

1 INTRODUÇÃO

A saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e para todas as pessoas esses três conceitos estão extremamente interligados (BRASIL, 2001). Ela engloba muito mais que ausência de patologias, sendo necessário ter condições de conforto adequadas, educação de qualidade, estabilidade financeira, alimentação, lazer, ajuda especializada, além de garantias dos direitos fundamentais e justiça social (BRASIL, 2009).

Apresentar saúde mental significar ter bem-estar, autonomia, auto realização intelectual e emocional, entre outros. Esse é apenas um dos vários conceitos que abrange a saúde mental, podendo ainda ser definida segundo o nível de qualidade de vida emocional, a capacidade que um indivíduo tem de apreciar a vida procurando o equilíbrio entre suas atividades diárias e o estágio psicológico estável (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde descreve a saúde mental como uma posição de bem-estar onde o sujeito é conhecedor de sua competência e apto a superar situações estressoras decorrente de sua rotina, apresentar produtividade em sua forma de trabalho e contribuir com a comunidade (OMS, 2005).

Existem profissões que geram um estresse ocupacional alto, impedindo que a pessoa tenha uma adequada saúde mental. Entre elas, destaca-se a enfermagem. Cooper e Mitchel (1990) classificou essa área entre as dez mais estressantes.

Entre os departamentos que geram um grande estresse ocupacional, destaca-se o “setor de urgência e emergência”, que se individualiza pela alta demanda de pacientes com risco iminente de morte, por ocorrências imprevisíveis, cobranças dos familiares dos pacientes, pouco tempo para prestar assistência devida, a falta de segurança quando ocorrem agressões físicas (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012), entre outros.

O setor de emergência hospitalar pode ser classificado como um local onde os profissionais da saúde estão propícios a uma maior aflição psíquica (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Situações institucionais também contribuem para o estresse ocupacional, como: ambiente físico da unidade, número reduzido de funcionários, aumento da carga de trabalho, falta de experiência por parte dos supervisores, falta de comunicação (BATISTA; BIANCHI, 2006), entre outros.

A saúde dos atuantes na área da enfermagem, de acordo com um estudo realizado no ano de 2004, comprovou que eles têm sido suscetíveis aos problemas médicos, seja ele de caráter físico ou mental, apresentando depressão, aflição e nervosismo como fatores principais (MUROFUSE, 2004).

Nesta perspectiva, destaca-se a necessidade desse estudo, pois, em geral, as pesquisas acerca da integridade na área do estresse dos profissionais da enfermagem do setor de urgência e emergência são escassas e em se tratando do Hospital Municipal de Itaituba, os estudos publicados não existem.

Diante o exposto, surgem os seguintes questionamentos: Sua rotina de trabalho interfere em sua vida pessoal? Quais situações em seu trabalho geram maior grau de estresse? A instituição onde trabalha disponibiliza capacitação, motivação e suporte à sua integridade física e psicológica, durante sua atuação profissional?

Assim, esse estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer se a rotina de trabalho interfere na vida pessoal dos enfermeiros do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, frente as situações que geram maior grau de estresse durante sua atuação; se a instituição em que atuam proporciona capacitação, motivação e suporte psicológico. Além de descrever seus conhecimentos sobre a saúde mental, os fatores que geram desconfortos em seus trabalhos, e verificar a necessidade de um profissional especializado em saúde mental para a equipe de enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE MENTAL E ESTRESSE OCUPACIONAL

A saúde não é definida por falta de doenças, mas sim, como um completo estado de bem-estar físico, mental, espiritual e social (OMS, 2002).

Saúde mental não pode ser resumida em tratamento ou cura de patologias mentais, portanto, não podemos dizer que ter saúde mental é simplesmente apresentar um estado psicológico saudável sem que a pessoa exiba uma confusão (AMARANTE, 2007).

A saúde mental se torna uma palavra de significado complexo, justamente porque na sua falta a usarem como sinônimo de doença (HEGENBERG, 1998). Não existe uma definição modelo de saúde mental, considerando o alto grau de influência pelas diferentes crenças, culturas e religiões; esse conceito tem se modificado ao decorrer do tempo, implantando aspectos que torna o sentido cada vez mais aberto (PORTAL..., 2016).

A saúde mental do indivíduo pode ser comprometida através de fatores externos, resultando em danos psicológicos e físicos, como exemplo, destacasse o estresse ocupacional, o que nada mais é, que uma situação desagradável no ambiente trabalhista que despertará efeitos negativos e resultará em agravos na qualidade de vida pessoal e profissional do trabalhador (VIEIRA, 2011).

Quando relacionado ao trabalho, o estresse é um fator contínuo e determinante para o aparecimento de desordens depressivas e outras patologias como: diabetes, síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios de sono e a síndrome de Burnout (LIMONGI; RODRIGUES, 2015).

O EO (Estresse Ocupacional) não deixa de ser uma importante ferramenta no auxílio para compreender a influência mental e social na sustentação da saúde, ou na decretação de doenças, relacionado geralmente, na prática do indivíduo em responder às imposições do ambiente; o estresse também pode expressar inquietude e intimidação, deste modo, essa intimidação pode ter um caráter de desafio e de tensão engrandecedora, ou pode ter um aspecto de exaustão e de enfraquecimento de energia (FERREIRA; MARTINO, 2009).

Assim como há o acometimento através do EO, existem dois tipos distintos de estratégias para enfrentar a situação, as concentradas no problema - a pessoa irá tentar adaptar-se a situação e tentará resolvê-la; e as concentradas no emocional - a

pessoa evitará o problema, fingindo que nunca existiu; ambas apresentam eficácia, dependendo da situação estressora (LIPP, 2010).

2.2 HISTÓRICO DO ESTRESSE OCUPACIONAL

De acordo com processo histórico da evolução humana, o estresse surgiu como uma resposta biológica do indivíduo em situações de caráter emergencial, com o objetivo de preparar o sujeito para a fuga quando submetido a alguma ameaça (GLASSMAN, 2006).

Estresse é oriundo do latim onde significa achochar, pressionar, comprimir (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001). O termo estresse era usado primeiramente como um conceito da física e da engenharia, estando relacionado a capacidade de uma barra de metal resistir ao estresse, que poderia ser força ou tensão, aplicado a ela antes de ela se deformar ou se romper (VIEIRA, 2011).

Na área da saúde, o pioneiro na utilização deste termo foi o médico endocrinologista Hans Selye em 1916, influenciado por dois fisiologistas estudiosos dos mecanismos responsáveis pelo equilíbrio interno do organismo, onde definiu o termo como o esgotamento total do indivíduo ocasionado pela vida; foi durante a faculdade de medicina que Selye percebeu que, independentemente da enfermidade, havia sintomas comuns entre as pessoas e a esses sintomas ele deu o nome de síndrome de estar doente (LIPP, 2013).

Após realizar uma longa pesquisa a partir dos princípios da fisiologia, o estresse foi caracterizado por alterações no sistema biológico, observada em duas etapas: Síndrome de Adaptação Geral (SAG) e adaptação orgânica ao causador, que estão subdivididas em três fases: a) fase do alarme ou alerta (momento inicial em que o organismo identifica o causador da irritabilidade, o que lança no organismo uma resposta acelerada de enfrentamento), b) fase de resistência (desaparecem os sinais da fase anterior, independentemente da permanência, podendo evoluir para a próxima fase), c) fase de exaustão (o agente estressor permanece e o organismo é incapaz de eliminá-lo, fazendo com que sua estrutura fique mais frágil e suscetível a doenças, podendo até progredir para a morte em casos mais graves) (LIPP, 2010).

No ano de 1969, no Japão, foi registrado o primeiro caso de óbito oriundo do estresse ocupacional onde um funcionário de 29 anos morreu de karoshi (morte ocasionada pelo excesso de trabalho), o que acabou por sensibilizar a população, então houve publicações através do ministério do trabalho acerca de direitos e

deveres dos empregados e empregadores, determinando o limite diário de carga trabalhista (CARREIRO, 2007).

Na década de 70, no Brasil, surgiram os primeiros estudos relacionados ao estresse logo após ser detectado que se tratava de uma manifestação indesejável no corpo, deste modo, ficou conhecido como um conjunto de reações biopsicossociais manifestada por situações desagradáveis que provocavam estímulos negativos (GLASSMAN, 2006).

Foi a partir daí que passou a haver estudos com o intuito de formular uma linha lógica de reações padrões desse acometimento objetivando uma melhor compreensão acerca dos sentimentos negativos que eram manifestados principalmente pelos trabalhadores responsáveis por cuidar, como era o caso dos enfermeiros, professores, médicos, psicólogos e babás (CODÓ; MENEZES, 2017).

Ao decorrer das análises, alguns termos foram reorganizados, como o desgaste, que foi designado de exaustão e o sucesso no trabalho, que foi chamado de eficácia profissional. O estresse ocupacional também recebeu um aliado nomeado até então como Síndrome de Burnout, que estava relacionada com a perda da energia existente no indivíduo. Posteriormente, foi constatado que a síndrome não se restringia apenas para as profissões cuidadoras (SCHAUFELI, 2002).

No ano de 1974, Fregenbauer batizou a síndrome Burnout com a definição que conhecemos até hoje, o que não pode ser confundido com estresse, onde um se caracteriza como o desequilíbrio interno ocasionado por fatores externos, e o outro, como consequência desse estresse; o Burnout trata-se da sensação de solidão, vazio, sentimento de derrota, ausência de ações e desistência: se exige muito do trabalhador, o trabalhador se exige muito, pouco a pouco desistem e entram na Síndrome de Burnout (CODÓ; MENEZES, 2017).

