencioso tudo isso é vital para o cuidado do paciente. Florence Nightingale afirmava que as condições ambientais contribuem para a saúde ou doença dos indivíduos. Dessa maneira o ambiente é capaz de influenciar na manutenção da saúde ou no desenvolvimento do processo patológico (NIGHTINGALE, 1989; PADILHA, 2011).

Segundo Geovanini (2002), após a guerra, Florence fundou uma escola de enfermagem no hospital Saint Thomas, servindo de modelo para as demais escolas que vieram posteriormente. As candidatas deveriam ter um bom padrão moral e eram divididas em duas categorias de enfermeiras: as ladies de padrão social mais elevado para as funções de direção dos serviços, e as nurses pertencentes aos níveis sociais mais baixos, responsáveis pela prática manual no atendimento. A partir deste momento, a enfermagem não foi mais vista empiricamente, mas sim como uma profissão assalariada para atender a demanda em cuidado dos hospitais.

Neste contexto, em 1946 é sancionado o decreto que cria o curso de auxiliar de enfermagem implantada desde 1941, na Escola Anna Nery. Segundo a ABED, o pouco número de enfermeiras diplomadas e a necessidade de muitos profissionais fizeram com que fosse procurada uma solução emergencial, dada pela criação de um profissional hierarquicamente subordinado ao enfermeiro diplomado e que pudesse ser formado em menos tempo (GIOVANINI, 2002).

Para o mesmo autor, na década de 70 há a criação de mais um agente de enfermagem, o técnico de enfermagem, que pertence ao nível intermediário entre o auxiliar e o enfermeiro.

A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal, alguns avanços para a enfermagem ocorreram na década de 80. Uma delas foi a substituição à lei do exercício profissional nº 2.604 de 1955, pela Lei 7.498, em julho de 1986, regulamentando o exercício profissional para que as categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira fossem reconhecidas e extinguindo em 10 anos pessoas sem formação específica para exercerem as funções dos respectivos cargos (GIOVANINI, 2002).

O aparecimento das infecções hospitalares é tão antigo quanto o surgimento dos hospitais. Data aproximadamente do ano 330 a.C. no Império Romano, a existência do primeiro hospital urbano, embora tenha sido relatada a construção do primeiro hospital em 394 a.C. na periferia de Roma. A partir de 1968 surgem as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no país, vinculadas a instituições de ensino inicialmente. Em 1976, o governo determina a necessidade de criação de CCIH nos hospitais próprios da previdência. A década de 80 caracteriza-se por um grande avanço no controle de infecção, ocorrendo vários eventos relativos ao tema, levando a criação de várias CCIH nos hospitais brasileiros (5-6). Em 1983, o Ministério da Saúde, pressionado pelos fatos veiculados na imprensa relativos a casos de infecções hospitalares, emitiu a Portaria MS nº 196/1986 que recomendava aos hospitais brasileiros a criação de CCIH. Em 1985, a morte do recém-eleito Presidente da República, Tancredo Neves, por septicemia devido a uma infecção pós-cirúrgica, causou grande repercussão nacional, corroborando para que o Ministério da Saúde implantasse ações e projetos que mudassem o panorama e os rumos do controle de infecção no país (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Conforme Motta (2010), a área da saúde é caracterizada por processos contínuos que envolvem tomadas de decisões. A prática baseada em evidências para a execução de um trabalho apoiado em contexto sólido, fundamentado, pesquisado e experimentado é o que garante um resultado sistemático e organizado. A enfermagem faz parte desse processo ativamente, assegurando a melhoria da qualidade assistencial prestada nessas instituições.

### 3.3 SAÚDE DO TRABALHADOR, ESTRESSE, SÍNDROME DE BOURNOUT

Os primeiros relatos sobre a segurança do trabalho, como o do médico italiano Bernardo Ramazzini, conhecido como o "Pai da medicina do trabalho", associavam as profissões com doenças. Nesta época, por volta de 1700 d.c., às atividades profissionais ainda eram artesanais, sendo realizadas por pequenos grupos de trabalhadores e, conseqüentemente, os casos de doenças profissionais eram poucos (BITENCOURT; QUELHAS, 2012).

