



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA**

PÂMELA PERONICO LEITE RAMALHO

**ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**Cajazeiras -PB
2011**

ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA DO TRABALHO
AV. BRASÍLIA, 464 - MARACÁ - RJ - CEP. 21545-014
TEL. (21) 251-2300 FAX (21) 251-2300

PÂMELA PERONICO LEITE RAMALHO

**ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

*Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem, da Unidade
Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.*

Orientadora: Prof^a. Mestranda Maria Soraya Pereira Franco Adriano
Co-orientadora: Ms. Mônica Rafaela de Almeida

**Cajazeiras - PB
2011**



R165e Ramalho, Pâmela Peronico Leite.
Estresse ocupacional em profissionais da saúde do
serviço de atendimento móvel de urgência / Pâmela Peronico
Leite Ramalho. - Cajazeiras, 2011.
45fl. : il. color.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade
Federal de Campina Grande, Centro de Formação de
Professores, 2011.
Contem Bibliografia e Anexos.

1. Serviço de Atendimento móvel-estresse no trabalho. 2.
Estresse ocupacional. 3. Saúde do trabalhador. I. Estresse
ocupacional. II. Saúde do trabalhador. III. Universidade
Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de
Professores. V. Título

CDU 616-083.98:331.442

PÂMELA PERONICO LEITE RAMALHO

**ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Aprovada em 01/07/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mestranda Maria Soraya Pereira Franco Adriano
Orientadora (UFCG)

Ms. Mônica Rafaela de Almeida
Co-orientadora (UFCG)

Prof.^a Mestranda Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Membro (UFCG)

Dedico esse trabalho, primeiramente a Deus, meu refúgio e força, onde sempre encontrei respostas para os meus problemas.

Á minha querida mãe, que ao longo da vida foi o meu farol e o meu refúgio, meu exemplo de honestidade e respeito, meu laço maior.

AGRADECIMENTOS

Agradeço as minhas avós (In memorian) que mesmo não estando mais nesse plano terrestre, sempre saíram em minha defesa e me apoiaram sem pensar duas vezes, me ensinaram com seus atos, que um gesto marca mais que muitas palavras. Por tudo que ambas me proporcionaram ao longo da vida, meu eterno amor e agradecimento.

Ao meu avô Paterno, agradeço pela contribuição que deu a minha educação, sempre sonhando em formar os seus netos. Agradeço também pelos valores éticos e morais que me ensinou desde cedo, ajudando assim, a me tornar uma pessoa honesta, honrada e digna que sou hoje.

À minha mãe Alana Samara, agradeço as palavras de incentivo, amor e carinho. Agradeço por tantas vezes ter chorado ao meu lado nos momentos de dificuldade. Agradeço o coração e os braços abertos que me acolheram nos momentos que precisei.

Ao meu pai Antônio Lisboa, agradeço por ter me ensinado o quão importante é uma formação superior.

Ao meu único e querido irmão Isaac, que sempre me apoiou quando necessário, agradeço o carinho e a paciência nos momentos em que precisei.

Agradeço aos meus tios e em especial a minha tia Francisca Maria, que me direcionou por esse caminho. Agradeço pelas boas intenções, pelas palavras que foram ditas, pelo carinho e apoio.

À minha sogra Prof^a Isolda Ayres Viana, que além de me auxiliar no começo e no fim desse trabalho, sempre tinha uma palavra de força nas horas difíceis.

Agradeço a Márcio Renato, meu namorado, que por incontáveis vezes precisou acordar de madrugada para me deixar ou me buscar na rodoviária, que aceitava de pronto abrir mão dos finais de semana para me ajudar a concluir algumas etapas. Agradeço pela paciência e o amor incondicional dedicados a mim, pelo carinho, atenção, palavras doces e por muitas vezes, os seus braços terem sido o meu descanso nos momentos difíceis.

Agradeço a Rosa Amélia e Wilson, meus pais “adotivos”, que me acolheram em Cajazeiras, cuidaram de mim como uma filha. A eles, os meus eternos agradecimentos, pois sem o apoio deles as coisas teriam sido muito mais difíceis.

Agradeço a minha Orientadora Prof^a Maria Soraya e minha Co-Orientadora, Psicóloga Mônica Rafaela, por me darem um norte ao longo do caminho e pelos esforços empregados na elaboração e término deste trabalho.

Agradeço à Psicóloga Angélica Araújo por ter se prontificado a me ajudar, contribuindo com sua experiência profissional para a conclusão das etapas finais do trabalho.

Agradeço também à Psicóloga Thays Rodrigues pelo suporte que me ofertou na reta final.

Agradeço ao Psicólogo Jandilson Silva pelas contribuições.

Agradeço aos profissionais do SAMU de Cajazeiras-PB por terem dedicado uma parte do seu tempo para participarem da pesquisa. A todos eles o meu muito obrigado.

E por fim, gostaria de agradecer a todos os professores do Curso de Enfermagem da UFCG Campus Cajazeiras, por disseminarem de forma clara e objetiva os seus valiosos conhecimentos. Sem eles eu não teria aprendido tanto e, conseqüentemente, não teria chegado até aqui. Meus eternos agradecimentos.

RAMALHO, P. P. L. **Estresse Ocupacional em Profissionais da Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

RESUMO

As transformações que estão ocorrendo no cotidiano dos trabalhadores, ao longo do tempo, vêm desenhando um novo modo de vida e definindo diferentes padrões de saúde-doença. Diversas pesquisas têm apontado que o estresse ocupacional é uma doença decorrente das atividades laborais e que acomete, com maior frequência, os trabalhadores da saúde, trazendo prejuízos, não só à saúde desses profissionais, como também à qualidade da assistência prestada pelos mesmos. Mediante o exposto, essa pesquisa teve como objetivo geral avaliar o nível de estresse nos profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras-PB, bem como identificar as fases do estresse em que esses profissionais se encontram, além de verificar a frequência dos sintomas físicos e apresentar a incidência dos sintomas psicológicos do estresse nesses trabalhadores. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário sócio-demográfico e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Participaram da pesquisa vinte e quatro profissionais, sendo quatro médicos, oito enfermeiros e doze técnicos de enfermagem, com idade variando de 20 a 50 anos. As informações do questionário sócio-demográfico foram computadas através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, na versão 18.0). E os dados do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp foram avaliados e interpretados por uma Psicóloga. A análise dos dados evidenciou que 16,7% dos profissionais apresentam estresse, encontrando-se todos na Fase de Resistência, com ocorrência predominante de sintomas físicos e psicológicos (12,5%), apresentados concomitantemente. Apesar do pequeno número de profissionais que apresentou estresse, estes dados são preocupantes, pelo fato de se tratar de um serviço recente e que apresenta pouca demanda de ocorrências. Além disso, esses profissionais estressados já estão sob ação do estresse há algum tempo, o que significa que podem evoluir para as demais fases do estresse, caso não sejam adotadas as medidas adequadas para erradicar ou minimizar os agentes estressores. Portanto, faz-se necessária a adoção de programas de intervenção, pela instituição, de modo a favorecer estratégias de enfrentamento do estresse, com o intuito de promover qualidade de vida no trabalho.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Estresse Ocupacional; Processo saúde-doença.

RAMALHO, P. P. L. **Occupational Stress in health professionals Mobile service of Urgency**. 2011. Completion of Course Work (degree in Nursing) – Teacher Training Center, Federal University of Campina Grande, Brazil, 2011.

ABSTRACT

The transformations that are occurring in everyday life of workers, over time, are designing a new way of life and setting different standards of health and disease. Several research have shown that stress is an occupational disease arising from work activities, which involves, more often, health workers, causing losses not only of health professionals, but also the quality of care provided by them. By the above, this research aimed to assess the overall level of stress in health professionals working in the Service of Mobile Emergency Care of Cajazeiras-PB, as well as identify the stress phase in which these practitioners are, and check the frequency of physical symptoms and present the incidence of psychological symptoms of stress among workers of the institution. It is a descriptive, cross-sectional quantitative approach. Data were collected after approval by the Ethics Committee in Research. The data collection used a sociodemographic questionnaire and the Stress Symptom Inventory for Adults Lipp. Participated in the survey twenty-four professionals, four doctors, eight nurses and nursing technicians twelve, ranging in age from 20 to 50 years. The information of the socio-demographic questionnaire were computed using the software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 18.0). And the records of Stress Symptoms Inventory for Adults Lipp were evaluated and interpreted by a psychologist. Data analysis showed that 16.7% of the training has stress, all of them being in the resistance phase, with the predominant occurrence of physical and psychological symptoms (12.5%) presented simultaneously. Despite the small number of professionals who had stress, these data are disturbing, because it is a recent service and that has little demand occurrences. In addition, these professionals are already stressed by the action of stress for some time, which means they can evolve into other phases of stress, if not taken appropriate measures to eradicate or minimize stressors. Therefore, it is necessary to adopt intervention programs, by institution, so as to promote strategies for coping with stress, with the aim of promoting quality of life at work.