Apesar da síndrome de Burnout não ter um padrão único de definição, tem a mesma idade da psicologia, tendo sido citada nos primeiros estudos da psicanálise humana, onde foram realizados experimentos por Pavlov, forçando cães a distinguirem entre um círculo e um triângulo. Após várias tentativas, a dificuldade se tornava cada vez menor. Desta forma, foi criada a neurose experimental, onde recebeu por Freud o conceito de frustração, que se tratava da recusa do próprio desejo e com isso, sensação de impotência (CODÓ; MENEZES, 2017).

O estresse não está vinculado apenas ao estímulo, mas a forma como é percebida a situação. Deste modo, existem alguns influenciadores que determinam o grau de estresse, podendo destacar a previsibilidade (quando a situação é esperada e o nível de estresse é menor) e o controle de percepção (quando percebido o controle referente a situação, o estresse é diminuído) (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Não se sabe ao certo desde quando existe o estresse, sabe-se apenas o momento em que foi nomeado algo que já existia, o que mudou a concepção dos historiadores, pois foi constatado que ao sabermos o que sentimos, passamos a aceitar, compreender e então, enfrentar (CARREIRO, 2007).

2.3 SETORES HOSPITALARES QUE GERAM ESTRESSE

Dentre um ramo vasto de profissões, aquelas em que são destinadas ao cuidado de pessoas com dor e sofrimento como é o exemplo da área ligada a enfermagem, são as que mais estão expostas ao estresse, considerando que os problemas são de difícil solução e de grande desgaste físico e emocional (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

Dentre todos os setores, os conhecidos como ambientes fechados (Centro de Terapia Intensiva - CTI, Unidade Coronariana e Centro Cirúrgico), são considerados os setores hospitalares mais estressantes devido ocorrerem situações emergenciais onde a vida do paciente apresenta riscos. Pesquisas em outros setores sobre o estresse ainda são escassos (ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2015).

Podemos destacar o setor de urgência e emergência, que um dos locais que atendem o público de forma aberta, e é considerado tão estressante quanto o setor de UTI ou outras unidades com a mesma proporção de atendimento. Independente de seu local de atuação, o profissional de enfermagem exerce uma atividade muito estressante (BATISTA; BIANCHI, 2006).

2.4 SURGIMENTO DA EMERGÊNCIA MÉDICA

Ao longo do tempo, as guerras entre os povos provocaram muitas mortes e deixaram muitas pessoas feridas, o que gerou a necessidade de curativos, transporte e ainda, a missão de estabelecer uma ordem nos atendimentos, surgindo assim, o que hoje chamamos de triagem (WEHBE; GALVÃO, 2011).

Em 1795, uma carroça locomovida com cavalos e médicos treinados foi idealizada pelo barão Larrey para Napoleão, no período de sua campanha na Prússia, assim se iniciou a era do tratamento pré-hospitalar (LÓPEZ, 1989). Nesse período napoleônico das grandes guerras (XVIII), soldados recebiam atendimento com o intuito de prevenir um quadro mais agravante, tendo como forma principal de locomoção essas carroças, a fim de transferir os machucados para os lugares mais afastados possíveis dos conflitos da época (SLTRELOW, 2014).

A vinda da família real ao Brasil gerou a exigência de uma organização estrutural e condições sanitárias capaz de oferecer suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Até meados de 1850, as funções de saúde pública se limitavam na estrutura sanitária e administração dos navios, o que acabava por ser atribuições municipais, com o objetivo de oferecer um controle sanitário para a capital colonizada (LORENZ; CARDOSO; SABINO, 2010).

O atendimento emergencial no Brasil está inserido na história da fundação do socorro medicinal de urgência, onde a iniciativa pela elaboração desse serviço foi tomada por parte dos poderes públicos e das instituições privadas apreensivas com os acidentes ocorridos em vias públicas do Rio de Janeiro (LOPES, 2010). Essa movimentação ocorreu no ano de 1893, onde foi criado o auxílio médico urgencial, que seria para o atendimento de machucados, afogados e acidentados nas ruas. Esse plano incluía até mesmo ambulâncias para o atendimento. Em 1904, foi aprovada a lei que permitiu o fornecimento de recursos por parte do governo municipal aos postos de socorro e assistência médica (PAFARO; MARTINO, 2012).

Durante o século XX, dois fatores foram primordiais para o firmamento do atendimento emergencial, sendo eles: guerras mundiais e a invento dos veículos, quando surgiu uma quantidade considerável de instrumentos, técnicas de transporte e reanimação, escritos pelas forças armadas (RESGATE..., 2006).

Nas guerras militares (Coréia e Vietnã) comprovaram que homens não médicos poderiam estender o período de vida dos traumáticos, se realizassem o tratamento antes de chegar ao hospital. Apesar deste conhecimento, foi apenas na metade da década de 1960 que este ponto foi aplicado à população geral, quando J.D, Deke, Farrington e outros, criaram o primeiro programa EMT-B (técnicos em emergências médicas) para civis (GUERRA, 2011).

Com o aumento dos transportes urbanos, especialmente os automóveis, os acidentes de trânsito também cresceram consideravelmente, resultando em muitas

mortes ou deixando as vítimas com graves sequelas, por esse motivo, foi percebido a necessidade de estudar a respeito das formas de imobilização, como se daria o transporte das vítimas, equipamentos de segurança, lesões por desaceleração e outros temas afins (RESGATE..., 2006).

Os médicos demoravam a oferecer atendimento, e devido essa demora, as autoridades sanitaristas decidiram transferir a responsabilidade desta função aos militares do corpo de bombeiros; e com os avanços emergenciais, no ano de 1955 foram criadas as primeiras equipes de atendimento móvel e reanimação, tendo como objetivo a manutenção da vida das vítimas de acidentes de trânsito (SLTRELOW, 2014).

Em 1965, foi oficialmente criado os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), disponibilizando das Unidades Hospitalares Móveis (UHM); em 1968, nasceu o SAMU, com o intuito de administrar as atividades dos SMUR, deste modo, os grupos das UHM começaram a intervir em atuações domiciliares, surgindo, decisivamente, o início do atendimento pré-hospitalar (SANTOS; COLLY; PEREIRA, 2016).

A contar da década de 70, as clínicas sentiram necessidade de fortalecer a qualidade do atendimento emergencial e tiveram a iniciativa de investir nos atuantes deste setor, como médicos e enfermeiros, pois até a contar desta década, os atendimentos emergenciais eram executados por profissionais sem nenhuma capacitação ou treinamento específico para fornecer acolhimento às vítimas de trauma (ALVES; RAMOS; PENA, 2005). Esses profissionais emergenciais sem o curso de especialização, geralmente se deparavam com situações nas quais resultavam em óbito ou algum tipo de invalidez, originado pela deficiência dos primeiros socorros (LOPES, 2010).

Os primeiros postos de pronto-socorro e assistência médica foram criados a partir da década de 80. Nesse período foi dada uma atenção maior na capacitação dos atuantes do atendimento de emergência, sendo criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET), com o intuito de que o atendimento tivesse como prioridade inicial, três etapas: No local do acidente, ao transportar e no local hospitalar (GUIMARAES; GRUBITS, 2013).

No ano de 1988, foi criado, após um longo período de estudos e análises, o projeto resgate ou SAMU, tendo que permanecer no quartel um médico da secretaria de saúde do estado, que regulamentava os atendimentos das vítimas de

acidentes em vias públicas, solicitadas através do número 193, que por sua vez, possuía uma conexão com o sistema 192 da secretaria de saúde (LOPES; FERNANDES, 2009).

A partir da década de 90, perceberam a necessidade da prática de um atendimento emergencial de qualidade e tiveram a iniciativa de investir nos profissionais atuantes neste setor. Então, criaram o primeiro Curso de Suporte de Vida Avançado ao Trauma (SDVAT), a princípio, somente com a participação dos médicos, e por fim, criaram programas com o intuito de aperfeiçoar enfermeiros, os quais receberam o nome de apoio de vida ao trauma para enfermeiros (GOMES, 2014).

O Ministério da Saúde define “emergência” como a unidade que se destina a fornecer assistência aos doentes, com ou sem risco de vida, onde os agravos a saúde precisem de atendimento imediato (BRASIL, 2006).

Foi determinado através do Ministério da Saúde que locais de pronto socorro públicos e privados deveriam estar estruturados para prestar atendimento em situações de urgência e emergência, certificando-se que todas as manobras de sustentação da vida e condições para dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento destinado, seriam executadas (BRASIL, 1997).

A área de urgência e emergência é um importante auxiliador da assistência à saúde, considerando o aumento da procura por serviços nesta área nos últimos anos, devido à grande incidência do número de acidentes automobilísticos, da violência urbana e da escassa estruturação assistencial (BRASIL, 2008).

2.5 O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL

O atendimento emergencial é subdividido em duas partes, sendo a primeira conhecida como Suporte Básico de Vida (SBV) e a segunda, Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV caracteriza-se como a manutenção da vida sem o uso de manobras invasivas onde seu atendimento era realizado por socorristas treinados e tendo uma supervisão médica; já o SAV, é o uso de métodos invasivos, em virtude disso, o atendimento era realizado apenas por enfermeiros ou médicos, onde o enfermeiro teria uma assistência direta ao paciente sob risco de morte (RAMOS; SANNA, 2005).