Conforme Araújo (2010), a revolução industrial na Inglaterra, a segurança do trabalho começou a se preocupar com o bem estar físico e psicológico do trabalho, uma vez que os mesmos eram obrigados a executar longas jornadas de trabalho em ambientes inseguros e a utilizar máquinas e equipamentos com tecnologias avançadas, gerando assim, graves acidentes de trabalho como mutilação, intoxicação e desgaste físico.

Para Heméritas (1981), a segurança do trabalho deve se preocupar com a prevenção da integridade física do trabalhador e ser considerada como um fator de produção. Hoje, a Segurança do Trabalho é a ciência que, além de

estudar e identificar os fatores de risco e causas de acidentes e doenças ocupacionais e avaliar seus efeitos na saúde do trabalhador tem como principal objetivo, propor medidas de intervenção técnica nos ambientes de trabalho de modo a prevenir todas as formas de agravos à saúde do colaborador.

O conceito de estresse foi citado pela primeira vez pelo endocrinólogo canadense de origem austríaca HANS SELYE em 1926 para designar “um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser exposto a uma situação que exige esforço para adaptação” (GUIMARÃES, 2000).

O estresse pode ser entendido como sendo o ponto em que o indivíduo não consegue controlar seus conflitos internos, gerando um excesso de energia, originando, conseqüentemente, fadiga, cansaço, tristeza, euforia, etc. Seu complexo orgânico sofre alterações diante das transformações químicas ocorridas diante deste estado emocional (CARVALHO & NASCIMENTO, 1997, p.125).

Tratando-se de trabalho em hospitais onde as jornadas de trabalhos podem ser duplicadas devido ao sistema por plantões, e a baixa remuneração também influenciando para isso, acarretando em situações que comprometem o corpo e a mente (PITTA, 2003).

Para Silva et al. (2006), ao longo do tempo, a enfermagem tem passado por mudanças em seu processo de trabalho, convivendo com atividades estressantes em seu cotidiano, sem elaboração de suas funções diárias e extensa jornada de trabalho, o que acarreta a exaustão, fadiga e sobrecarga.

Segundo Carvalho & Nascimento (1997), as principais causas do estresse podem ser: baixa resistência à frustração, ameaças constantes, alta competitividade, falta de tempo para si mesmo, ansiedade constante, instabilidade, carga excessiva de trabalho, pressões psicológicas, baixa autoestima e estresse de final de carreira.

Para os trabalhadores da enfermagem em unidade de centro cirúrgico o estresse faz parte do cotidiano, sendo apontado como resultado de uma série de fatores tais como: tipo de ambiente, complexidade das relações humanas e de trabalho, elevado grau de exigência em relação a habilidades e competências, adequado planejamento e provimento de recursos materiais e humanos, dentre outros (BIANCHI, 2000).

O estresse contínuo relacionado ao trabalho pode influenciar como fator determinante dos transtornos depressivos e de outras doenças, como: síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e síndrome de Bournout (MUROFUSE, 2005).

A Síndrome de Bournout é uma das implicações mais acentuadas do estresse profissional. Caracterizada como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho, esse transtorno faz com que a pessoa passe a perceber o trabalho como algo desinteressante, de forma que as coisas deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer uma tortura (MASLACH, 1998).