Keywords: Worker health; Occupational Stress; Health-disease Process.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra estudada, segundo o sexo	26
GRÁFICO 2 – Distribuição da amostra estudada, segundo a faixa etária	27
GRÁFICO 3 – Distribuição da amostra estudada, quanto à naturalidade	28
GRÁFICO 4 – Distribuição da amostra estudada, quanto à cidade em que reside	28
GRÁFICO 5 – Distribuição da amostra estudada, segundo o estado conjugal	29
GRÁFICO 6 – Distribuição da amostra estudada, quanto ao número de filhos	30
GRÁFICO 7 – Distribuição da amostra estudada, segundo o nível de escolaridade...	30
GRÁFICO 8 – Distribuição da amostra, segundo o tempo de trabalho no SAMU	31
GRÁFICO 9 – Distribuição da amostra estudada, quanto à carga horária de trabalho semanal somando todos os vínculos empregatícios	32
GRÁFICO 10 – Distribuição da amostra estudada, quanto ao salário no SAMU	32
GRÁFICO 11 – Distribuição da amostra estudada, quanto à renda salarial mensal ..	33
GRÁFICO 12 – Distribuição da amostra estudada, segundo o número de pessoas que dependem da renda salarial	34
GRÁFICO 13 – Distribuição da amostra, segundo o uso de substâncias químicas ...	34
GRÁFICO 14 – Distribuição da amostra estudada, segundo a avaliação dos participantes quanto à qualidade da assistência que prestam aos pacientes	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Porcentagem de participantes com e sem estresse	36
TABELA 2 – Porcentagem de participantes com estresse por fase	38
TABELA 3 – Distribuição de acordo com a sintomatologia predominante	39

LISTA DE SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CFP – Conselho Federal de Psicologia

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB – Paraíba

PUC – Pontifícia Universidade Católica

SAG – Síndrome de Adaptação Geral

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 O SER HUMANO SOB A ÓTICA DA PSICOSSOMÁTICA	16
2.2 O ESTRESSE E A SÍNDROME DE ADAPTAÇÃO GERAL	17
2.3 PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL	20
3 METODOLOGIA	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	24
3.3 PARTICIPANTES	25
3.4 INSTRUMENTOS	25
3.5 PROCEDIMENTOS	25
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
4.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA ...	27
4.2 ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	36
4.2.1 Nível de Estresse dos Profissionais	37
4.2.2 Fases do Estresse em que os Profissionais se encontram	39
4.2.3 Sintomatologia Predominante	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	
ANEXOS	49
ANEXO A - INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP-ISSL	
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	
ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP	
ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o processo de trabalho tem sofrido sucessivas mudanças, iniciando pela economia de subsistência onde o homem produzia somente o que era necessário para o seu próprio consumo e logo depois com os trabalhos artesanais que eram produzidos manualmente e vendidos em uma escala menor, até chegar ao mercado capitalista dos tempos atuais. As últimas décadas foram palco de consideráveis mudanças no mundo do trabalho, resultando em danos, muitas vezes irreversíveis, para homens e mulheres que realizam suas atividades.

Bianchi (2000) e Car (1986 apud CAVALHEIRO; JUNIOR; LOPES, 2008) afirmam que as transformações que estão ocorrendo no cotidiano dos trabalhadores, ao longo do tempo, vêm desenhando um novo modo de vida e definindo diferentes padrões de saúde-doença, o que causa forte influência sobre o cotidiano de trabalho. Neste sentido, para entender as implicações que os processos de trabalho trazem para a saúde do trabalhador, faz-se necessário a compreensão da lógica que rege a intensificação das atividades laborais e da exploração da força de trabalho na contemporaneidade (RIBEIRO, 2008).

Dessa forma, o conteúdo, o método e as relações interpessoais são os elementos que se relacionam na organização dos processos laborais, e configuram os diferentes modelos de organização e gerenciamento do trabalho (RIBEIRO, 2008).

Diversas pesquisas (CAMELO; ANGERAMI, 2004; CARVALHO; MALAGRIS, 2007; CAVALHEIRO; JUNIOR; LOPES, 2008) têm apontado que o estresse ocupacional é uma doença decorrente das atividades laborais e que acomete, com maior frequência, os trabalhadores da saúde, trazendo prejuízos, não só à saúde desses profissionais, como também à qualidade da assistência prestada pelos mesmos.

Mediante o exposto, faz-se necessário indagar: de que forma as atividades laborativas geram o estresse ocupacional nos profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)? É preciso, também, voltar a atenção para o impacto que esse adoecimento pode causar à vida desses profissionais, com o intuito de possibilitar o desenvolvimento e a implementação de medidas preventivas aos agravos à saúde desses trabalhadores.

Tendo em vista a relevância da problemática para os profissionais da saúde que atuam no SAMU de Cajazeiras e a necessidade de uma abordagem mais ampla relacionada ao estresse ocupacional, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar o nível de estresse

nos profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras – PB.

Além disso, delinearão-se como objetivos específicos: Identificar as fases de estresse em que se encontram os profissionais de saúde do SAMU; Verificar a frequência dos sintomas físicos de estresse dos profissionais de saúde do SAMU; Apresentar a incidência dos sintomas psicológicos de estresse nos trabalhadores de saúde do SAMU.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SER HUMANO SOB A ÓTICA DA PSICOSSOMÁTICA

Um dos conceitos clássicos das Ciências Biológicas é que o corpo humano se divide em cabeça, tronco e membros. Utilizando-se desse conceito, muitas vezes, a medicina lida com o ser humano como se fosse uma “mula-sem-cabeça”, como se o indivíduo se resumisse a um corpo. Já a Psicologia Clínica trata-o como se ele fosse um “fantasma”, constituído apenas por um espírito e destituído de corpo. A abordagem psicossomática mostra que essa divisão é puramente anatômica, pois, o ser humano reage sempre como um todo complexo, interligado em profundas e complexas relações que, embora pouco compreendidas, são permanentes e fundamentais em nossa vida (FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Os autores supracitados afirmam que a Medicina Psicossomática não é uma especialidade médica ou ramo da Psiquiatria, é uma postura, uma atitude do médico ou de qualquer profissional da área de saúde que considera o ser humano como um ser biopsicossocial. Sua prioridade é o doente, e não a doença. Investiga e oferece recursos para a prática na promoção de saúde mais direcionada ao doente, pois acredita que a precariedade da saúde de um indivíduo está relacionada com sua condição e modo de vida. Este, por sua vez, no decorrer de seu desenvolvimento, constrói e estrutura formas de ser e reagir aos mais diferentes estímulos aos quais pode submeter-se, sempre com o objetivo de manter o equilíbrio do organismo. O que ele é nos dias contemporâneos resulta de diversas experiências a que foi submetido no decorrer de sua história. Os impactos sofridos por esse indivíduo, ao longo de sua vida, fazem parte de sua história, e as tensões que eles provocam deixam marcas e modificam seu corpo.

No que diz respeito ao conceito de saúde, Canguilhem (2006) e Dejours (1993) consideram as dimensões psíquica, social e biológica como definidoras da saúde humana. O primeiro autor relaciona o conceito de saúde com as dimensões do indivíduo, do coletivo, do social e da ética e afirma que a saúde diz respeito à capacidade de o ser vivo estabelecer normas, tolerando e enfrentando as infidelidades e as agressões do meio, o que para ele é mais do que se adaptar. No entanto, considera que, ser saudável é ser capaz de detectar, interpretar e reagir.

Para Canguilhem (2006), saúde e normalidade não andam juntas necessariamente, pois a conquista da saúde se dá à custa de algumas patologias, que impulsionam o ser humano a

mobilizar sua inteligência, criatividade e habilidade na construção de estratégias defensivas. Acredita que não há vida sem normas, não há fato que seja normal ou patológico, pois a anomalia e a mutação não são em si mesmas patológicas. A ausência de normalidade é que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, já que a experiência dos indivíduos incluiria também a doença. Dessa forma, o homem porta boa saúde não apenas quando está adaptado ao meio e às exigências, mas quando se sente mais que normal, sendo capaz de adotar novas normas para sua vida.

Dejours (1986) acredita que definir saúde seja uma tarefa complicada. Pelo fato de ser algo interior ao indivíduo, este é um conceito mutável, que não deve ser delegado a outras pessoas, pois apenas aquele que sente pode definir o seu estado. Contudo, é importante ressaltar a capacidade que os indivíduos têm de proteger-se, emancipar-se, encontrar saídas para seus problemas, reapropriar-se, transformar-se e reconstruir sua realidade em direção ao ideal que cada um construiu do que seja completo bem-estar.

Dejours (1993) coloca a necessidade de buscar uma compreensão mais ampliada e dinâmica do conceito de saúde, sendo para ele mais indicado considerar o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde – OMS, não como estado, mas sim como algo ideal. Contudo, os conceitos de saúde e enfermidade devem ser pensados a partir da correlação que se estabelece entre determinações sociais e limites ou capacidades vitais. Dessa forma, a saúde não é um estado, e sim um objetivo que se remaneja sem cessar. Não é algo que se tem ou não se tem, mas algo que se tenta conquistar e que se defende, como a liberdade.

2.2 O ESTRESSE E A SÍNDROME DE ADAPTAÇÃO GERAL

De acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), a palavra estresse vem sendo utilizada de forma banal e difundida por meio dos diferentes meios de comunicação. Tem-se acreditado ser esta a causa ou a explicação para inúmeros acontecimentos que afligem a vida humana moderna. Todavia, a utilização generalizada, sem maiores reflexões, simplifica o problema e oculta os reais significados de suas implicações para a vida humana.

O estresse faz parte da vida do ser humano desde a Antiguidade, quando o homem lutava para garantir sua sobrevivência na natureza. Ao longo dos anos, várias abordagens foram surgindo. Selye (1956) definiu o chamado estresse biológico, com a descrição da Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Considerado o pai da teoria do estresse, ele delimitou o

uso do termo estresse, visto que, afirmou que só se pode falar em estresse desde que haja a liberação de catecolaminas, glicocorticóides e mineralocorticóides. Mas, apesar desse grande avanço, houve a necessidade de englobar o papel desempenhado pelo indivíduo, colocando a avaliação do sujeito em relação ao estressor como peça fundamental no desencadeamento do estresse (BIANCHI, 2000).

Segundo Selye (1959, p. 64), estresse é “o estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico”. Dessa forma, o estresse tem forma característica como composição, mas não uma causa específica. Enquanto o estresse é visto como um conjunto de alterações não-específicas que ocorrem no corpo em determinado momento, a SAG engloba todas as alterações não-específicas ao passo em que elas se desenvolvem no tempo durante exposição contínua a um agente estressor. Dessa forma, um funciona como um instantâneo, já o outro se assemelha a uma película cinematográfica do estresse.

Os escritos do autor supracitado revelam que a SAG é produzida, especialmente, por agentes que têm efeito geral sobre grandes partes do corpo, bem como, estimula defesas, facilitando o estabelecimento e a manutenção de uma fase de reação. Quando perfeitamente desenvolvida, é composta por três estágios ou fases: a Reação de Alarme, a Fase de Resistência e a Fase de Exaustão. Em qualquer momento dessas três fases, registra-se estresse, embora exista uma diversidade de manifestações na medida em que se passa o tempo. Também, não se faz necessário que as três fases se desenvolvam para que se possa registrar a SAG.