A prática do enfermeiro está ligada ao auxílio do enfermo sob o risco de morte, mas não se limita a isto, pois o enfermeiro nesta área, além de efetuar o

socorro em situação emergencial, também realiza atividades educativas como mentor, cooperador na criação dos protocolos de atendimentos, além de exercer sua atividade junto à equipe no surgimento de tragédias e acidentes de grandes proporções e ser o intermediador de conflitos e responsável pela liderança e coordenação da equipe de saúde (WEHBE; GALVÃO, 2015).

A execução dos atendimentos às urgências se encontrava com um número exacerbado de enfermos que disputam atendimento de saúde sem nenhum critério, a não ser por ordem de chegada, portanto, a não diferenciação de riscos ou aflições fez com que em alguns casos, houvesse agravo no quadro clínico daqueles que estavam aguardando na fila, progredindo para óbito (BRASIL, 2009). Ficou definido que as ocasiões que necessitassem de um atendimento emergencial, o que definiria a ordem do recebimento dos serviços era o da gravidade, portanto, as pessoas que estivessem em situações de emergência, seriam atendidas em primeiro lugar (GOLDIN, 2003).

O governo preocupado com o atendimento de urgência e emergência em hospitais, publicou em 2001 através do Ministério da Saúde uma cartilha contendo normas e orientações visando a inserção dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento emergencial, tendo por objetivo incentivar e apoiar os estados, na organização e estrutura de sistemas hospitalares no atendimento às urgências e às emergências, estes sistemas incluem preparação e capacitação das equipes que forneceria o atendimento (WEHBE; GALVÃO, 2015).

No mesmo ano, o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) incluiu como especialidade do enfermeiro, o atendimento pré-hospitalar, porém, não determinou o nível de capacitação profissional, então foi lançado através do Ministério da Saúde a resolução 260/2001 onde descrevia a atribuição desse profissional (BRASIL, 2006).

Ficou determinado que o enfermeiro desta área deveria ter conhecimento científico, prático, técnico e equilíbrio emocional para que tivesse capacidade de tomar decisões rápidas e concretas, deixando a equipe mais segura e, principalmente, reduzindo os riscos que ameaçavam a vida do paciente (INEM..., 2011). Além disso, esse conhecimento adquirido através das capacitações só era válido por seis meses, após esse prazo, deveria ser realizado novos cursos de capacitação para que houvesse uma reciclagem em técnicas não mais utilizadas e substituídas por métodos atualizados, caso contrário, o conhecimento anterior tornara-se inutilizável (MARTIN, 2011).

Brasil, no ano de 2002, salientou que o conceito de urgência e emergência era dificultoso, visto que a procura de atenção no pronto atendimento englobava toda uma população que não encontravam acolhimento em outros serviços (unidade básica, ambulatório, etc), visto isso, foi determinado que recepcionista das urgências fosse o enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico, onde concluiria à triagem se utilizando de critérios de análise e a sensatez para identificar a seriedade envolvendo cada caso e as prováveis consequências das ações ou ausência da mesma (BRASIL, 2002a).

2.6 POLÍTICAS INSTITUCIONAIS NA ENFERMAGEM

Com o intuito de garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores em geral, o Ministério do Trabalho criou através da portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978, as Normas Regulamentadoras (NR) (FELLI, 2012). Após essa publicação que inclui o enfermeiro da equipe de saúde do serviço de segurança do trabalho (SESMT), os estudos relacionados a saúde do trabalhador passaram a receber mais atenção (BRASIL, 1978).

Devido a saúde do trabalhador estar relacionada a ações de vigilância em saúde, em 1990, foi criada a lei orgânica da saúde de nº 8.080, que a define como um conjunto de atividades que se destina à proteção dos trabalhadores, à recuperação e reabilitação dos funcionários submetidos ao risco e agravos gerados pelas condições de trabalho (BRASIL, 1990).

No ano de 2002, a criação da NR 32 traduziu a preocupação do poder público com os trabalhadores da área de saúde, uma vez que essa NR versa sobre a segurança e saúde do trabalhador em estabelecimentos de assistência à saúde (BRASIL, 2002a).

Existe um núcleo de urgência e educação que é constituído pelas secretarias do estado e município, hospitais que atendem a população, bombeiros, polícia, instituição de ensino superior e escolas técnicas, esse núcleo é o responsável pela criação e disponibilização de medidas capacitacionais, recursos humanos e formação continuada, objetivando a formação profissional dos atuantes na área da saúde que estão ou serão incluídos nas urgências, portanto, tudo o que é disponibilizado e articulado em prol dos enfermeiros, é decidido por esse núcleo (BRASIL, 2002a).

Visando a proteção do enfermeiro, o Ministério da Saúde publicou a resolução de boas práticas no setor de urgência e emergência através da portaria nº 354 de março de 2014, onde atribuiu que é de total responsabilidade da administração do setor de urgência e emergência (esteja ele funcionando de modo independente ou vinculado a outros serviços), disponibilizar aos funcionários: recursos humanos, equipamentos e materiais, vacinação atualizada, promoção de capacitação, treinamentos e educação continuada, vestiário e banheiros e a disponibilização/atualização de medidas de biossegurança de forma escrita (BRASIL, 2014).

Para a atuação de enfermagem no setor de urgência e emergência alguns critérios devem ser atendidos segundo Brasil (2002b), como: cursos capacitacionais na área do sistema de saúde assistencial, urgência clínica e traumática em adultos e crianças, urgências psiquiátricas e obstétricas, materiais do serviço móvel e salvamento com o total de 130 horas.

Devido ao déficit da formação do profissional quanto ao conhecimento legislativo de suas atribuições, o Cofen e o Coren (Conselho Regional de Enfermagem) juntamente com as instituições de ensino superior devem disponibilizar de capacitações para fornecer o conhecimento legal aos funcionários da área (RODRIGUES *et al.*, 2013).

O código de ética de enfermagem, no seu artigo 13, o enfermeiro é livre para a realização de suas funções, contudo, é cabível a esse profissional apenas procedimentos dos quais sejam considerados de sua atribuição legal, onde sua execução apresente segurança tanto para o paciente e familiar, como para o próprio trabalhador, evitando imperícia, descuido ou precipitação por parte do funcionário da saúde (BRASIL, 2007).

O enfermeiro é amparado caso resolva: suspender sua atividade seja ela individual ou em coletividade quando for detectado que não há condições de segurança e dignidade disponibilizadas pela organização para o exercício de sua função, ou que vá contra o estatuto de ética; recusar-se a atuar na ausência de materiais e equipamentos de proteção individual, participar ou reivindicar seus direitos objetivando uma melhora nas condições assistenciais e remunerativa, solicitar o valor salarial de acordo com as horas trabalhadas, o grau de dificuldade na atuação ou o nível de formação (BRASIL, 2007).

Referente às horas de trabalho, o Cofen estabeleceu procedimentos para a jornada de trabalho do enfermeiro, considerando: 40 horas semanais, oito horas por dia, de segunda à sexta das 8 às 17 horas, tendo o trabalhador direito há uma hora de almoço e uma hora de repouso, o que geralmente é indicado no meio do turno. Além disso, algumas instituições adotam seu próprio método de turno o que não é ilegal, desde que respeite as cargas trabalhistas impostas a cima (BRASIL, 2013).

No ano de 2016 um projeto de lei foi apresentado pelo senador Valdir Raupp, visando melhores condições de conforto aos enfermeiros. Esse projeto obriga as instituições a oferecerem condições dignas de repouso, bem como: ambiente arejado, banheiros, móveis, boa acústica e climatização, além de ter que ser um espaço amplo, atendendo o número de funcionários atuantes na empresa; o projeto prossegue em caráter conclusivo (BRASIL, 2016).

2.7 ESTRESSE NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM

O trabalho de ser responsável por vidas humanas é tarefa importante por parte da equipe de saúde que tem a função de estar sempre preparada para encarregar-se com eficiência a função que lhe é destinada nesta atividade, compreende-se, também, que ser responsável por indivíduos acarreta um maior grau de estresse do que ser responsável por objetos (CANDEIAS *et al.*, 2012).

Essa classe profissional tem que conviver e enfrentar dificuldades que, muitas vezes, comprometem o bom desempenho no ambiente de trabalho, situação esta que reflete e interfere na vida profissional e pessoal (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2011).

Ser enfermeiro é aceitar a exposição em quesitos negativos como: sofrimento causado pela morte dos pacientes, irritabilidade oriundo de déficit de organização institucional, dor, desesperança, incompreensão, nervosismo e vários outros sintomas ocasionados por situações trabalhistas (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Entre os estressores habituais no setor de urgência e emergência, podem-se destacar como principais agentes: superlotação no setor, frequente busca de atendimentos em que o paciente não se encontra em situações emergenciais ou urgenciais, o que acarreta em uma sobrecarga no quadro de funcionários do setor, originando na lentidão dos atendimentos após o surgimento de pacientes em condições graves, resultando em discussão e ausência de compreensão dos clientes não emergenciais (SANTOS *et al.*, 2013).