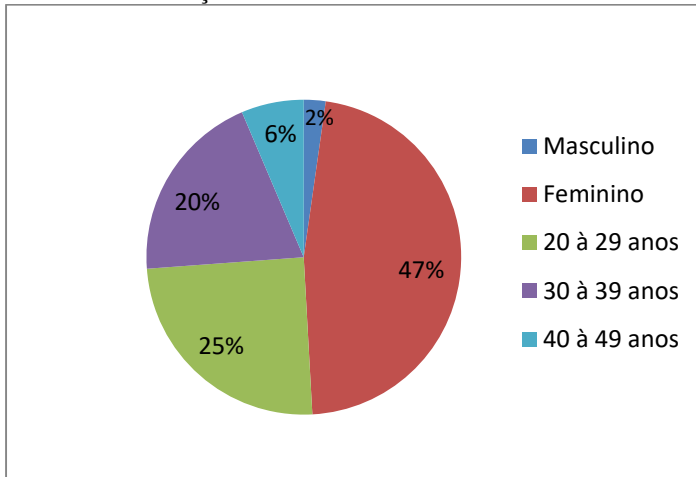
Ainda para o mesmo autor, os sintomas da síndrome de Bournout, inicialmente são definidos por exaustão emocional onde a pessoa sente que não pode dar mais nada de si mesma. Em seguida vem à despersonalização, onde a pessoa passa a ter atitudes negativas em relação às pessoas do seu trabalho, tais como, certo cinismo na relação com os outros e aparente insensibilidade afetiva, sentimentos de falta de realização pessoal, afetando de maneira drástica a eficiência e habilidade para realização de tarefas e de adequar-se ao local de trabalho. Por fim, vem à depressão, uma doença grave, que acarreta sintomas físicos e emocionais incapacitantes.

Para Siqueira *et al* (2002), estresse são fenômenos que exercem grande relevância na saúde do profissional e se tratando de hospitais, onde apresentam unidades de serviço de muita tensão, e as ações são rápidas e precisas, exigindo o máximo de eficiência da equipe. Contém os limites entre a vida e a morte, isso pode interferir no seu estado emocional, levando ao desgaste geral do organismo.

#### **4 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Os dados obtidos foram convalidados de acordo com o Inventário de Sintomas de Estress para Adultos de Lipp (Issl) utilizado por CARNEIRO, M.C. (2010), **Avaliação do estresse do enfermeiro em unidade de emergência hospitalar**, relacionados conforme as especificidades das respostas e são apresentados segundo a característica dos colaboradores técnicos de enfermagem que registraram suas respostas, optando-se em apresentar os resultados encontrados em gráficos com valores em percentagens nos gráficos I, II, III, IV.

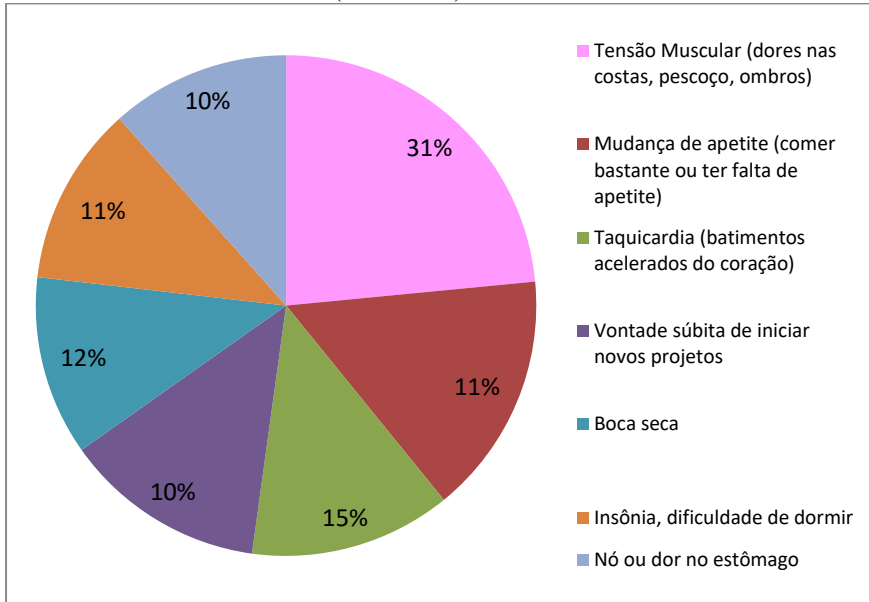
Gráfico 1 - Descrição da Amostra



Fonte - AUTORAS (2013)

Nota-se no gráfico I que foram entregues 28 inventários, representando 100% da população estudada. O tratamento dos dados permitiu obter os resultados apresentados a seguir. Dos questionários entregues para os técnicos de enfermagem, retornaram 20 (100%). Dos indivíduos que responderam aos questionários, 25% estão na faixa etária de 20 a 29 anos. Tivemos ainda 20% de 30 a 39 e 6% de 40 a 49. O sexo feminino foi predominante com 47% feminino e 2% masculino. Estes dados confirmam resultados obtidos em outros estudos, revelando que os colaboradores da área de saúde em exercício profissional são majoritariamente por mulheres, bem como, os dados do Conselho Regional de Enfermagem, que destaca essas particularidades, apesar de não se constituir de uma profissão tipicamente feminina, essa predominância é relevante.