De acordo com Lipp (2000), o estresse pode ter sentido positivo ou negativo. Este evento é caracterizado como positivo quando se encontra na fase inicial (Fase de Alerta), na qual o organismo produz uma substância chamada adrenalina, que proporciona vigor, entusiasmo, energia e estimula o indivíduo a enfrentar situações mais difíceis, as quais exigem uma resposta rápida do organismo. Dessa forma, o indivíduo se torna mais produtivo e mais criativo, podendo passar por períodos em que dormir e descansar não tenham tanta importância. Quando a fase de alerta se prolonga, o estresse se torna excessivo, uma vez que, o indivíduo ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação. Esse evento acarreta um déficit de nutrientes ao organismo e reduz a energia mental. O indivíduo passa a ter prejuízos na produtividade e capacidade de trabalho em consequência da sensação de desgaste generalizado e dificuldades com a memória. A qualidade de vida também é afetada, podendo até desencadear futuras doenças.

A Reação de Alarme é semelhante à Reação de Emergência de Cannon, fisiologista americano responsável pelo desenvolvimento das noções de homeostase (equilíbrio dinâmico do corpo). Tal fisiologista observou que, quando um animal era submetido a estímulos que ameaçavam a sua homeostase, como fome, medo, raiva e dor, apresentava uma reação que ele denominou Emergência, a qual instigava o animal a preparar-se para a luta ou para a fuga. Essa reação se caracteriza por aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, para que o sangue circule mais rápido, elevando a oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos; contração do baço, o que permite o lançamento de mais glóbulos vermelhos na corrente sanguínea, e consequentemente, mais oxigênio circulante no organismo; glicogenólise, liberando o açúcar armazenado no fígado para a corrente sanguínea, servindo de alimento e de fonte de energia para os músculos; diminuição do fluxo sanguíneo da pele e vísceras e aumento para músculos e cérebro; elevação da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, permitindo que o organismo capte e receba mais oxigênio; dilatação da pupila com exoftalmia, aumentando a eficiência visual; acréscimo do número de linfócitos na corrente sanguínea, para reparar possíveis danos aos tecidos; e ansiedade (FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Quando o agente estressor continua agindo por períodos prolongados, o organismo reage, iniciando-se, assim, a Fase de Resistência, caracterizada pelo aumento do córtex da supra-renal, ulcerações no aparelho digestivo, irritabilidade, insônia, mudanças no humor, diminuição da libido e atrofia de algumas estruturas relacionadas à produção de células sanguíneas (FRANÇA; RODRIGUES, 2005). Nesta fase, o organismo tenta restabelecer a homeostase que foi quebrada na fase anterior e a produtividade do indivíduo diminui drasticamente e a vulnerabilidade a vírus e bactérias se acentua (LIPP, 2000).

O terceiro estágio da SAG, denominado Fase de Exaustão, representa, muitas vezes, falha dos mecanismos de adaptação. Há, em parte, um retorno à primeira fase, a de Alarme, e se o estímulo estressor continuar potente, o organismo pode morrer (FRANÇA; RODRIGUES, 2005). Dessa forma, essa é a fase mais negativa, considerada patológica, pois nela ocorre um grande desequilíbrio interior. O indivíduo entra em depressão, não consegue concentrar-se ou trabalhar, muitas vezes toma decisões impensadas e pode desenvolver doenças graves como úlceras, hipertensão arterial, psoríase e vitiligo (LIPP, 2000).

Embora Selye tenha identificado apenas três fases do estresse, Lipp identificou, após 15 anos de pesquisas no Laboratório de Stress (LEPS) da PUC-Campinas, a existência de outra fase, chamada Fase de Quase-exaustão. Nessa fase, a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar, o indivíduo não consegue mais adaptar-se ou resistir ao estressor. Por vezes, consegue pensar lucidamente, tomar

decisões, rir de piadas e trabalhar, mesmo que isso seja realizado com muito esforço. Estes momentos de funcionamento normal se intercalam com momentos de total desconforto. Portanto, o indivíduo experimenta uma “gangorra emocional”, caracterizada por episódios de muita ansiedade. Por fim, o aumento da produção de cortisol começa a destruir as defesas imunológicas e as doenças começam a surgir (LIPP, 2000).

Selye acreditava que a fase de resistência era muito extensa, apresentando dois momentos diferentes caracterizados não por sintomas diferenciados, mas sim, pela quantidade e intensidade de sintomas. Portanto, para Lipp, a fase de resistência se refere à primeira parte do conceito de resistência proposto por Selye, já a fase de quase-exaustão refere-se à parte final, quando a resistência do indivíduo está realmente se exaurindo (LIPP, 2000).

2.3 PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL

De acordo com Alves et al. (2004), a palavra trabalho é utilizada universalmente e, na Língua Portuguesa, designa atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. Sob a ótica da Sociologia, o trabalho consiste na execução de qualquer atividade humana que possua a finalidade de produzir riquezas.

Segundo Filho (1992), o trabalho se caracteriza pelo esforço planejado sobre a manipulação ou transformação da natureza para alcançar diversos objetivos, frequentemente em busca da produtividade eficaz. É concebido através da energia aplicada sobre atividades, chamada força de trabalho, e em nível pessoal, constitui uma das condições determinantes para identidade e integração do indivíduo na sociedade.

Como ação humana e social, o trabalho compreende a capacidade de o homem produzir tanto o meio em que vive como a si mesmo (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005). No mundo do trabalho existem inúmeras transformações - econômicas, políticas, sociais e técnicas - que vêm se processando e exercendo forte influência sobre a saúde dos trabalhadores (AZAMBUJA, 2007).

Filho (1992) acredita que, na empresa, a saúde está articulada com a manutenção da força de trabalho, ou seja, a permanência do funcionário na empresa depende de sua saúde, ou nela se projeta o sucesso profissional. Acreditar nisso, ajuda o indivíduo no processo de adaptação para suportar, negar e até superar, mesmo que temporariamente, problemas em nível físico e mental. Pois, inicialmente, o indivíduo não pode e não deve “quebrar”, deve

suportar as adversidades e recriá-las, para que possa se sentir bem sucedido em sua vida organizacional.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009), o organismo do trabalhador não é um “motor humano”, uma vez que, é permanentemente objeto de excitações endógenas e exógenas. O sujeito não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Possui uma história pessoal que se concretiza por suas aspirações, motivações, seus desejos e suas necessidades psicológicas, atribuindo a cada indivíduo características únicas e pessoais. Dessa forma, o trabalhador dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação da estrutura da personalidade.

Segundo os autores supracitados, quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele beneficia a identidade, porque aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. Dessa forma, o trabalho funciona como mediador para a saúde. Contudo, quando a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais utilizam o sofrimento no sentido de sofrimento patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde.

As estratégias defensivas, tanto as individuais como as coletivas, podem proteger o trabalhador, mas também aliená-lo, na medida em que o afasta dos problemas da organização do trabalho. Portanto, a possibilidade de superação desse impasse entre proteção e armadilha só é possível mediante a compreensão, desses trabalhadores, da origem do sofrimento, para que possam buscar, coletivamente, subsídios para modificar os fatores desencadeantes do tal sofrimento (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004).

Nos últimos anos observa-se que os estudiosos vêm se interessando cada vez mais por questões que relacionam trabalho e saúde/doença mental. Isso se deve, em parte, ao número crescente de casos de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho, o que se confirma nas estatísticas oficiais e não oficiais (JACQUES, 2003).

O ambiente de trabalho oferece diversos riscos à saúde dos trabalhadores, os quais podem ser evitados ou reduzidos através de medidas de proteção. Todavia, alguns trabalhadores desconhecem ou não identificam determinadas situações de risco, culminando na não utilização de medidas de proteção, podendo ocasionar acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais. Tais acidentes ou doenças podem impedir temporária ou permanentemente o trabalhador de desempenhar seu trabalho, devido a alterações físicas ou psíquicas, gerando a necessidade de afastamento de suas atividades laborais (AZAMBUJA, 2007).

Até pouco tempo atrás, os estudos sobre o adoecimento no trabalho focavam o setor produtivo/industrial. Já na atualidade, as investigações sobre o assunto ampliaram-se e voltaram-se para outros profissionais como os de educação, saúde, esporte, profissionais liberais, entre outros (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Tem sido constatado, através de estudos, um aumento do número de casos de trabalhadores da área da saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho (AZAMBUJA, 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2004). Este fato se deve a diferentes fatores que comprometem a saúde do trabalhador. Dentre eles, o ambiente de trabalho é apontado como gerador de conflito quando o indivíduo percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos (LAUTERT, 2001).

O trabalho não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, ele é também um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e da historicização do sujeito (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2009).

Existem modelos teóricos que são utilizados na compreensão do estresse ocupacional. Dentre eles pode-se falar sobre o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho, de Johannes Siegrist (SIEGRIST, 2001 apud MURTA, 2005). Tal modelo postula que o estresse ocupacional é uma resposta a um desequilíbrio entre alto esforço e baixa recompensa. O próprio ambiente de trabalho e algumas de suas particularidades como pressão para produtividade, retaliação por parte de chefias, condições desfavoráveis à segurança, indisponibilidade de treinamento e orientação, falta de controle do trabalhador sobre a tarefa, ausência de plano de carreira, problemas de comunicação e trabalho noturno, podem ser causadores desse desequilíbrio (CALNAN, WAINWRIGHT; ALMOND, 2000 apud MURTA, 2005). Araújo et al (2004), acreditam que essas questões, relacionadas à organização do trabalho, configuram-se como fontes laborais de tensão, provocando o desgaste, que manifesta-se por fadiga, depressão, distúrbios psicossomáticos, síndromes neuróticas, alcoolismo etc.

A ausência de interatividade entre esforço e recompensa pode ocasionar uma ativação fisiológica em longo prazo e consequentes respostas físicas e psicológicas de estresse. Essas respostas podem ser extremamente variáveis, dependendo de fatores situacionais, como suporte social, e fatores individuais, como predisposição genética, estilo de vida e estratégias de enfrentamento (BAUM; POSLUSZNY, 1999 apud MURTA, 2005).

O desgaste emocional não significa, necessariamente, uma doença diagnosticada e, muitas vezes pode ser reversível pela possibilidade de o corpo humano recuperar perdas e capacidades, desenvolvendo potencialidades frente aos sofrimentos. Dessa forma, estar

saudável ou não, está relacionado à interação do trabalhador, suas estruturas de suporte mental e os elementos do processo de trabalho (RIBEIRO, 2008).