É fundamental que o enfermeiro atuante no setor de urgência e emergência saiba reconhecer os agentes estressores em seu ambiente de trabalho e suas consequências no processo de saúde-doença, buscando sempre soluções para amenizá-los e enfrentá-los, a fim de evitar danos a sua saúde e garantir a assistência adequada a quem precisa (STUMM *et al.*, 2010). Conhecer esse processo é importante, e pode ser um fator essencial contra adoecimentos (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

Essa sobrecarga está associada ao desconhecimento dos clientes que buscam acolhimentos no ambiente emergencial, não sabendo de fato, o que se caracteriza um atendimento urgente, deste modo, algo que poderia ser resolvido em um posto de saúde, torna-se um atendimento demorado e estressante, causando assim, conflitos de opiniões entre fornecedores de serviços de saúde e buscadores desses serviços (GARLET *et al.*, 2010).

Levando em conta que o enfermeiro atua de forma dupla, ora sendo enfermeiro, ora sendo intermediador de conflitos, o corpo do profissional acaba por apresentar alterações externas e com isso, a mente se iguala ao corpo, ocasionando agitação, preocupação e até podendo evoluir para doenças somáticas (JODAS; HADDAD, 2009).

A organização do trabalho pode gerar um impacto considerável ao homem, mais especificamente, ao seu psicológico, que, às vezes, fazem vir à tona sentimentos negativos a respeito de sua história individual, desse modo, surgem diversas enfermidades resultantes das mudanças que ocorrem no ambiente de trabalho, como por exemplo, a Síndrome de Burnout (DUARTE, 2014).

Essa síndrome trata-se de uma das consequências deste ritmo moderno, uma situação de nervosismo emocional e frustração crônica atizado por condições trabalhistas desgastantes. O termo Burnout confirma que tal desgaste acarreta danos físicos e mentais, afinal, traduzido para o inglês, burn quer dizer “queima” e “out”, “exterior”; em geral, a síndrome atinge com maior grau, profissionais que lidam diretamente com pessoas (GRUPO..., 2016).

Burnout tem três fases de classificação, sendo elas: Físicas (quando há o surgimento de cansaço constante, sono excessivo, dores em todo o corpo e falta de apetite), psicológica (falta de concentração, perda frequente de memória, irritabilidade e ansiedade), comportamental (desinteresse no trabalho ou em exercer suas funções, agressividade de curto ou longo prazo, falta de concentração,

aumento de conflito com os colegas de trabalho, atraso ou ausência no trabalho, isolamento e sensação de inutilidade) (GUIMARÃES; CARDOSO, 2004).

Normalmente quando acometidos, os trabalhadores passaram a assumir uma posição de desinteresse e falta de humanidade frente aos problemas apresentados pelos pacientes, o que torna a execução do trabalho exaustivo, gerando sentimentos adversos como irritabilidade, tristeza, euforia, exaustão psicológica e física (LORENZ; CARDOSO; SABINO, 2010).

Levando em consideração os fatores negativos que o estresse poderia ocasionar no desempenho dos trabalhadores, foram criados instrumentos objetivando avaliar o nível de Burnout, sendo eles: Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBSHP) de Jones; Maslach Burnout Inventory (MBI) por Maslach e Jackson e Burnout Measure (BM), por Pines e Aronson (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

No Brasil, os estudos elaborados para avaliar o grau de Burnout em trabalhadores são em sua grande maioria realizados por profissionais capacitados, como é o caso dos psicólogos (SIQUEIRA, 1978; HESKETH; COSTA, 1980; PASQUALI; NOGUEIRA, 1981; MARTINS, 1985).

Algumas características do ambiente de trabalho podem ocasionar esse sofrimento psicológico, como ausência de capacitação, cobranças por parte dos supervisores referente ao aumento de produtividade, ambiente desfavorável para um atendimento digno, falta de segurança e organização trabalhista deficiente, contudo, as manifestações físicas e psicológicas no trabalhador vão depender de sua hereditariedade e a estratégia de enfrentamento pessoal utilizada por cada um (CARAYON; SMITH; HAIMS, 2009).

Com insatisfação, não haverá melhorias no serviço prestado por parte desses profissionais, entretanto, um profissional motivado pode distanciar as barreiras e tornar-se mais produtivo (DAL PAI; LAUTERT, 2010). Investir para que haja uma melhora, é, sem dúvidas, o passo mais importante para recuperar a motivação dos indivíduos que se encontram desmotivados (BORGES; TAMAYO; ALVES, 2015).

2.8 A PSICOLOGIA E A ENFERMAGEM

Responsável por uma tarefa de caráter social, a psicologia é uma ciência que tem contribuído para a resolução de problemas afetuosos seja ele restrito ou amplo (ANTUNES, 2014). Situações essas, podendo ser originadas no próprio local de

trabalho, onde aquilo que deve ser executado pelo trabalhador não está de alguma forma, de acordo com as expectativas e necessidades do trabalhador (ZANELLI, 2010).

Trabalhar é uma atividade fundamental para as pessoas, uma vez que é deste trabalho que provém os elementos fundamentais para sobrevivência e ainda, para o condicionamento social do indivíduo, assim, é notável que exercer uma atividade profissional não é somente um modo de obter dinheiro ou ganhar a vida, mas também, uma forma de se inserir na sociedade, mesmo que este trabalho possa desencadear deterioração, envelhecimento e doenças (LUNARDI, 2015).

A ideia de que os enfermeiros são autoimunes a patologias pelo fato de conterem informações na área da saúde é frequente, pois tendemos a crer que a força desses atuantes se destacam dos profissionais de outras áreas, mas deslembramos que ter conhecimento não substitui a precisão de apoio, especialmente se tratando do apoio psicológico (MCINTYRE, 2004; SMITH, 2008).

Esses profissionais somatizam sentimentos de responsabilidade pela vida dos clientes com a falta de motivação ocasionada pelas condições negativas e desvalorização pessoal encontrada no ambiente de trabalho, deste modo, esse fator repercute na vida psicológica dos enfermeiros, acarretando em consequências irreparáveis referentes ao atendimento prestado sobre situações que exigem atenção (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2015).

Em caso de esgotamento, os enfermeiros são obrigados a utilizarem os seus próprios métodos para o enfrentamento, onde a saída é apenas desviar sua atenção para outra situação com o intuito de melhorar suas emoções e não, resolver os fatores estressores, fazendo com que não amenize a situação estressora (TRINDADE, 2014).

Disponibilizar de atendimentos na área da saúde é por si só, fator que pode ocasionar estresse, podendo resultar não somente em patologias de caráter físico, como psicológico, o que se torna um fator desencadeador, podendo não somente afetar a desenvoltura do atendimento do profissional, como problemas de caráter conjugal e familiar, deste modo, é de suma importância que haja manutenção destinada aos cuidados psicológicos de qualquer profissional inserido no contexto (BRASIL, 2002b).

Como forma de fortalecimento psicológico, moral e social, faz-se necessário ter à disposição desses profissionais de enfermagem, ajuda especializada com o

intuito de minimizar os impactos causados por condições adversas tanto no ramo pessoal, quanto no profissional (SANTOS *et al.*, 2013).

2.9 EPIDEMIOLOGIA E ESTRESSE OCUPACIONAL

A área da enfermagem foi agrupada pela *Health Education Authority*, como a profissão que ocupada a quarta posição na classificação das mais estressantes, ocasionada pelo compromisso de cuidado para com a vida das pessoas e a aproximação com os clientes em que o sofrimento é quase que inevitável, exigindo empenho na atuação de suas funções e aumentando as chances de ocorrência de desgastes físicos e mentais (BRITO; CARVALHO, 2014).

Cerca de 90% da população total de enfermeiros foi/é afetada diariamente pelo estresse seja pelos desafios encontrados ou ameaças no âmbito trabalhista, deste modo, a profissão é considerada uma das mais estressantes em caráter mundial (BAUER, 2002).

Faixa etária, nível de formação acadêmica, sexo, presença ou ausência de filhos e relacionamento conjugal não são fatores predispostos ao estresse, mas podem ser fenômenos que ajudam ou inibem o surgimento de sintomas estressores (NORONHA; FERNANDES, 2008).

A enfermagem é considerada uma profissão cuidadora e protetora, o que se assemelha as heranças genéticas que a mulher traz consigo ao decorrer da história, é esse o fator considerado como primordial para que o gênero predominante na enfermagem (90,9%) seja o feminino, com uma idade média de 34 anos, casadas e com filhos (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

No ano de 2001 a idade média de enfermeiros atuantes na urgência e emergência eram de 42 anos e a estatística apontava para que no ano de 2010 aumentasse para 45, em 2014 houve uma variação no padrão de idade, onde a média enquadrou-se em 35 anos, o que causou uma quebra de tabu, visto que a profissão era considerada algo exclusivo dos trabalhadores mais velhos (SILVA *et al.*, 2014).

O Ministério da previdência social afastou do trabalho em 2007, cerca de 4,2 milhões de pessoas, dos quais 3.852 tiveram o diagnóstico de Síndrome de Burnout (GONÇALVES, 2012). De acordo com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), as doenças mentais são a terceira causa mais representativa no que se refere a

concessão de benefício previdenciário, como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001).

A enfermagem na atualidade, permanece sendo uma profissão constituída principalmente pelo sexo feminino, onde a prática do ofício acarreta em interferência pessoal, visto que haverá uma diminuição da presença desse profissional na casa, na companhia dos filhos e na dedicação total no quesito profi-pessoal, o que pode acarretar em culpa ou qualquer outro sentimento negativo associado ao déficit da responsabilidade materna (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

De acordo com um estudo realizado no ano de 2010 em um hospital público localizado no Rio de Janeiro com 25 enfermeiros, foi constatado que a atuação do profissional acaba por interferir de forma grandiosa em sua vida pessoal (visto que seus horários são inconstantes, por vezes de manhã, tarde ou noite, além de feriados e finais de semana), o que acaba por prejudicar em suas atividades familiares e sociais (SPINDOLA, 2010).