Gráfico 2 - Fase I – ALERTA (ALARME)



Fonte - AUTORAS (2013)

A Fase I – Alerta (alarme), é a fase de contato com a fonte de estresse, com suas sensações típicas, na qual o organismo perde o seu equilíbrio e se prepara para enfrentar a situação estabelecida em função de sua adaptação. São sensações desagradáveis, fornecendo condições para reação a estas sendo fundamentais para a sobrevivência do indivíduo (CARNEIRO, 2010).

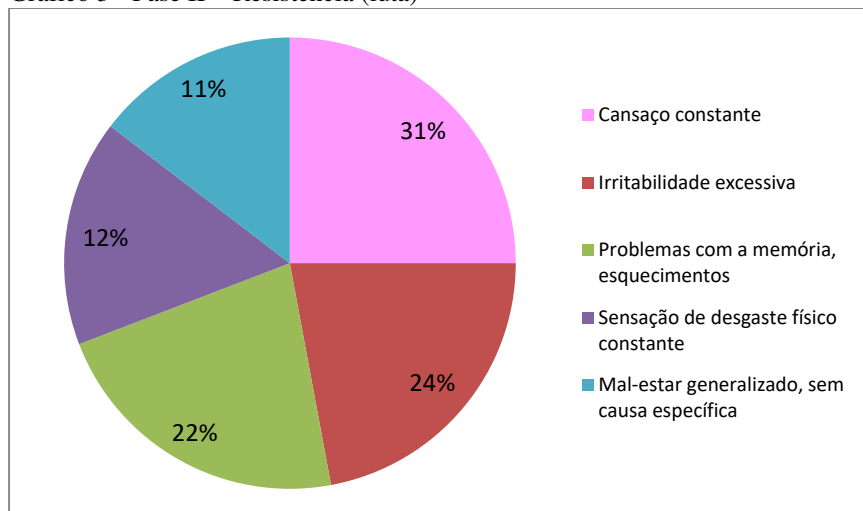
Percebe-se no gráfico II, após a análise dos resultados do questionário, que 31% dos técnicos de enfermagem responderam que apresentam tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombro), 11% relatam mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite), e 15% relatam taquicardia, batimento acelerado do coração, sendo 10% vontade súbita de iniciar novos projetos, 12% boca seca, 11% insônia, 10% dificuldade de dormir. Estes dados confirmam resultados obtidos em outros estudos.

De acordo com Guimarães (2000), o conceito de estresse foi citado pela primeira vez pelo endocrinólogo canadense de origem austríaca Hans Selye em 1926 para designar “um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser exposto a uma situação que exige esforço para adaptação”.

Segundo Carvalho & Nascimento (1997, p.125), o estresse pode ser entendido como sendo o ponto em que o indivíduo não consegue controlar seus conflitos internos, gerando um excesso de energia, originando, conseqüentemente, fadiga, cansaço, tristeza, euforia, etc. Seu complexo orgânico sofre alterações diante das transformações químicas ocorridas diante deste estado emocional.

Atualmente muitas empresas hospitalares de médio e grande porte, estão desenvolvendo ações e adequando as leis no que diz respeito à integridade física e psíquica do seu quadro funcional, através de uma equipe multidisciplinar, educação permanente a fim de minimizar fatores estressores e cuidar da saúde de seus colaboradores.