Haag, Lopes e Schuck (2001) acreditam que a capacidade de cada um de interferir na sua própria vida e de exercer seus direitos de cidadão influencia na qualidade das relações que são estabelecidas nos diversos âmbitos da vida, no campo privado e no trabalho. Afirma que, tanto maior será a capacidade de conduzir suas próprias vidas, quanto mais preparados estiverem ao nível da qualificação e da organização coletiva enquanto trabalhadores e categoria profissional.

Dejours (1993) acredita que, seja qual for a forma que o trabalho se apresente, ele nunca vai deixar de causar implicações efetivas para a saúde de quem o realiza, seja para inibi-la ou para promovê-la. Considerando que o trabalho seja uma atividade fundamental à saúde, torna-se necessário, então, refletir acerca do trabalho como uma relação dinâmica que envolve mobilizações psíquicas e físicas, vivências de prazer e sofrimento.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com procedimento comparativo e descritivo. A técnica usada foi a observação direta extensiva, conforme classificação proposta por Lakatos e Marcondes (2009).

Segundo Cozby (2003), o estudo transversal é utilizado para comparar grupos de pessoas que são estudadas num ponto do tempo apenas, sendo frequentemente utilizado nas pesquisas, pois tem a vantagem de ser mais barato e fornecer resultados úteis com rapidez.

A abordagem quantitativa envolve mensurações, controle de variáveis e análise estatística. Tendendo a focar na análise as partes dos componentes de um fenômeno (COZBY, 2003). De acordo com Triviños (1987), o procedimento comparativo e descritivo visa conhecer para descrever com exatidão os fatos e fenômenos da realidade.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências (2003) e tem como finalidade realizar atendimentos pré-hospitalares, auxiliando na organização do atendimento de urgências nos hospitais da rede pública. Este serviço funciona nas 24 horas do dia, com equipes multiprofissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas) que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, gineco-obstétrica e de saúde mental (BRASIL, 2006).

A cidade de Cajazeiras abriga, desde 19 de agosto de 2010, uma base Regional do SAMU que dá suporte a outras sete bases, chamadas bases descentralizadas, distribuídas pelo sertão paraibano e que assistem a população de 15 municípios. Esta base também funciona como Central de Regulação, conta com uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma Unidade de Suporte Básico (USB), as quais são utilizadas por uma equipe multiprofissional de 14 médicos, 14 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem que realizam uma média de 500 atendimentos mensais.

3.3 PARTICIPANTES

A população alvo desta pesquisa foram quarenta e dois profissionais da saúde (somente os que apresentam formação acadêmica em cursos da área da saúde), que fazem parte do quadro contratual de funcionários do SAMU de Cajazeiras. Nesta pesquisa utilizou-se uma amostragem não-probabilística (de conveniência) constituída por vinte e quatro profissionais, sendo quatro médicos, oito enfermeiros e doze técnicos de enfermagem.

Como critério de inclusão, utilizou-se os profissionais com formação acadêmica em cursos da área da saúde que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Como critério de exclusão, utilizou-se os profissionais que não possuem formação acadêmica em cursos da área da saúde, bem como àqueles que se recusaram a participar, e ainda, os que não estavam presentes durante a coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTOS

Para realizar a coleta de dados, utilizou-se os seguintes instrumentos: um questionário sócio-demográfico (APÊNDICE A) e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL (ANEXO A).

O questionário sócio-demográfico possibilitou identificar o perfil dos participantes (sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de serviço etc). Esses dados capacitaram o pesquisador a entender melhor a amostra que foi utilizada.

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) permite diagnosticar o estresse, identificar a fase na qual a pessoa se encontra e a predominância de sintomas físicos e/ou psicológicos em cada fase (CARVALHO e MALAGRIS, 2007). Baseado em um modelo trifásico desenvolvido por Selye foi validado por Lipp e Guevara em 1994, quando uma quarta fase foi identificada, fase de quase-exaustão, (ROSSETTI et al, 2008). Portanto, o ISSL é um modelo quadrifásico, já que possui questões que se referem às quatro fases do estresse. O referido instrumento só pode ser avaliado e interpretado por psicólogos.

3.5 PROCEDIMENTOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Após apreciação, análise e aprovação do mesmo, realizou-se um pré-teste dos instrumentos, com seis profissionais da instituição, a fim de averiguar os

termos e verificar a existência de vieses. Posteriormente, procedeu-se a coleta de dados, aplicando-se, primeiramente, o questionário sócio-demográfico e, em seguida, o ISSL.

Foram realizadas dez visitas à instituição, em um período de duas semanas, nos meses abril e maio do ano 2011. Em cada visita foi aplicado primeiramente o questionário sócio-demográfico, e posteriormente o ISSL, aos profissionais que se disponibilizaram a participar, mediante a assinatura do TCLE pela pesquisadora e pelos participantes.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes do questionário sócio-demográfico foram analisados e computados através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, na versão 18.0). E os do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp foram avaliados e interpretados por uma Psicóloga¹, como preconiza a resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) N.º 25/2001, que define os Testes Psicológicos como instrumentos de avaliação de uso privativo do psicólogo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi obedecida a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. A coleta de dados foi iniciada após a assinatura da Carta de Anuência por parte da Coordenadora de Enfermagem do SAMU, bem como após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (ANEXO B) pelos participantes da pesquisa, no qual consta a sua liberdade em participar da pesquisa, o anonimato da mesma e o sigilo das informações confidenciais. Como também mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo Número 0086.0.133.000-11.

¹ Angélica Corrêa de Araújo Souza, CRP 13º/4795.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

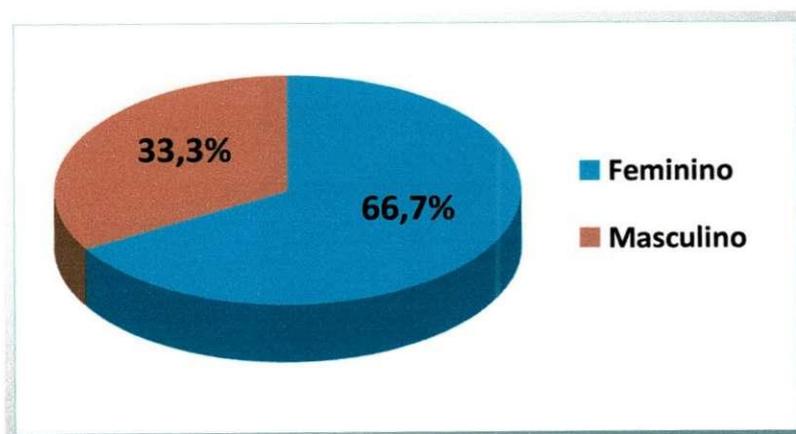
Neste tópico serão apresentados os resultados e discussões dos dados obtidos no decorrer da presente pesquisa. A mesma foi realizada utilizando-se dois instrumentos de coleta de dados: primeiramente foi aplicado um questionário sócio-demográfico e em seguida o ISSL.

O questionário sócio-demográfico contém itens relacionados ao perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa. E o ISSL lista uma série de sintomas relacionados ao estresse, e visa diagnosticá-lo, assim como identificar em qual fase do estresse o indivíduo se encontra, conforme os objetivos propostos na pesquisa.

4.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da presente pesquisa 24 profissionais da saúde do SAMU de Cajazeiras, sendo 04 médicos, 08 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. Estes estavam de plantão nos dias em que foi realizada a pesquisa, não havendo, dessa forma, nenhum critério de escolha dos participantes da amostra, respeitando apenas a disponibilidade e o desejo dos mesmos de participar do estudo. A princípio serão apresentados os dados sócio-demográficos dos participantes, fornecendo informações como sexo, idade, naturalidade, cidade em que reside, estado civil, filhos, nível de escolaridade, tempo de trabalho no SAMU, carga horária de trabalho semanal, salário no SAMU, renda salarial mensal, dependentes da renda salarial, uso de substâncias químicas e qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra estudada, segundo o gênero



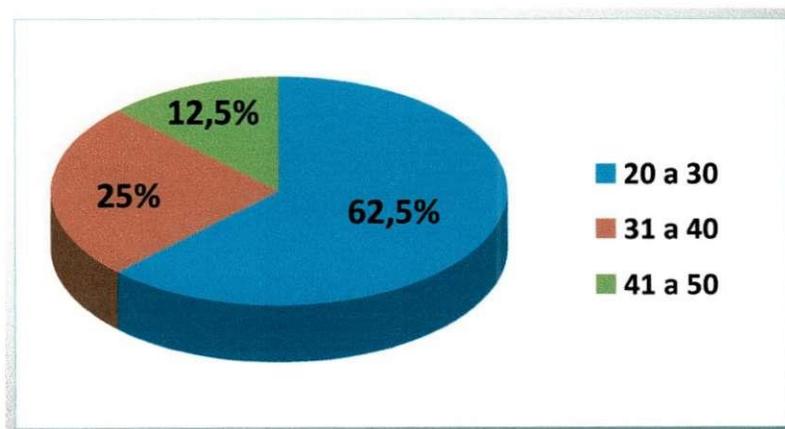
Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Ao analisar os dados dos participantes, com relação ao sexo, percebe-se uma significativa predominância do feminino (66,7%) sobre o masculino (33,3%), ou seja, o número de profissionais do sexo feminino que participaram da pesquisa é duas vezes maior do que o do sexo masculino.

Essa predominância do sexo feminino sobre o masculino se explica pelo fato de que a maioria dos participantes da pesquisa faz parte da categoria profissional da Enfermagem.

De acordo com Silva (1998), a Enfermagem é exercida, na grande maioria das vezes, por mulheres, em contrapartida, o número de homens que atuam na medicina é maior do que o de mulheres, apesar de, hoje existir um número expressivo de mulheres que optam pela medicina.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra estudada, segundo a faixa etária



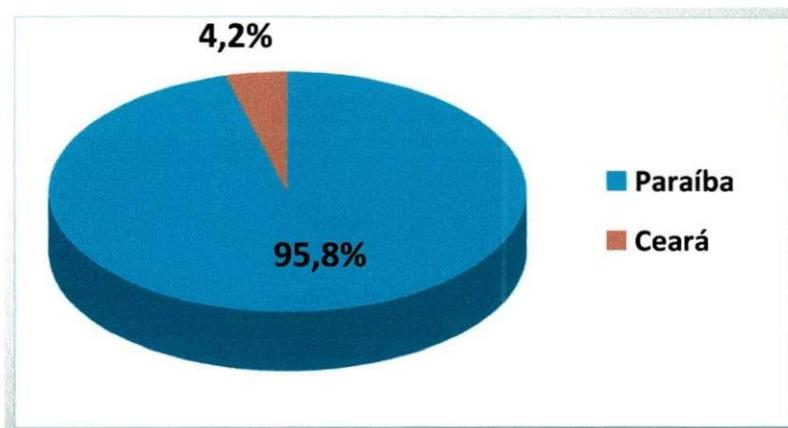
Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Quanto à faixa etária, observa-se que 62,5% desses trabalhadores possui idade entre 20 e 30 anos, restando uma parcela menor de profissionais entre 31 e 40 anos (25%), e por fim, apenas 12,5% destes corresponde à faixa etária de 41 a 50 anos.