Os turnos de trabalho favorecem, além do surgimento de distúrbios de sono, o aumento da sonolência durante o dia, a diminuição da capacidade do indivíduo de se manter alerta, gerando consequências como o aumento no risco de ferimentos, acidentes e o prejuízo da qualidade de vida do trabalhador (MARTINO, 2011).

Prestar a assistência de enfermagem tem sido relatado ao decorrer do tempo como estressivo, e os profissionais são penalizados, tendo que atuar com ausência de materiais, recursos humanos e prestando um atendimento precário aos buscadores; a realidade dos centros universitários é que esse complemento de penalidades vem ocasionando o sofrimento psíquico aos trabalhadores, propiciando-os ao desgaste físico e mental (LUNARDI, 2015).

A enfermagem é considerada como a "profissão da crise", devido a algumas situações que ameaçam a integridade de seus atuantes, sendo eles: número insuficiente de enfermeiros na equipe (14% conforme o COFEN), indefinição dos papéis entre técnico e enfermeiro, falta de reconhecimento entre o público, baixa remuneração, entre outros (BRASIL, 1997).

Riscos mentais, situações estruturais e insuficiência de funcionários foram os motivos mais apontados como ocasionador de estresse no ano de 2006, numa pesquisa realizada com 73 enfermeiros atuantes em instituições públicas e privadas na cidade de São Paulo (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Num estudo realizado por Stacciarini e Tróccoli (2011) com uma amostra de 33 enfermeiros assistenciais atuantes na cidade de Brasília, foi constatado que esses profissionais não conseguiam definir o estresse, apenas a causa dele, sendo elas: falta de materiais, ausência de suporte psicológico, atendimento ao paciente, reconhecimento profissional, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, carga horária, cobranças, e falta de poder de decisão.

Na cidade de São Paulo, Oliveira e Alessi (2013) em um estudo com 12 hospitais sendo eles particulares e públicos, onde comprovaram que as instituições, embora tenham total responsabilidade por seus trabalhadores, não oferecem suporte psicológico, visto que a dedicação é dada a segurança física desses atuantes, mas não, em prol de sua saúde mental.

Em uma pesquisa realizada em Campina Grande (PB), foi confirmado pelos enfermeiros a importância de atendimentos psicológicos para esses profissionais, onde declararam que tais atendimentos poderiam ser prestados por um psiquiatra, psicólogo ou assistentes sociais, desde que promovesse acolhimento para a não existência do sofrimento psíquico, o que se tornava frequente devido a prática do ofício (AMARANTE *et al.*, 2011).

As condições de trabalho em instituições públicas vêm sendo caracterizadas como inadequadas, visto que há um grande déficit por parte do sistema de saúde brasileiro, principalmente nos hospitais públicos, o que ao decorrer do tempo vem se tornando mais precário devido à redução de materiais e de funcionários qualificados para exercer a função, conseqüentemente, resultando em condições precárias e inadequadas para a atuação dos profissionais da saúde (MAURO *et al.*, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é de natureza teórico-empírico, do tipo exploratório, descritivo, de opinião, com utilização de dados quali-quantitativos, coletando-se ainda dados primários por meio de um levantamento com auxílio de um questionário estruturado.

Para coleta de dados, o presente trabalho foi caracterizado quanto a natureza teórica empírica, definido principalmente pela somatória de dados primários, onde se faz necessário a comprovação prática, seja através de experimentos científicos, coleta de dados ou observações (ENAGO..., 2014). Dados primários é toda e qualquer informação que não fora antes coletada, deste modo, é estudado objetivando atender as necessidades do estudo (MATTAR, 2005).

O presente trabalho é de caráter exploratório, onde é caracterizado como a pesquisa que possibilita uma aproximação entre o tema e o pesquisador em razão de se tratar de algo pouco conhecido ou pouco explorado (DUARTE, 2012).

Descritivo, definido como a descrição das características ou opiniões de um grupo específico de indivíduos (GIL, 2008).

Utilizou-se uma abordagem quali-quantitativa, acentuado por algo que não pode ser medido ou quantificado, ou seja: seu resultado não pode ser traduzido em números; e o quantitativo, caracterizado por algo que pode ser quantificado, podendo traduzir em números: informações e/ou opiniões, para que posteriormente, se chegue a uma conclusão (PORTAL..., 2013).

O método caracterizou-se pela aplicação de um formulário de levantamento onde visa identificar a opinião dos entrevistados para que posteriormente haja uma conclusão sobre os dados coletados sem que tenha a interferência do entrevistador (GIL, 2008). Essa entrevista foi aplicada frente a frente com o entrevistado e as perguntas e respostas foram realizadas e preenchidas, respectivamente pelo entrevistador.

Questionário estruturado é uma ferramenta utilizada para coletar informações acerca de determinado tema, constituído de uma série de perguntas que serão respondidas por escrito pelo entrevistado no momento em que for mais apropriado, onde as perguntas seguiram o roteiro definido sem que haja interferência no momento das respostas (MANZATO; SANTOS, 2017).

3.2 ÁREA DE ESTUDO E POPULAÇÃO AMOSTRAL

O estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), localizado na Avenida José Ribeiro dos Anjos S/N, bairro Boa Esperança, sendo referência na Rede Municipal de Itaituba – Pará (BRASIL, 2017). Itaituba possui uma área da unidade territorial de 62.042,302 km², localiza-se na região oeste do Estado do Pará, no norte do Brasil e conta com o número de 97.493 habitantes (IBGE, 2016).

A amostra foi composta de cinco (05) enfermeiros que atuam no setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba.

3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada através de um formulário estruturado (Apêndice) com 14 questões objetivas e subjetivas, entre os meses de setembro a outubro de 2017.

Essas entrevistas ocorreram durante os plantões dos enfermeiros, no horário agendado de acordo com a disponibilidade de cada um, e após a autorização da diretoria operacional/SEMSA (Anexo).

Os resultados do estudo foram tabulados com auxílio do software da Microsoft Office Word (tabelas e quadros) e Excel (gráficos) 2016.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de inclusão na pesquisa todos os enfermeiros que atuavam de forma exclusiva no setor de urgência e emergência do HMI.

Foram incluídos no critério de exclusão, todos aqueles profissionais que não possuíam graduação em enfermagem, enfermeiros que não atuavam no setor de urgência e emergência, e enfermeiros que atuavam em outros setores, porém, prestavam serviços como plantonistas esporadicamente na urgência e emergência.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo reverenciou as diretrizes e critérios convencionados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde considera: respeito pela dignidade do homem e pela proteção cabível aos envolvidos nas pesquisas científicas tratando-se de seres humanos, desenvoltura e o engajamento ético; toda a evolução e desenvolvimento devem, sempre, demonstrar acatamento a honra, independência e soberania do ser humano (BRASIL, 2012).

Durante a construção e execução do estudo, todos os preceitos foram honrados com o intuito de zelar pelas informações adquiridas, execução de privacidade e descrição das referências quando houve necessidade.

3.6 ANÁLISES DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Esse estudo não apresenta riscos previsíveis, e se houver a autora responsável suspenderá a pesquisa de imediato, ao perceber qualquer dano moral, social, psicológico, físico, cultural ou algum outro dano envolvendo o bem-estar do participante movido por alguma pergunta existente no questionário do presente trabalho. A pesquisadora, o patrocinador e a instituição, assumem a responsabilidade de dar assistência integral aos entrevistados se houver possíveis complicações ou danos decorrentes de sua participação, conforme os termos do item III, do ministério da saúde (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento do trabalho oferecerá uma elevada possibilidade de benefício, prevenção e conhecimento aprofundado acerca do tema abordado, não somente aos enfermeiros, como quaisquer pessoas que se interessem pelo assunto abordado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos cinco enfermeiros entrevistados nesse estudo, três (60%) são do sexo masculino e dois (40%) do sexo feminino (Tabela 01).

Na área da enfermagem o sexo feminino é predominante. Alguns estudos deixam evidente esse fato, como o de Magalhães *et al.* (2007), Medeiros *et al.* (2009), Goes (2014) e Araújo (2017). Entretanto, os dados apresentados nesse estudo mostram que o sexo masculino foi o mais evidente entre os entrevistados, divergindo assim, da maioria.

Tabela 01 - Descrição do sexo, idade e estado civil dos enfermeiros entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará. N, número, %, porcentagem das respostas dos entrevistados.

	Variáveis	N	%
Sexo	Masculino	3	60%
	Feminino	2	40%
	Total	5	100%
Idade	27 a 30 anos	3	60%
	31 a 34 anos	1	20%
	35 a 38 anos	1	20%
	Total	5	100%
Estado Civil	Solteiro	1	20%
	União estável	1	20%
	Casado	3	60%
	Total	5	100%

A faixa etária variou entre 27 a 38 ($\bar{X} = 30,4$) anos, sendo que três (60%) possuem idade entre 27 a 30 anos, um (20%) entre 31 a 34 e um (20%) entre 35 a 38 (Tabela 1).