Gráfico 3 - Fase II – Resistência (luta)



Fonte - AUTORAS (2013)

A Fase II – Resistência (luta) é a fase intermediária em que o organismo procura o retorno ao equilíbrio. Apresenta-se desgastante, com esquecimento, cansativa e duvidosa. Pode ocorrer nesta fase a adaptação ou eliminação dos agentes estressantes e conseqüente reequilíbrio e harmonia ou evoluir para a próxima fase em conseqüência da não adaptação e/ou eliminação da fonte de estresse (CARNEIRO, 2010).

Nota-se no gráfico III que os 20 questionários entregues foram respondidos, sendo que, 20 técnicos de enfermagem responderam que apresentam 31% cansaço constante, 22% relatam irritabilidade excessiva, problemas com a memória, esquecimentos, 12% relatam sensação de desgaste físico constante, 11% relatam mal-estar generalizado, sem causa específica. Estes relatos confirmam resultados obtidos em outros estudos.

Conforme Dejours (1997) foi na Primeira Guerra Mundial que os operários organizados e com força política conquistaram o direito à vida; e, a partir de então, os trabalhadores buscaram salvar o corpo dos acidentes, prevenir as doenças profissionais e as intoxicações e assegurar aos trabalhadores cuidados e tratamentos convenientes.

Ainda para o mesmo autor, a primeira vítima do sistema não é o aparelho psíquico; mas sim o corpo dócil e disciplinado, entregue às dificuldades inerentes à atividade laborativa; e, dessa forma, projeta-se um corpo sem defesa, explorado e fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental. De 1914 a 1968, a luta pela sobrevivência operária dá lugar à luta pela saúde do corpo.

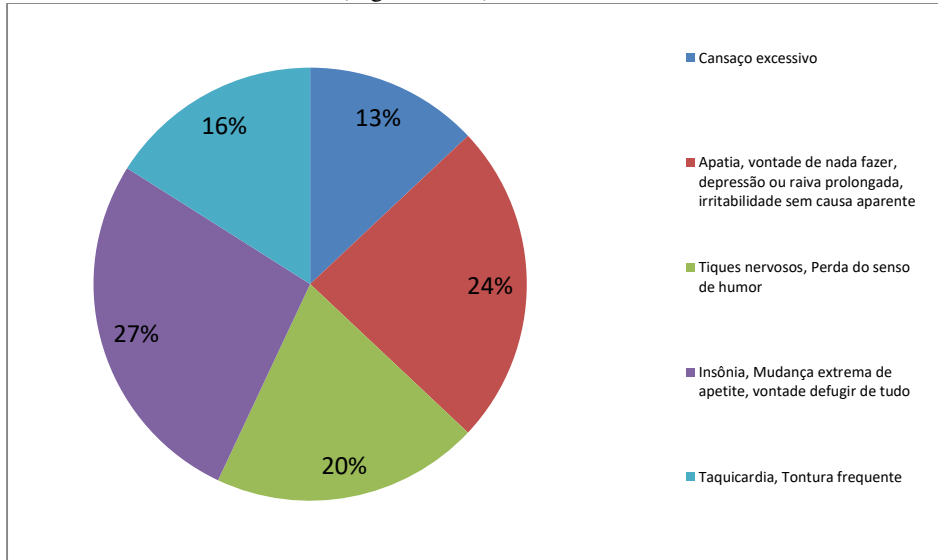
O sofrimento humano encontra-se nos fundamentos do desenvolvimento industrial do século XIX, caracterizado pelo crescimento da produção, êxodo rural e concentração de novas populações urbanas, portanto, com destacado cunho sociológico. O período era de precárias condições de trabalho, emprego de crianças na produção industrial, salários insuficientes para a subsistência e elevado número de acidentes (DEJOURS 1997).

Ainda para o mesmo autor, a sociedade industrial convivia com alta morbidade, crescente mortalidade e uma longevidade reduzida, e a batalha pela saúde era a própria luta pela sobrevivência. As exigências do trabalho e da vida são uma ameaça ao próprio trabalhador, que acusa riscos de sofrimento (o que era conhecido como Miséria Operária), que se compara a uma doença contagiosa, devendo ser encarada e tratada como tal, surgindo daí um movimento denominado higienista como resposta social ao perigo.