Assim, nota-se uma forte predominância de trabalhadores na faixa etária entre 20 e 30 anos, o que caracteriza um quadro de profissionais bastante jovens trabalhando nesse serviço.

Andrade; Caetano; Soares (2000) acreditam que a idade seja um fator de grande relevância e que intervém positivamente na qualidade da assistência prestada na urgência, sendo extremamente necessário a presença de pessoas jovens e ágeis nesse tipo de serviço.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra estudada, quanto à naturalidade

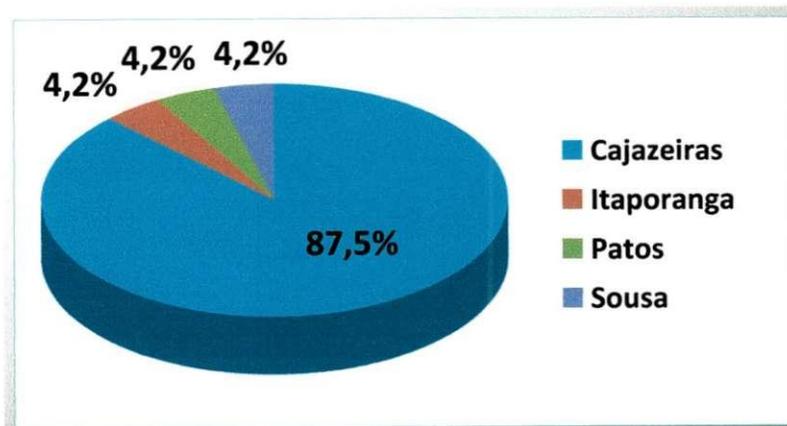


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Observando o gráfico acima, identifica-se uma disposição variada quanto à naturalidade dos trabalhadores estudados. A maioria é proveniente do Estado da Paraíba (95,8%). Destes, a maior parte foi naturalizada na cidade de Cajazeiras (70,8%), existindo também, profissionais naturais de outras cidades como Campina Grande (4,2%), Lagoa (4,2%), Patos (8,3%), São João do Rio do Peixe (4,2%), Uiraúna (4,2%) e ainda, 4,2% do total pertence ao Estado do Ceará.

Portanto, percebe-se que, embora em menor número, existe uma quantidade significativa de pessoas de outras cidades, que vieram em busca de emprego na cidade de Cajazeiras, por esta ser considerada uma cidade polarizada por várias cidades, sediando a 9ª Regional de Saúde, sendo também referência para outras localidades do interior do Ceará e do Rio Grande do Norte.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra estudada, quanto à cidade em que reside

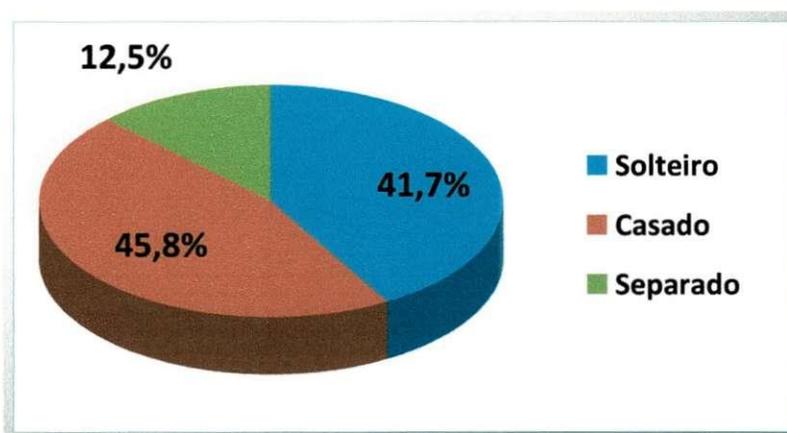


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Ao analisar o gráfico que apresenta os dados dos participantes da pesquisa, segundo a cidade em que residem, nota-se que 87,5% reside na cidade de Cajazeiras, 4,2% em Itaporanga, 4,2% em Patos e 4,2% em Sousa. Portanto, a maior parcela dos trabalhadores não necessita se deslocar da cidade onde residem até o local de trabalho. Fato este que pode ser considerado como elemento favorável ao desenvolvimento das atividades laborativas.

Comparando os gráficos 3 e 4, nota-se que, parte dos trabalhadores que residem na cidade de Cajazeiras é naturalizada em outras cidades. Porém, o número de profissionais que nasceram e continuam morando em Cajazeiras, ainda é superior ao número dos que se mudaram para Cajazeiras.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra estudada, segundo o estado conjugal

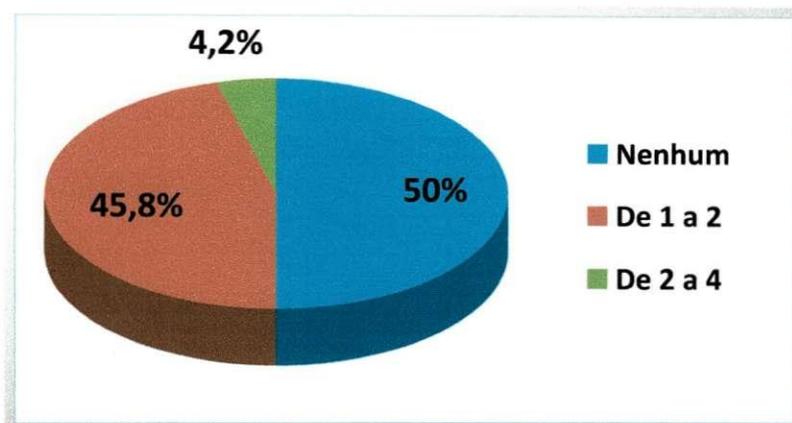


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Em relação ao estado conjugal, o gráfico exposto mostra que 41,7% dos profissionais estudados informou estar solteiro, 45,8% disse estar casado e 12,5% separado. Observa-se, então, uma discreta predominância do número de casados sobre o de solteiros.

Segundo Santos (1992), o casamento possui grande representatividade para os enfermeiros, pois influencia direta ou indiretamente na prática profissional, principalmente no que se refere à concepção errônea do caráter de submissão da profissão. Para o autor, existem profissionais da enfermagem menos esclarecidos que acreditam que a enfermagem deve ser submissa à medicina, como a mulher deve ser ao homem.

Gráfico 6 – Distribuição da amostra estudada, quanto ao número de filhos

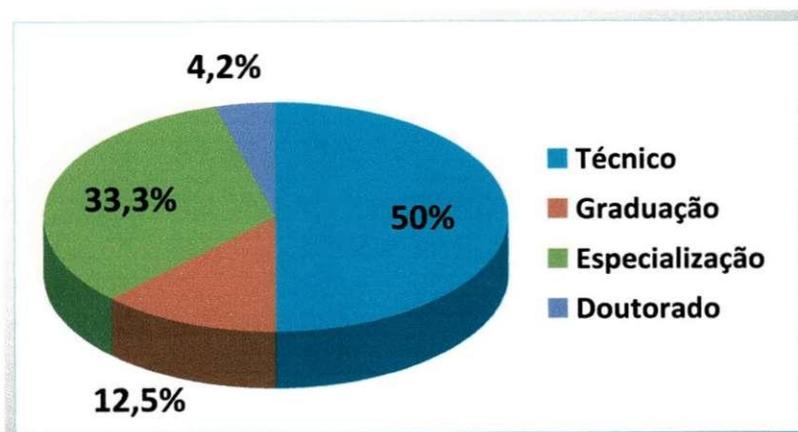


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

O gráfico acima mostra a disposição dos trabalhadores estudados com relação ao número de filhos que possuem. Observa-se que, 50% deles não possui filhos, uma parcela um pouco menor (45,8%) possui de 1 a 2 filhos e apenas 4,2% do total possui de 3 a 4 filhos.

O fato de haver um elevado número de profissionais que não possui nenhum filho pode estar relacionado à pouca idade dos trabalhadores estudados, como mostra o gráfico 02. Por estarem em início de carreira, priorizam o trabalho, buscando estabilizar-se profissional e socialmente para depois realizar um planejamento familiar.

Gráfico 7 – Distribuição da amostra estudada, segundo o nível de escolaridade

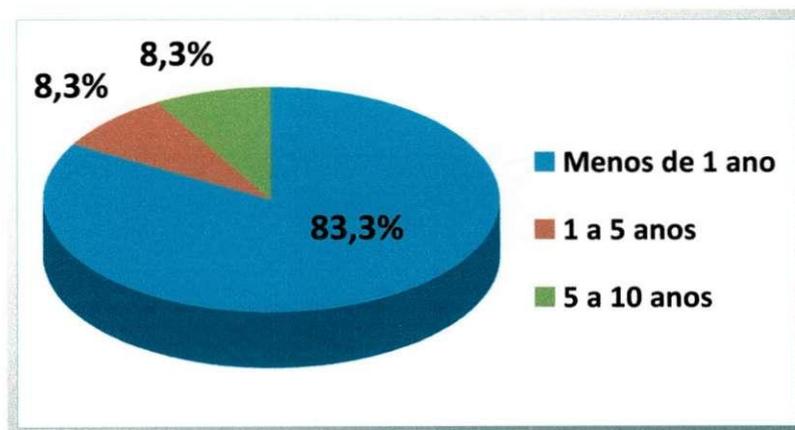


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Conforme o gráfico apresentado, percebe-se que 50% dos trabalhadores possui uma formação de nível médio, outros informaram ter como formação somente a Graduação (12,5%), uma parcela significativa disse possuir alguma Especialização (33,3%) e apenas 4,2% informou possuir Doutorado.