As idades encontradas em outros estudos variaram entre 30 a 39 anos (JODAS; HADDAD, 2009), 35 a 41 anos (SILVA *et al.*, 2014), 43 a 68 anos (TRINDADE, 2014). Estudos apontam que os profissionais atuantes no setor de urgência e emergência com uma idade igual ou menor que 30 anos são mais suscetíveis a patologias de caráter estressivo, pois ainda não apresentam

experiência suficiente tratando-se de sua vida profissional, ao contrário de trabalhadores com mais tempo de profissão, que apresentam segurança, menor desgaste mental e físico e com isso, uma menor incidência de transtornos estressores (BAUER, 2002; BATISTA; BIANCHI, 2006; NORONHA; FERNANDES, 2008; TRINDADE, 2014).

Três (60%) dos entrevistados são casados, um (20%) vive em união estável e um (20%) solteiro (Tabela 01). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, onde havia a predominância do estado civil casado ou convivendo com companheiro (SILVA *et al.*, 2014; MAGNAGO, 2010). Houve a predominância de enfermeiros casados no setor escolhido para o estudo, o que corrobora com outros trabalhos da área.

Em relação às perguntas realizadas aos entrevistados, quando perguntado se “1 - a rotina de trabalho perante as atuais condições oferecidas interferia na vida pessoal desses profissionais?”. Quatro (80%) responderam que a rotina de trabalho interfere de forma significativa em sua vida pessoal, enquanto um (20%), relatou não interferir.

A rotina do setor expõe os enfermeiros a problemas de caráter psicológico, devido a carga de trabalho ultrapassando às 40 horas semanais, plantões em feriados e finais de semana fazendo com que o distanciamento entre os familiares se torne cada vez mais frequente e prejudicial (ALVES *et al.*, 2006).

Esta rotina tem graves consequências sobre a saúde física e mental do indivíduo, como por exemplo, alterações cardiovasculares, fadiga crônica, cefaleia, enxaqueca, úlceras, insônia, dores musculares e articulares, ansiedade, depressão, irritabilidade, e outras, podendo ainda interferir na convivência doméstica e nas relações familiares (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

A pergunta seguinte foi, “2 - quais situações geram um maior grau de estresse na atuação desse profissional no setor de trabalho”? Quatro (80%) dos entrevistados apontaram o número reduzido de funcionários como o fator primordial para o estresse e um (20%), optou por não marcar nenhuma das opções oferecidas, relatando que o que mais causava estresse no ambiente trabalhista seria a falta de assistência permanente ao cliente (Gráfico 01).

Batista e Bianchi (2006) apresentaram o mesmo resultado quando realizou um estudo comparativo entre setores públicos e privados, no qual exibiu situações que contribuíam para que o setor emergencial se tornasse estressante, dentre os

fatores, recebeu destaque a insuficiência de funcionários para realizar o atendimento, - o que diverge dos preceitos unificados pelo ministério da saúde e conselho federal de enfermagem, onde preconiza que exista uma quantidade adequada de profissionais de modo que atenda de maneira igualitária, todos aqueles que buscam por um serviço emergencial ou urgencial por 24 horas interruptas -, falta de reconhecimento por parte dos líderes, carga horaria intensa e ausência familiar.

Existem poucos estudos que averíguam os motivos do estresse, o que se tem até o momento, são estudos que identificam os estressores, porém, não há investigações para o que origina (JODAS; HADDAD, 2009). (80%) dos entrevistados apontam o número reduzido de funcionários como o fator primordial para o estresse no trabalho, e apenas uma das amostras considerou a falta de assistência permanente como o fator estressivo.

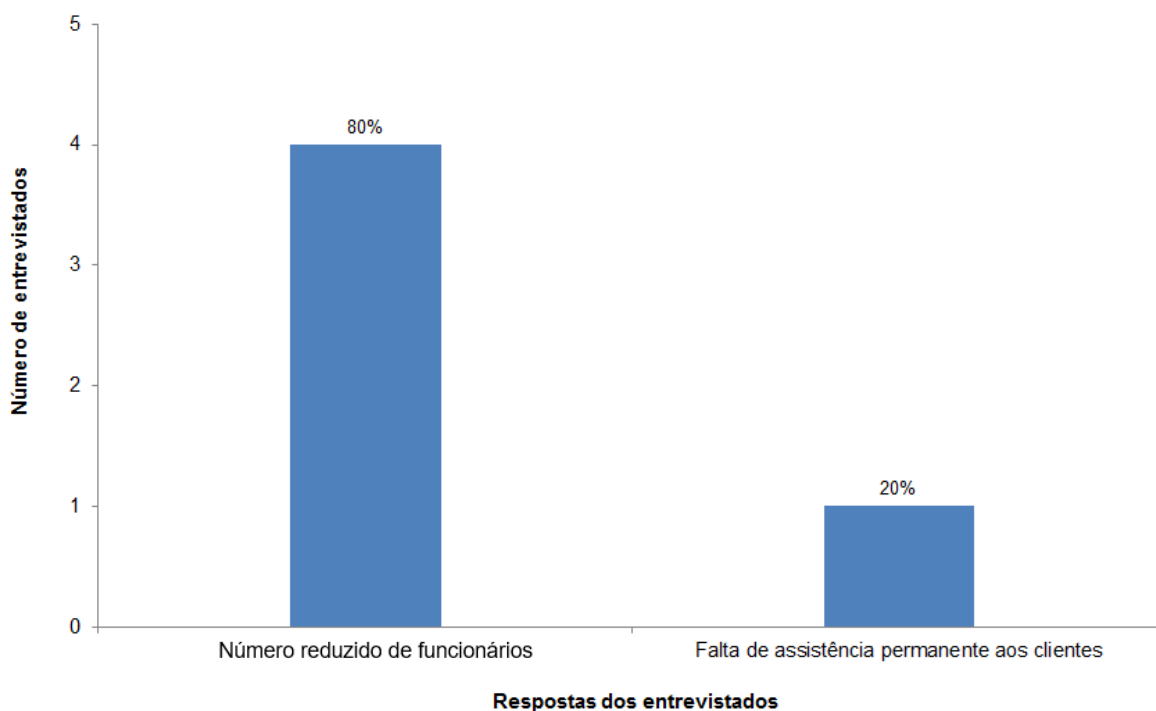


Gráfico 01 – Número de entrevistados e suas respostas em relação às situações que geram um maior grau de estresse na atuação profissional no setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

Indagados sobre “3 - a existência de políticas disponibilizadas pela instituição para capacitar, motivar e dar suporte à integridade física e psicológica do enfermeiro em sua atuação profissional”, os cinco (100%) enfermeiros afirmaram não receber

suporte de caráter motivacional e/ou capacitacional por parte da gestão para seu aperfeiçoamento.

Araújo (2017) obteve resultados similares quando realizou uma pesquisa em um hospital público localizado no interior de São Paulo com uma amostra de 85 enfermeiros, constatando que não havia reconhecimento, valorização, incentivo ou investimentos por parte dos gestores para o aprimoramento profissional de seus funcionários, além de não permitir liberações para que os mesmos pudessem participar de cursos ou congressos.

Os profissionais que prestam serviço no setor de urgência e emergência precisam estar atualizados no quesito de conhecimentos na área da enfermagem e que tenham cursos capacitacionais para encarar qualquer imprevisto sem que isso abale a qualidade de seu atendimento (OLIVEIRA, 2009). Os conhecimentos só são válidos até seis meses, após esse prazo, caso não seja feita uma reciclagem, tornam-se inutilizáveis (INEM..., 2011). Todos os entrevistados relataram não receber aperfeiçoamento ou motivação por parte dos gestores para exercer sua função, o que pactua com a maioria dos estudos encontrados sobre o tema.

Questionados sobre “4 - o conceito de saúde mental”, um (20%) respondeu que se tratava do bem-estar físico, três (60%), responderam que é bem-estar mental e um (20%), não escolheu nenhuma das opções oferecidas, descrevendo a saúde mental como bem-estar espiritual (Gráfico 02).

Amarante (2007) realizou um estudo observatório com os enfermeiros de um hospital localizado no estado do Rio de Janeiro por um prazo de seis meses com o intuito de identificar o que aquela amostra entendia sobre saúde psicológica. Pôde constatar que a saúde mental não tem uma definição pré-fixada, uma vez que recebe várias vertentes, causando assim, uma definição pessoal para cada indivíduo.

Segundo a OMS, saúde não é definida por falta de doenças, e sim, como um completo estado de bem-estar físico, mental, espiritual e social, portanto, tal definição exhibe a importância tratando-se da saúde mental no contexto mundial, onde há um crescente número referente ao sofrimento mental, então não basta a ausência de patologias, e sim, uma satisfação completa consigo mesmo e com os outros (OMS, 2002).

Não existe uma definição modelo de saúde mental, considerando o alto grau de influência pelas diferentes crenças, culturas e religiões; o conceito de Saúde

Mental tem se modificado ao decorrer do tempo, implantando aspectos que torna o sentido cada vez mais aberto (PORTAL..., 2016).

De acordo com os parâmetros base da definição de saúde mental, 100% dos entrevistados responderam corretamente em aspecto geral sobre a significância do termo.