De acordo com Rodrigues (2006), o sofrimento no trabalho constitui conseqüências da insistência do ser humano em viver em um ambiente que lhe é adverso. A relação do homem com o trabalho nunca foi fácil, onde a etimologia da palavra denota algo penoso e, até mesmo, indesejado (“tripalium”, instrumento de tortura feito com três paus). Houve épocas em que as patologias associadas ao trabalho eram, em sua grande parte, somáticas. No entanto, essa realidade tem mudado, especialmente, no período pós anos 1960, quando o trabalho começou a ganhar componentes, cada vez mais, psicopatológicos.

Para Moraes; Mont’alvão (2000) com a evolução tecnológica, com suas máquinas informacionais e inteligentes, exigiu-se e enfatizou-se a necessidade de conhecer o homem. Depois de contínuos avanços em engenharia, onde o homem se adaptou, mal ou bem, a condição imposta pelo maquinismo evidenciou-se que os fatores humanos são primordiais.

Gráfico 4 - Fase III - Exaustão (esgotamento)



Fonte - AUTORAS (2013)

A Fase III - Exaustão (esgotamento) é a Fase "crítica e perigosa", ocorrendo uma espécie de retorno à primeira fase, porém agravada e com comprometimentos físicos em formas de doenças (CARNEIRO, 2010).

Nota-se que no gráfico IV - Fase III - Exaustão (esgotamento), os 20 questionários entregues foram respondidos, sendo que, 13% técnicos de enfermagem responderam que apresentam cansaço excessivo, 24% relatam apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada, irritabilidade sem causa aparente, 20% relatam tiques nervoso, perda do senso de humor, sendo 27% relatam insônia, mudança extrema de apetite, vontade de fugir de tudo e 16% taquicardia, tontura frequente. Estes dados confirmam resultados obtidos em outros estudos.

O estresse contínuo relacionado ao trabalho pode influenciar como fator determinante dos transtornos depressivos e de outras doenças, tais como, síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e síndrome de Bournout (MUROFUSE, 2005).

Neste contexto, compete ao enfermeiro dessa unidade, a coordenação da equipe de Enfermagem, sendo que isto não significa distribuir tarefas, e sim o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos integrantes da equipe.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos proporcionou revelar uma percepção em relação à visão dos técnicos de enfermagem em unidade cirúrgica e os prováveis sinais de estresse na atividade laborativa.

Evidenciou-se nos dados coletados, a identificação dos pontos críticos que envolvem a **Fase I – Alerta (alarme)**, a fase de contato com a fonte de estresse, **Fase II – Resistência (luta)**. Fase intermediária em que o organismo procura o retorno ao equilíbrio. **Fase III - Exaustão (esgotamento)**. Fase "crítica e perigosa", ocorrendo uma espécie de retorno a primeira fase, porém agravada e com comprometimentos físicos em formas de doença colaborando com estudos acerca do estresse na atividade laborativa da área de saúde.

Ao demonstrar prospectivamente, os prováveis sintomas apresentados na atividade laborativa dos técnicos de enfermagem em unidade cirúrgica, é possível concluir que os sujeitos da pesquisa requerem um olhar educativo que propicie o cuidado a quem cuida de forma segura e eficaz, para que os sujeitos possam prestar o cuidado, bem como receber o cuidado de forma compartilhada, possam estar preparados cognitivamente e emocionalmente para revelar as causas e consequências das implicações da fadiga laboral, a fim de propiciar o cuidado para com a saúde dos autores da temática.

Diante do exposto, os resultados obtidos possibilitou-nos alcançar os objetivos propostos, especialmente em demonstrar os prováveis sinais de estresse na atividade laborativa dos técnicos de enfermagem em unidade cirúrgica, contemplando diretamente e indiretamente a saúde dos colaboradores em unidade hospitalar.



Sendo assim, pretende-se contribuir com este estudo para a formação de um senso crítico quanto ao tema elencado, sua importância e aplicação no cuidado prestado ao indivíduo, estimular novas reflexões na tentativa de que outros profissionais passem, a partir desta abordagem, a refletir e até mesmo sistematizar novos métodos e ações para o cuidar de quem cuida. Traz em si a pretensão de contribuir para que o colaborador de saúde e futuros profissionais tenham uma visão qualitativa dentro do cuidado à saúde na saúde.