O elevado número de profissionais que possui apenas uma formação de nível médio corresponde à grande quantidade de Técnicos de Enfermagem que constitui a amostra estudada. Estes profissionais são responsáveis pela maior parcela do contingente de trabalhadores da saúde, devido o custo de sua mão-de-obra ser bem mais barato do que o dos profissionais mais qualificados (enfermeiros e médicos). Essa realidade é justificada por Silva (1998), quando comenta que a assistência à saúde é encarada como um empreendimento que visa produção e lucro, onde os gestores tendem a despender menos recursos financeiros com o pessoal mais qualificado, contratando em maior número a mão-de-obra menos qualificada e mais barata.

Gráfico 8 – Distribuição da amostra, segundo o tempo de trabalho no SAMU

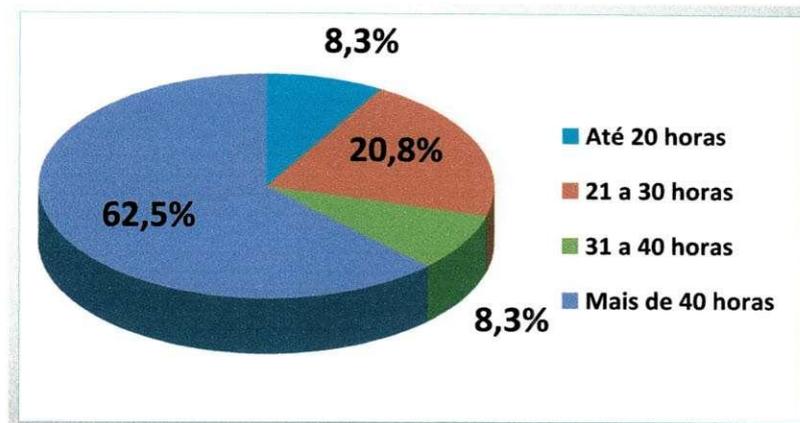


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Com relação ao tempo de trabalho no SAMU dos participantes da amostra, o gráfico revela que 83,3% trabalha neste serviço há menos de 1 ano, enquanto que 8,3% trabalha entre 1 e 5 anos, e os demais (8,3%) entre 6 e 10 anos. No entanto, uma parcela significativamente grande possui pouca experiência profissional neste serviço.

A composição do quadro de trabalhadores da instituição por pessoas pouco experientes pode condizer ao fato de a Base do SAMU de Cajazeiras ter sido fundada há pouco tempo (menos de 1 ano).

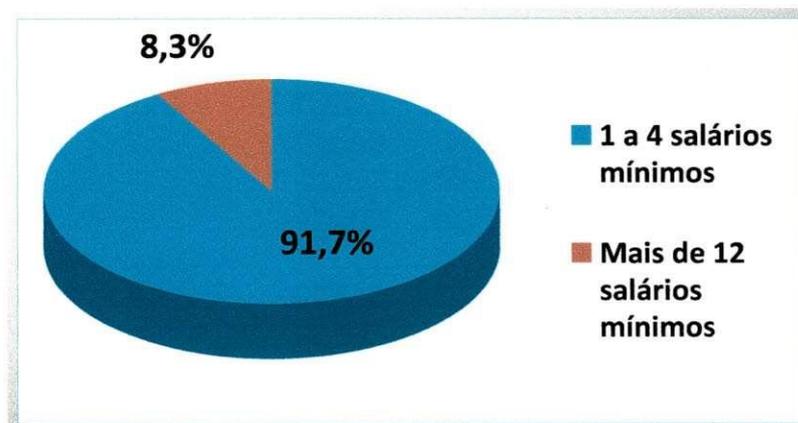
Gráfico 9 – Distribuição da amostra estudada, quanto à carga horária de trabalho semanal somando todos os vínculos empregatícios



Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Os dados apresentados acima revelam que 8,3% dos profissionais estudados trabalha até 20 horas por semana, 20,8% soma entre 21 e 30 horas de trabalho semanalmente, outros 8,3% ocupam entre 31 e 40 horas de seu tempo com atividades laborativas, e, uma relevante parcela desses trabalhadores (62,5%) dedica ao trabalho mais de 40 horas por semana. Portanto, pode-se afirmar que existe uma sobrecarga de trabalho.

Gráfico 10 – Distribuição da amostra estudada, quanto ao salário no SAMU



Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

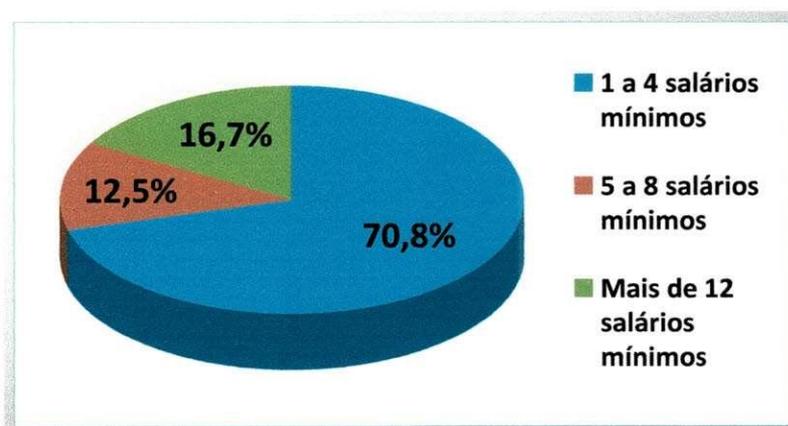
Falar sobre remuneração é um assunto bem delicado, ainda mais quando há um desnivelamento tão acentuado como se percebe no gráfico acima. A análise desses dados revela que 91,7% da amostra estudada tem vencimentos, provenientes da instituição, estimados entre 1 e 4 salários mínimos, enquanto que, apenas uma pequena parcela de 8,3% é remunerada com mais de 12 salários mínimos.

Lunardi Filho (1997) afirma que a remuneração dos trabalhadores da enfermagem é extremamente baixa e injusta, pelo tipo de atividade exercida, alto nível de responsabilidade exigida e pelas restrições à vida social que a profissão impõe, não garantindo condições decentes de vida, constituindo-se em fator tributário de sofrimento no trabalho.

Em contrapartida, os profissionais da medicina possuem mão-de-obra bem mais valorizada, são os profissionais da saúde que têm a remuneração mais alta. Isso deve-se não só à importância desses na assistência ao paciente, mas também pela histórica supervalorização da categoria, e também, à oferta de mão-de-obra que ainda é pouca, se relacionada à demanda de pacientes.

O não reconhecimento dos profissionais da enfermagem, bem como, os baixos salários e a sobrecarga de trabalho podem gerar um descontentamento e desinteresse pela profissão e pelo trabalho, desencadeando o estresse nesses profissionais.

Gráfico 11 – Distribuição da amostra estudada, quanto à renda salarial mensal

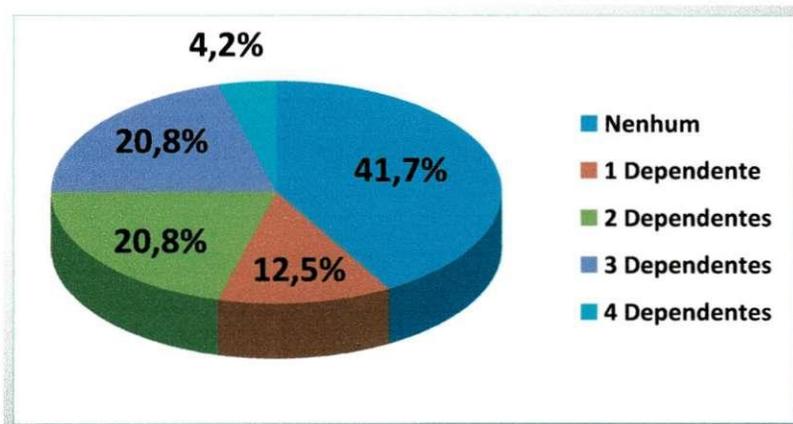


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

A realidade já constatada no gráfico 10, repete-se aqui. Observa-se novamente uma imensa desigualdade quanto à renda salarial obtida pelos trabalhadores estudados, uma vez que, 70,8% da amostra perfaz uma renda estimada entre 1 e 4 salários mínimos, enquanto que uma pequena parcela de apenas 12,5% ganha entre 5 e 8 salários mínimos e 16,7% obtém uma renda mensal correspondente a mais de 12 salários mínimos.

Desta forma, percebe-se que, os profissionais da enfermagem tendem a somar vários vínculos empregatícios para obter a renda salarial que desejam, e ainda assim, suas remunerações são bem inferiores às dos profissionais da medicina.

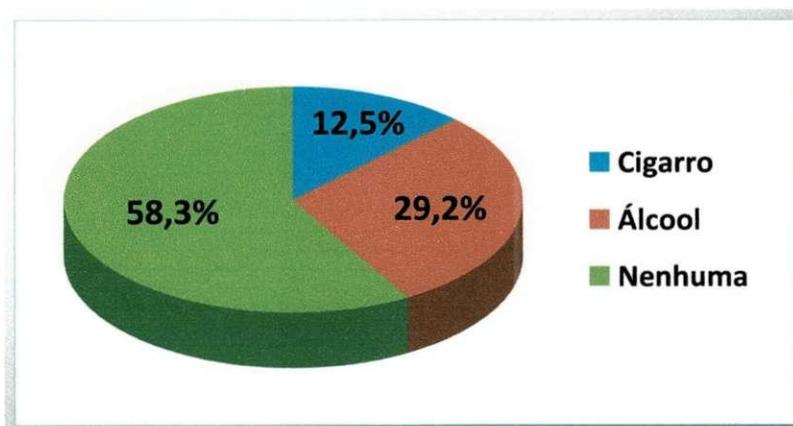
Gráfico 12 – Distribuição da amostra estudada, segundo o número de pessoas que dependem da renda salarial



Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Apesar de metade das pessoas estudadas não possuir nenhum filho, como mostrou o gráfico 6, os dados expostos nesse gráfico constata que 41,7% da amostra não possui nenhum dependente, 12,5% possui apenas 1 dependente, 20,8% tem 2 dependentes, 20,8% possui 3 dependentes e apenas uma pequena parcela (4,2%) possui 4 dependentes. Ou seja, existem pessoas nessa amostra que não possuem filhos, mas possuem dependentes de sua renda salarial.