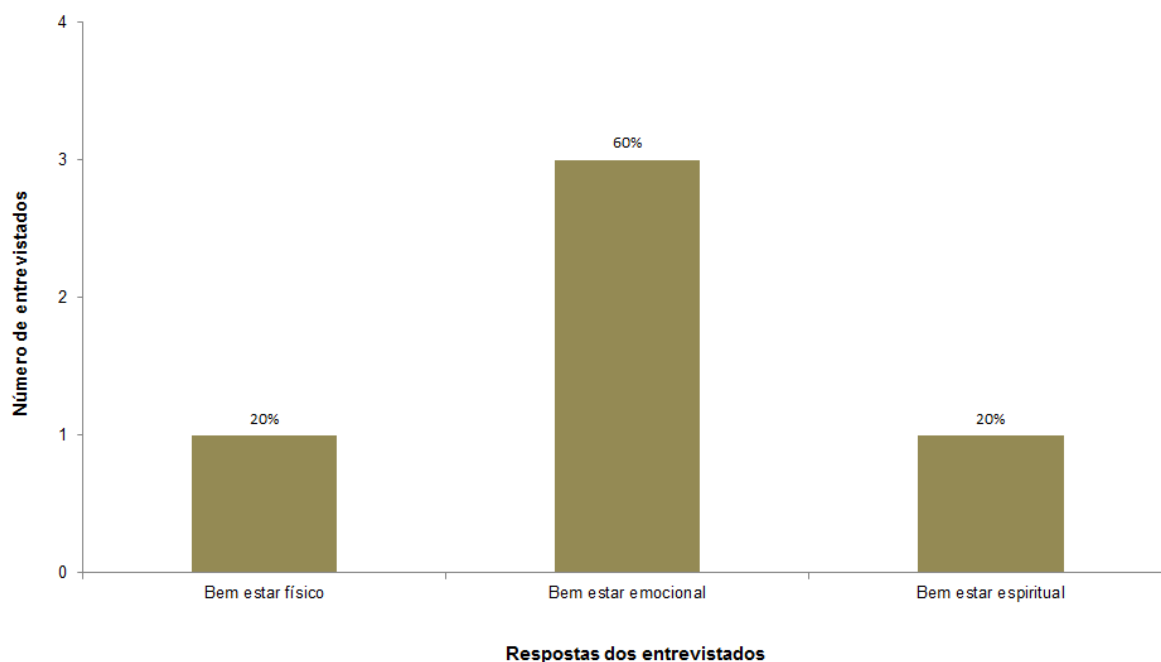


Gráfico 02 – Respostas dos entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, em relação ao conceito de saúde mental.

Quando perguntados se “5 - as condições físicas e instrumentais do ambiente hospitalar eram favoráveis em sua atuação”, os cinco (100%) dos entrevistados enfatizaram que as condições do ambiente hospitalar não eram favoráveis para sua atuação.

As condições de caráter trabalhista na área da enfermagem deveria ser uma das principais preocupações por parte da gestão, porém, há uma carência tanto na estrutura física, quanto na carência de modernizações em prol de facilitar na atuação desse profissional, o que acarreta em insatisfação e consequentemente, diminuição da produtividade, que por sua vez, ocasiona insatisfação por parte da gestão, e assim, ambos saem prejudicados (PONTES, 2012).

Em relação a pergunta 6 - “quais as mudanças necessárias para que o ambiente físico do setor facilite na sua atuação profissional?”, três (60%) afirmaram que seria a implementação de protocolos de atendimento, enquanto dois (40%)

entrevistados, relataram ser necessário à ampliação do setor para facilitar na atuação (Gráfico 03).

Estudos realizados por Alves; Ramos e Pena (2005) e Dal Pai e Lautert (2010) apresentaram um resultado semelhante, onde comprovou que com a inadequação de um espaço físico, torna-se difícil manter uma assistência digna para os usufruidores, originando em brigas ofensivas, intensas e estressantes sobre os enfermeiros.

As práticas de enfermagem voltadas à minimização da superlotação no setor emergencial são eficazes, podendo destacar a execução de triagem juntamente com a classificação de risco determinando o período mínimo e máximo de espera daquele atendimento, orientando pacientes que não estejam precisando do serviço emergencial naquele instante a procurar um posto de saúde, resultando em diminuição de gastos assistências, melhora no atributo do atendimento e duração reduzida no tempo de espera (FERREIRA, 2007; GARLET *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2010).

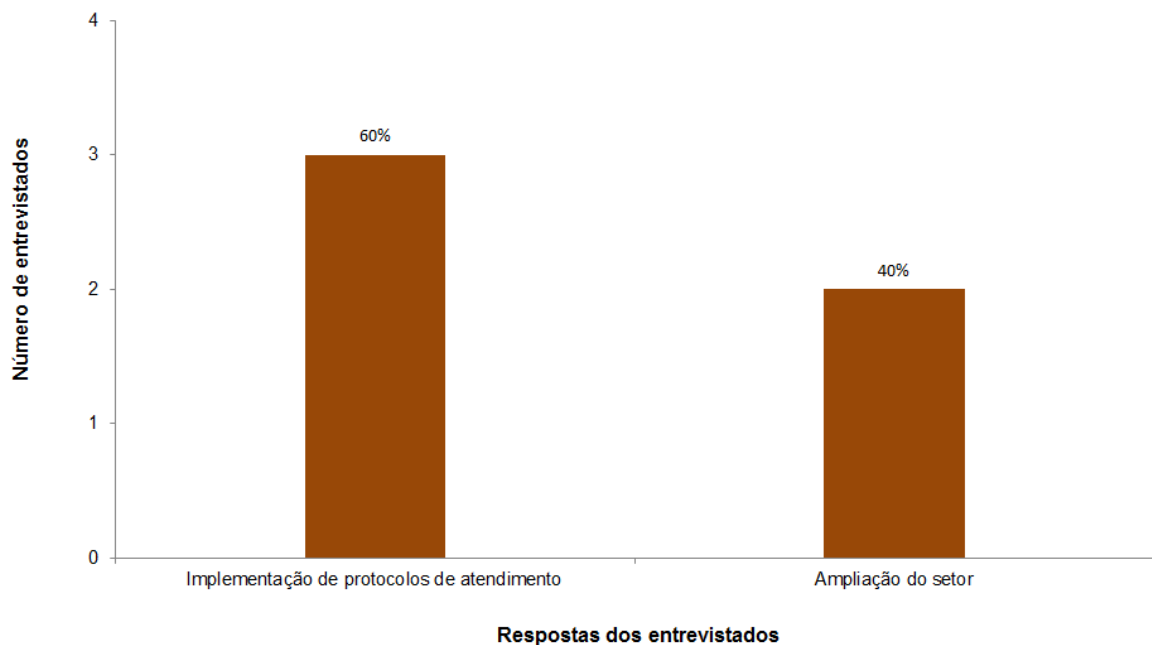


Gráfico 03 – Respostas dos entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, em relação às mudanças necessárias para que o ambiente físico do setor facilite a atuação profissional.

Referente a pergunta “7 – situações que exigem o ritmo acelerado em sua atuação, você recebe suporte por parte de sua equipe, de modo que evite

sobrecarga de trabalho?” Um enfermeiro (20%) respondeu que sim, enquanto quatro (80%), ficaram divididos entre “às vezes” e “não” (Gráfico 04).

A necessidade da execução de atividades em tempo mínimo é um dos principais fatores característicos à exaustão física e psicológica, pois obriga o profissional a realizar suas funções em um menor tempo, exigindo mais do que o psíquico pode suportar (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2011). Tal aceleração torna-se agravante, pois o trabalhador adotará medidas inadequadas em sua atuação, o que pode desencadear algia em toda a região corporal (APTEL; CNOCKAERT, 2012).

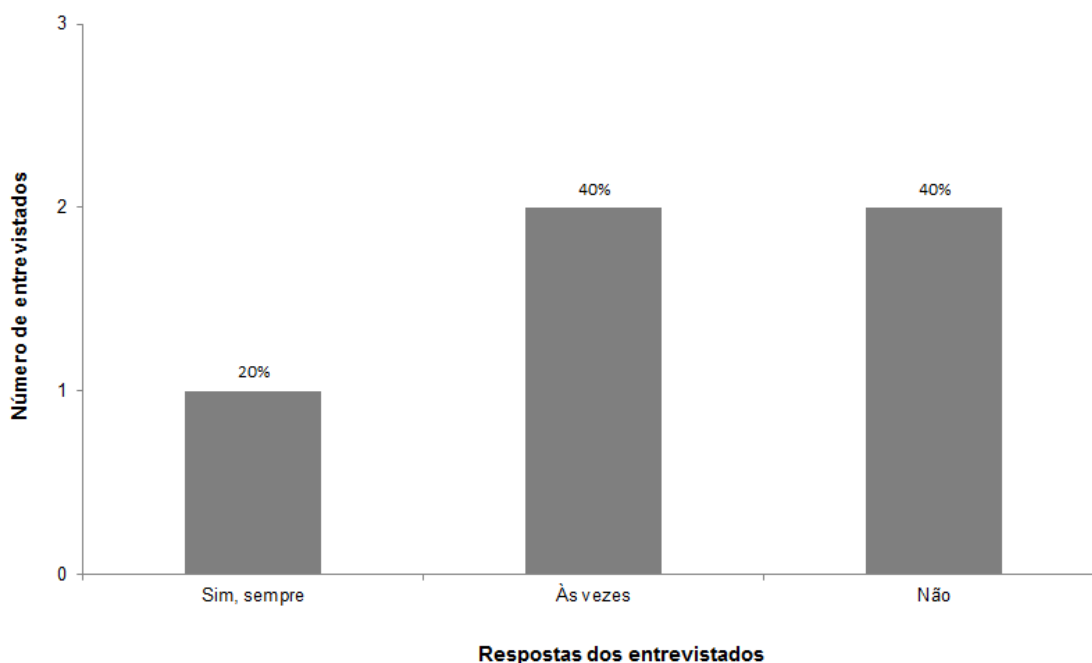


Gráfico 04 – Respostas dos entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, sobre o recebimento de suporte por parte da equipe de trabalho, em situações que exigem um ritmo acelerado na atuação do enfermeiro.