## REFERÊNCIAS

- BIANCHI, E.R.F. **Comparação do nível de estresse do enfermeiro do centro cirúrgico e de outras unidades fechadas**. Ver. SIBECC. 2000. Out-Dez; 5(4): 28-30.
- BOLICK, D..... [et al. ]. **Segurança e controle de infecção**. Tradução Carlos Henrique Cosendy; Revisão técnica, Maria Isabel Sampaio Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança**: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O, organizador. Inventando a mudança na saúde. p. 29-116. São Paulo: Hucitec, 1944.
- CARNEIRO, M.C. **Avaliação do estresse do enfermeiro em unidade de emergência hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – Cescage. Ponta Grossa, 2010. Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.com/enfermagem/avaliacao-estresse-enfermeiro-unidade-emergencia-hospitalar.htm>>. Acesso em 06/06/2013.
- CARVALHO, A. V. & NASCIMENTO, L.P. **Administração de recursos humanos**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1997.
- CHAPANIS, A. **A engenharia e o relacionamento homem máquina**. São Paulo: Atlas, 1972.
- COFEN. **Resolução COFEN 210/1998**. Disponível em <[www.cofen.org.br](http://www.cofen.org.br)>. Acesso em: mar, 2013.
- COFEN. **Resolução COFEN 200/1997**. Disponível em <[www.cofen.org.br](http://www.cofen.org.br)>. Acesso em: mar, 2013.
- COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves. **Enfermagem Pediátrica**. AB Editora, 2002.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 2003.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- FRANÇA, A.C.L & RODRIGUES, A.L. **Stress e Trabalho**: Guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.
- GIOVANINI, T. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205p.
- GUIMARÃES, L.M. **Série Saúde Mental e Trabalho**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- HEMÉRITAS. S. B. **Organização Normas**. São Paulo: Athas, 1981.
- KURCGANT, P. [et al.] **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisas bibliográficas, projeto e relatório, publicação e trabalhos científicos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria 6. Ed. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2011.
- MARTINS, L.J. et.al. Medical device development: The challenge for ergonomics. **Applied Ergonomics**, n. 39, p. 271-283, 2008.
- MASLACH, C. **The Truth about Burnout**. New York: New Books, 1998.

- MASLACH, C. & LEITER, M. **Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa.** São Paulo: Papirus, 1997.
- MEERRER, M. H. ALEXANDER: **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- MONTMOLLIN, M. **A ergonomia.** Editores La Découverte, 1990.
- MORES, A; MONT ALVÃO, C. R. **Ergonomia Conceitos e aplicações.** Rio de Janeiro: 2AB, 2003.
- MOTTA, A. L. C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde – 5. Ed. Ver. E atual –** São Paulo: Iátria, 2010.
- MOZACHI, N., [et al.]; **O hospital: manual do ambiente hospitalar.** 3 ed. Curitiba: Os Autores, 2009.
- MUROFUSE, N.T. et al. Reflexões sobre estresse e Bournout e a relação com a enfermagem. **Revista latino americana de enfermagem**, 2005.
- OLIVEIRA, R., MARUYAMA S. A. T. **Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado.**2008. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf). Acesso em: 31 agosto 2013
- PICCOLI, M. **Enfermagemperi-operatoria: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatoria fundamentada no modelo conceitual de levine / MaristerPiccoli, Cristina MariaGalvão.**Cascavel: EDUNIOESTE,2004.
- PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício.** 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 197p.
- POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.**3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1995.
- RODRIGUES, M.. **Qualidade de vida no trabalho.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.
- SANTOS,A. **Ninguém morre de trabalhar. O mito do estresse.** 3 ed. São Paulo: Texto novo, 1995.
- SANTOS, N.; FIALHO, F. **Manual de análise ergonômica do trabalho.** Curitiba: Gênese, 1997.
- SILVA, B.M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da asistencia de enfermagem. **Textocontexto-enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set 2006.