Gráfico 13 – Distribuição da amostra, segundo o uso de substâncias químicas

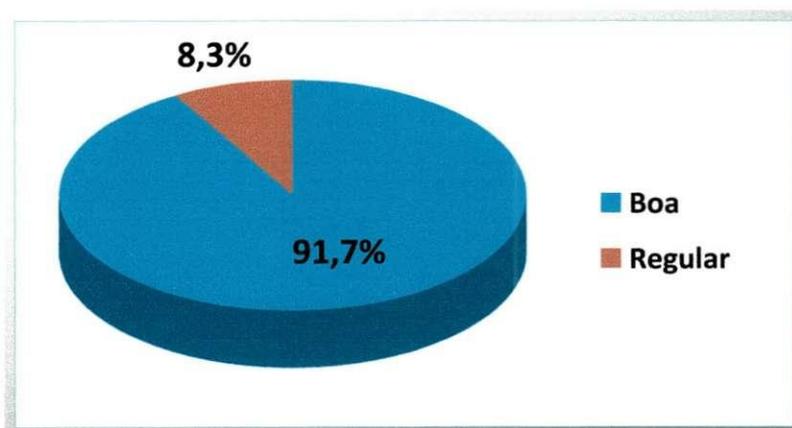


Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Ao observar o gráfico, identifica-se que 12,5% dos participantes da pesquisa referiu fazer uso do cigarro, enquanto que 29,2% informou consumir álcool, e mais da metade dos participantes (58,3%) disse não fazer uso de nenhuma das substâncias mencionadas.

Apesar de a maioria dos participantes não ter referido o uso de substâncias químicas, considera-se alto o número dos que referiu usar cigarro e álcool. Fato preocupante, pois, dependendo da frequência do uso dessas substâncias, isso pode estar relacionado ao estresse.

Gráfico 14 – Distribuição da amostra estudada, segundo a avaliação dos participantes quanto à qualidade da assistência que prestam aos pacientes



Fonte: SAMU Cajazeiras-PB (2011)

Ao serem questionados quanto à qualidade da assistência que prestam aos pacientes, 91,7% avaliou a assistência como Boa e apenas 8,3% avaliou como Regular. Pode-se relacionar isso ao comprometimento que esses profissionais possuem com esse tipo de serviço, pois eles são conscientes da complexidade e urgência dos cuidados a serem dispensados. Portanto, acredita-se que tal comportamento possa estar vinculado à satisfação dos trabalhadores em executar tais atividades.

4.2 ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Para avaliar o nível de estresse dos participantes da pesquisa, bem como a fase em que se encontram, foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. O instrumento caracteriza-se como um modelo quadrifásico, pois engloba questões que se referem às quatro fases do estresse, permitindo, não só diagnosticá-lo, como também identificar a predominância da ocorrência dos sintomas físicos e psicológicos. O ISSL foi aplicado logo após os participantes terem respondido o questionário sócio-demográfico.

Primeiramente, serão analisados os níveis de estresse apresentados pelos profissionais estudados. Em seguida, serão identificadas as fases em que os mesmos se encontram, e por

último, serão evidenciados os sintomas predominantes, físicos e psicológicos, para que se possa desenvolver uma discussão dos resultados produzidos ao longo do trabalho, conforme os objetivos iniciais da pesquisa.

4.2.1 Nível de Estresse dos Profissionais

Tabela 1 - Porcentagem de participantes com e sem estresse

Sexo	Sem estresse	Com estresse	Não respondeu	Total
Masculino	16,7%	4,2%	12,5%	33,3%
Feminino	45,8%	12,5%	8,3%	66,7%
Participantes	62,5%	16,7%	20,8%	100%

Fonte: Avaliação do ISSL

A tabela apresentada acima mostra uma parcela predominante (62,5%) de trabalhadores que não apresentam estresse, seguida de um número significativo (20,8%) de participantes que não responderam o inventário, sendo apenas 16,7% a porcentagem de profissionais acometidos pelo estresse. Dos trabalhadores que apresentaram estresse, 4,2% são homens e 12,5% são mulheres.

De acordo com Jacques (2003), as estatísticas oficiais e não oficiais confirmam que o número de trabalhadores acometidos por transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho, vem crescendo a cada dia. Dentro desse universo, se encontra os trabalhadores da saúde, que vêm adoecendo cada vez mais em decorrência das atividades laborativas (AZAMBUJA, 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2004). Lautert (2001) acredita em diversos fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador. Dentre eles, o ambiente de trabalho é apontado como gerador de conflito quando o indivíduo percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos. Ou seja, existe um conflito que coloca face a face o projeto espontâneo do trabalhador e a organização do trabalho que limita a realização desse projeto e prescreve um modo operatório preciso, permitindo o início de um sofrimento psíquico. No entanto, o trabalho passa a ser vivenciado como fonte de sobrevivência e não como pólo identificatório (ARAÚJO; ALBERTO; NEVES; ATHAYDE,

2004).

Observou-se nessa pesquisa, uma alta porcentagem de trabalhadores que não apresentaram estresse. O não acometimento desses pode estar relacionado, principalmente, à fatores como: baixa idade, já que 62,5 % dos participantes está inserido na faixa etária entre 20 e 30 anos (gráfico 2); e pouco tempo de trabalho no serviço, como mostra o gráfico 8. O fato de serem jovens contribui para que o organismo resista com mais vigor aos agentes estressores, obtendo, dessa forma, maior disposição para realizar suas atividades. Já a pouca experiência possibilita o aumento do interesse pelo trabalho, uma vez que, existe, nessa fase, um enorme desejo de aprender e aperfeiçoar o mais rápido possível suas técnicas e habilidades.

O acometimento pelo estresse dos profissionais estudados está claramente associado à sobrecarga de trabalho, uma vez que, mais da metade desses possui uma carga horária de trabalho exaustiva (superior a 40 horas semanais), como mostra o gráfico 9. Esse dado revela que esses trabalhadores possuem mais de um vínculo empregatício, já que os salários, muitas vezes, são baixos e não satisfazem suas necessidades. É possível, também, relacionar esse estresse à complexidade das tarefas executadas, bem como ao comprometimento e responsabilidades exigidas nesse tipo de assistência. Atribui-se, ainda, o fato de estarem em contato direto e constante com a dor e o sofrimento das pessoas.

Dentre os profissionais que apresentam estresse, existe uma predominância das mulheres sobre os homens. A princípio, pode estar relacionado à composição da amostra, pois 66,7% dos participantes é do sexo feminino (gráfico 1). Em um segundo plano, pode-se fazer uma análise, levando em consideração a dupla ou tripla jornada de trabalho enfrentada pelas mesmas. Muitas dessas mulheres possuem um ou mais empregos e ainda precisam cuidar do lar e dos filhos, quando possuem.

Um dado que chamou a atenção foi a porcentagem, relativamente alta, de participantes que não responderam o inventário. Acredita-se que possa existir um certo receio, por parte dos mesmos, em revelar, a um “desconhecido” (no caso, a pesquisadora), informações que possam comprometê-los diante de seus chefes e colegas de trabalho, caso os dados fossem revelados por algum motivo.

Filho (1992) esclarece essa problemática quando afirma que, na empresa, a saúde está articulada com a força de trabalho, ou seja, a permanência do funcionário na empresa depende de sua saúde, ou nela se projeta o sucesso profissional. Portanto, na tentativa de se sentir bem sucedido no trabalho e de manter seus empregos, os trabalhadores negam e suportam, mesmo que temporariamente, problemas de nível físico e mental

4.2.2 Fases do Estresse em que os Profissionais se encontram

Tabela 2 - Porcentagem de participantes com estresse por fase

Fases	Masculino	Feminino	Total
Alerta	—	—	—
Resistência	4,2%	12,5%	16,7%
Quase Exaustão	—	—	—
Exaustão	—	—	—

Fonte: Avaliação do ISSL

Ao observar os dados da tabela acima, percebe-se que todos os participantes que apresentaram estresse (16,7%) encontram-se na fase de Resistência, sendo 4,2% do sexo masculino e 12,5% do sexo feminino.

O estresse é uma reação, com componentes físicos e emocionais, que o organismo apresenta diante de qualquer situação que represente um desafio maior. Pode ter sentido positivo ou negativo. Ele é positivo quando se encontra em sua fase inicial (Alerta), em que o indivíduo apresenta força e vigor para lutar ou fugir das situações mais difíceis. Caso o estresse persista, o indivíduo se cansa em excesso, entrando na Fase de Resistência, caracterizada por sensação de desgaste generalizado, problemas com a memória e dúvidas quanto a si próprio. A fase seguinte é a de Quase-exaustão, nela a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar e doenças começam a surgir. E, por fim, vem a Fase de Exaustão, considerada a mais negativa. É quando ocorre um desequilíbrio interior muito grande, o indivíduo não consegue mais se concentrar, trabalhar, nem tomar decisões sensatas. Começam, então, a surgir as doenças mais graves (LIPP, 2000). Retomar o equilíbrio do organismo torna-se uma tarefa muito difícil nessa fase.

Como os profissionais referidos na tabela se encontram na Fase de Resistência, entende-se que já estão sob ação de agentes estressores há algum tempo, os quais podem estar relacionados não somente à organização de trabalho como também à fatores de ordem social. Essa fase funciona como uma ponte de transição entre o estresse positivo e o negativo,

portanto, é importante que os fatores estressores sejam identificados o mais rápido possível, para tentar impedir que o quadro de estresse evolua, não permitindo que o indivíduo atinja as fases mais negativas do estresse (Quase-exaustão e Exaustão).

4.2.3 Sintomatologia Predominante

Tabela 3 - Distribuição de acordo com a sintomatologia predominante

	Masculino	Feminino	
Sintomas	Frequência	Frequência	Total
Físicos	—	—	—
Psicológicos	4,2%	—	4,2%
Físicos e Psicológicos	—	12,5%	12,5%
Participantes	4,2%	12,5%	16,7%

Fonte: Avaliação do ISSL

Na tabela acima, que apresenta a distribuição dos participantes de acordo com a sintomatologia predominante, note-se que, 4,2% dos profissionais acometidos pelo estresse é do sexo masculino e apresenta predominantemente sintomas psicológicos, enquanto que, 12,5% dos trabalhadores com estresse é do sexo feminino e tem como predominantes os sintomas físicos e psicológicos.

Percebe-se que houve uma predominância dos sintomas físicos e psicológicos, apresentados concomitantemente, sobre os sintomas apenas psicológicos. Fato justificado devido a esses indivíduos se encontrarem na Fase de Resistência. Portanto, os participantes mostraram-se mais vulneráveis emocionalmente do que fisicamente.

Dessa maneira, essas pessoas devem receber especial atenção, por meio de programas sistemáticos de educação que abordem maneiras de identificação de fatores de risco para o estresse, bem como, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu uma reflexão acerca do processo de adoecimento do trabalhador em seu ambiente de trabalho, bem como, evidenciou a necessidade de identificar os agentes estressores no trabalho a fim de desenvolver possíveis soluções que possam minimizar seus efeitos, tornando o cotidiano dos trabalhadores mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-los mais no que se refere aos aspectos humanos e profissionais.

A pesquisa identificou uma grande parcela de profissionais não acometidos pelo estresse. Provavelmente, isso se relaciona ao tempo de atuação do SAMU na cidade de Cajazeiras (menos de 1 ano), bem como, ao baixo fluxo da demanda de ocorrências. Além disso, a maioria dos profissionais é bastante jovem, com pouco tempo de atuação no serviço e, possivelmente, em início de carreira. Certamente, esses fatores contribuem para reforçar a resistência desses indivíduos no combate aos agentes estressores. Ou seja, esses trabalhadores conseguem manter o equilíbrio do organismo, em decorrência de seus recursos de energia serem maiores do que os fatores estressores.

Todavia, o que chamou a atenção foi o número de pessoas que não responderam o inventário. Quantidade que pode ser considerada relativamente alta. Atribui-se a este fato, questões relacionadas ao medo de “perseguição política”, como foi observado através de alguns comentários feitos por participantes durante a realização da pesquisa. Esse medo se fundamenta na origem da ocupação dos cargos, uma vez que, naquela instituição não existem profissionais concursados, todos são contratados. E o critério de seleção para as vagas foi a “indicação política”. Portanto, acredita-se que alguns participantes omitiram suas respostas por medo de comprometer seus empregos.

Quanto aos que apresentaram estresse, é importante que a instituição procure identificar as fontes do estresse, para que se possa estabelecer estratégias de combate à doença. Principalmente, porque já se encontram na Fase de Resistência, o que caracteriza uma transição entre o estresse positivo e o negativo, causando prejuízos na produtividade desses indivíduos. Caso os estressores não sejam erradicados ou minimizados, esses trabalhadores evoluirão para as próximas fases do estresse, o que acarretará em grandes prejuízos não só para a saúde destes, como também, para a organização de trabalho da instituição.

Nesse sentido, tornam-se necessárias intervenções para a prevenção ou controle do estresse ocupacional. Programas de manejo podem ser focados na organização de trabalho

e/ou no trabalhador. Intervenções focadas na organização são voltadas para a modificação de estressores do ambiente de trabalho, podendo incluir mudanças na estrutura organizacional, condições de trabalho, treinamento e desenvolvimento, participação e autonomia no trabalho e relações interpessoais nesse ambiente. Já as Intervenções focadas no indivíduo almejam reduzir o impacto de riscos já existentes, através do desenvolvimento de um adequado repertório de estratégias de enfrentamento individuais.

Caso a equipe tenha espaço para discussão, os estressores terão sua ação negativa reduzida, diminuindo, assim, os danos à saúde do indivíduo. Nessa perspectiva, acredita-se que a mudança de atitude permite uma melhor forma de lidar com os fatores estressantes presentes no ambiente de trabalho, principalmente, quando há o investimento em relações humanas saudáveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. M., CHOR, D., FAERSTEIN, E., LOPES, C. S., WERNECK, G. L. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. v. 38 n. 2, 2004.

ANDRADE, M. L., CAETANO, J. A., SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. Fortaleza: **Revista RENÉ**. v.1 n.1, 2000.

ARAÚJO, A., ALBERTO, M. de F., NEVES, M. Y., ATHAYDE, M. (orgs.). **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

AZAMBUJA, E. P., KERBER, N. P. C., KIRCHHOF, A. L. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 41 n.3, 2007.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.34 n.4, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SAMU 192 e a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35632. Acesso em: 01 de fevereiro de 2011.

CAMELO, S. H. H., ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12 n.1, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense/Universitária, 2006.

CARVALHO, L. de, MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais da saúde. Rio de Janeiro: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 7 n.3, 2007.

CAVALHEIRO, A. M., JUNIOR, D. F. M., LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 16 n.1, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 25/2001**. Disponível em <http://www.crp07.org.br/upload/legislacao/legislacao46.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2011.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54. p. 7-11, 1986.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. (Org.) **Sobre o modelo japonês**. São Paulo: Edusp, 1993.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **PSICODINÂMICA DO TRABALHO: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** São Paulo: ATLAS, 2009.

FILHO, J. de M. e cols. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artmed, 1992.

FRANÇA, A. C. L., RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho – Uma Abordagem Psicossomática.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

HAAG, G. S., LOPES, M. J. M., SCHUCK, J. S. (orgs.). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** 2ª ed. Goiânia: AB, 2001.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. Belo Horizonte: **Psicologia e Sociedade.** v. 15 n.1, 2003.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa.** 6ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LAUTERT, L. O Processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: HAAG, G. S., LOPES, M. J. M., SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** Goiânia: AB; 2001. p. 114-40.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).** 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.50 n.1, 1997.

MUROFUSE, N. T., ABRANCHES, S. S., NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 13 n.2, 2005.

MURTA, S. G. Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. São Paulo: **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.** v. 7 n.2, 2005.

RIBEIRO, M. C. S. (org.). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores.** São Paulo: Martinari, 2008.

ROSSETTI, M. O., EHLERS, D. M., GUNTERT, I. B., LEME, I. F. A. de S., RABELO, I. S. A., TOSI, S. M. V. D., PACANARO, S. V., BARRIONUEVO, V. L. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.** v. 4 n.2, 2008.

SANTOS, S. R. **Motivação no trabalho do enfermeiro: fatores de satisfação e insatisfação.** 1992. 165 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 1992.

SELYE, H. **Stress: A Tensão da Vida.** 2ª ed. São Paulo: IBRASA, 1959.

SILVA, M. A. P. D. **As representações sociais e as dimensões éticas.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ZANELLI, J. C., BORGES-ANDRADE, J. E., BASTOS, A. V. B. (orgs.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário Sócio-Demográfico

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS: Gostaríamos de conhecer algo mais acerca dos participantes desse estudo. Uma vez mais, lembramos que nosso propósito não é identificá-los. A seguir **escreva ou marque** as respostas de cada questão no espaço determinado.

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____ Anos

3. Naturalidade: _____

4. Cidade em que reside: _____

5. Estado Civil:

Solteiro

Casado (a)

Convivente

Com companheiro (a)

Separado (a)

Viúvo (a)

6. Você tem filhos?

Sim

Não

Quantos? _____

7. Qual o seu nível de escolaridade?

Curso Técnico

Graduação

Mestrado

Especialização

Doutorado

8. Há quanto tempo você trabalha no SAMU?

menos de 1 ano

de 1 a 5 anos

de 6 a 10 anos

mais de 10 anos

9. Qual a sua carga horária de trabalho semanal (soma de todos os vínculos empregatícios)?

até 20h

de 21 a 30h

de 31 a 40h

mais de 40h

10. De quanto é o seu salário mensal no SAMU?

11. Qual a sua renda mensal?

12. Quantas pessoas dependem de sua renda?

ANEXOS

ANEXO A

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

CADERNO DE APLICAÇÃO

INSTRUÇÕES

Quadro 1- Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

Quadro 2- Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.

Quadro 3- Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

F1; F2; F3 – Sintomas físicos

P1; P2; P3 – Sintomas psicológicos

Quadro 1a

a) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- ()1. MÃOS E PÉS FRIOS
- ()2. BOCA SECA
- ()3. NÓ NO ESTÔMAGO
- ()4. AUMENTO DE SUDORESE (muito suor/ suadeira)
- ()5. TENSÃO MUSCULAR
- ()6. APERTO DA MANDÍBULA/ RANGER OS DENTES
- ()7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- ()8. INSÔNIA (dificuldade de dormir)
- ()9. TAQUICARDIA (batedeira no peito)
- ()10. HIPERVENTILAÇÃO (respirar ofegante/ rápido)
- ()11. HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA (pressão alta)
- ()12. MUDANÇA DE APETITE

Quadro 1b

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

- ()13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- ()14. ENTUSIASMO SÚBITO
- ()15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

Quadro 2a

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

- ()1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- ()2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA

- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSACÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (problemas de pele)
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (pressão alta)
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/ SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO

Quadro 2b

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

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (estar muito nervoso)
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (sem vontade de sexo)

Quadro 3a

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

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA (dificuldade de dormir)
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA (pressão alta)
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS (problemas de pele)
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

Quadro 3b

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

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSACÃO DE INCOMPETÊNCIAS EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/ FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Estresse ocupacional em profissionais da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “**Estresse ocupacional em profissionais da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**” terá como objetivo geral **avaliar o nível de estresse nos profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8889 0641 com **Pâmela Peronico Leite Ramalho**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB

PROJETO: CAAE N° 0086 .0.133.000-11,

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA DE CAJAZEIRAS - PB

PESQUISADOR: MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO

PARECER: Considerando a relevância do estudo aliado às exigências protocolo do CEP/UEPB baseado na Res. N° 196/96 do CNS/MS o presente estudo está suficientemente embasado nos critérios exigidos. Apresento Parecer Aprovado.

Campina Grande, 02 de maio de 2011.

PARECERISTA 03

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Estresse ocupacional em profissionais da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras-PB**” desenvolvida pela aluna Pâmela Peronico Leite Ramalho do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Maria Soraya Pereira Franco Adriano.

Cajazeiras, 28 de março de 2011.

Francisca Geni Salda Cantaco Ferreira

Assinatura e carimbo do responsável institucional

CNPJ: 08.923.971/0001-15
SAMU REGIONAL DE CAJAZEIRAS
Rua: Dr. José M. de Figueiredo, S/N
Centro - CEP: 58900-000
Cajazeiras - PB - Tel.: 83.3532-2900