No caso de “(8) plantões noturnos e as condições de conforto oferecidas pela instituição”, os cinco entrevistados (100%) relataram não receber condições adequadas de repouso em seus plantões noturnos.

O local para o repouso dos profissionais deve oferecer conforto, haja vista que é uma função fisiológica indispensável para conservar habilidades físicas e mentais dos fornecedores de serviços (LIDA, 2015).

Quanto às “(9) acomodações disponibilizadas pela instituição de trabalho para o repouso desses profissionais e quais as condições que geravam um maior grau de

desconforto”, dois (40%), relatou que era o número insuficiente de camas para o repouso. As condições climáticas inadequadas foram referidas por dois (40%) e um entrevistado (20%), relatou limpeza insatisfatória (Gráfico 05).

Nossos resultados foram semelhantes aos de Murofuse e Marziale (2005) em Belo Horizonte (MG). Os mesmos constataram que no caso de plantões noturnos, os trabalhadores eram obrigados a se adaptarem com as condições físicas oferecidas, como o caso de número insuficiente de camas, o que pode originar problemas de caráter ergonômico, como dores na coluna.

Estudo realizado por Goes (2014) mostra que as condições desconfortáveis como mormaço, barulhos, sujeiras, falta de dedetização, ambiente não arejado e colchões impróprios, acarreta em patologias ocasionadas pela ausência de estruturas trabalhistas. As condições de repouso oferecidas e o horário de descanso não eram respeitados e não estavam conforme o Ministério da Saúde.

A condição climática de um local pode influenciar na atuação do profissional devido ao trabalhador se submeter a altas temperaturas, portanto, o desempenho, agilidade e desenvoltura estarão propícios a diminuir, o que ocasionará em interrupções constantes, resultando em um elevado nível de erro profissional (CHIODI; MARZIALE, 2012).

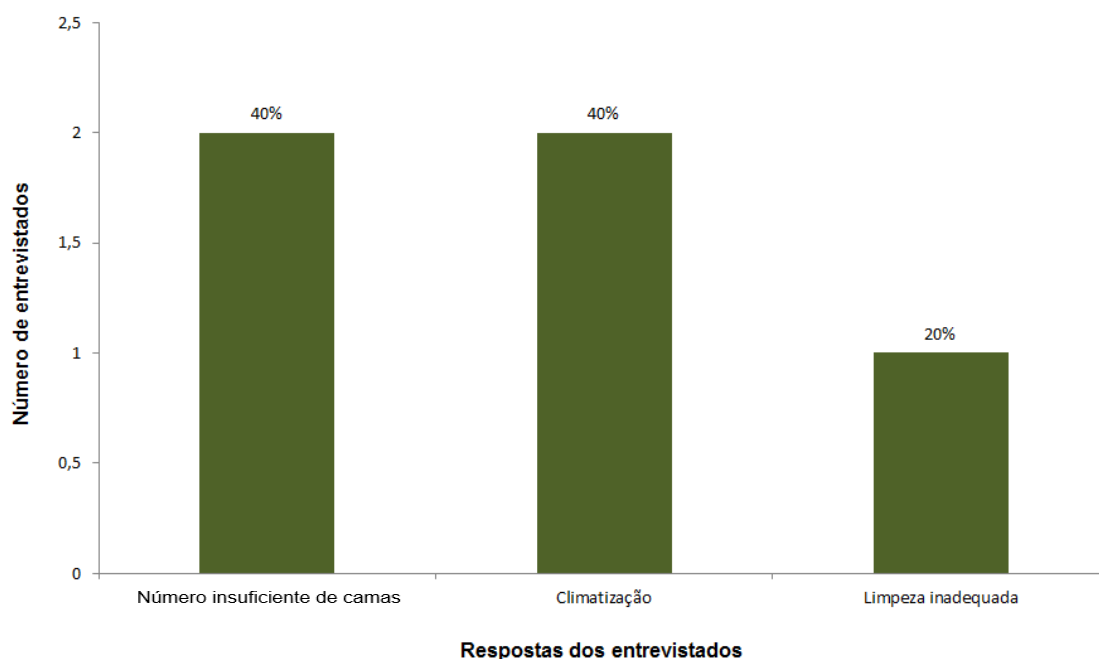


Gráfico 05 – Respostas dos entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, em relação aos fatores que geram grau de desconforto de repouso disponibilizado pela instituição de trabalho.

Foi perguntado se “(10) esses profissionais consideravam ser necessário à disponibilização de profissionais capacitados para cuidar da saúde mental dos enfermeiros do setor?”. Os cinco entrevistados (100%) responderam que era necessário. Em relação à interrogação anterior, também foi perguntado “(11) quais os profissionais?”. Os cinco (100%) entrevistados apontaram o psicólogo como esse profissional.

É imprescindível haver investimentos para inserir a assistência devida destinada ao psicológico dos enfermeiros, onde haja a sensibilização dos administradores e da própria população, objetivando favorecer a qualidade de vida desses trabalhadores, redução do desgaste físico e psicológico e a disponibilização contínua desse tipo de assistência (CHIODI; MARZIALE, 2012).

A inclusão de um psicólogo no grupo das instituições de saúde é assentada como uma extraordinária ferramenta para a redução de estresses e melhoraria da saúde psicológica (MCINTYRE, 2004).

Referente a pergunta “(12) qual opção que melhor demonstra sua opinião sobre sua escala de trabalho? Um (20%) descreveu como sendo ótima, dois (40%) a definiram como boa e os outros dois (40%), como ruim (Gráfico 06). Um estudo realizado por Benevides e Pereira (2012), baseado no modelo de Leiter (2011), que aborda saúde e estresse no trabalho, descrevem a escala de trabalho como o agente causador de conflitos externos e internos em decorrência dos impactos negativos desencadeados por escalas, plantões e cargas de trabalho.

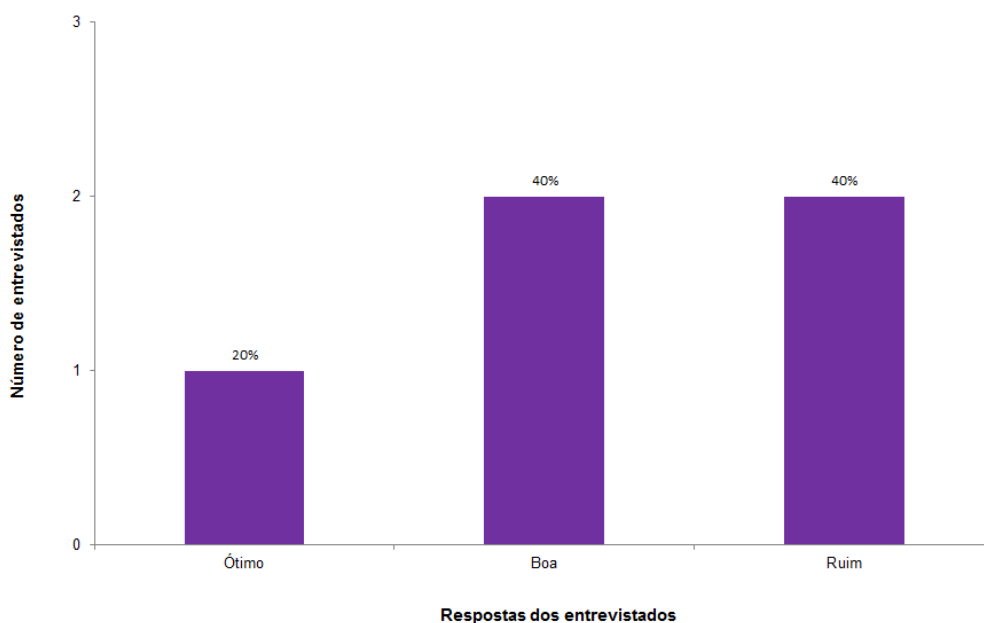


Gráfico 06 – Respostas dos entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, em relação a escala de trabalho.

Com relação a pergunta “(13) como esse profissional descreveria sua jornada de trabalho no setor de urgência e emergência”, três entrevistados (60%) descreveram sua jornada de trabalho como estressante, enquanto dois (40%), alegaram ser perigosa, por ausência de segurança e policiamento (Gráfico 07).

A espera é um forte fator para o surgimento de violências, tanto por parte do cliente, como de seus familiares (CONTRERA; MORENO, 2004; OIT, 2012). A falta de segurança ou vigilantes treinados de maneira devida está fortemente ligada com a prática de violência aos trabalhadores de saúde (ASSOCIAÇÃO..., 2002).

Em determinados casos, a segurança dos enfermeiros se torna vulnerável, podendo ocorrer ataques devido à falta de apoio da polícia militar, procedendo em ocorrências mais extensas (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012). Para a redução da violência, se faz necessária a utilização de meios de segurança, sendo eles: câmeras de vigilância, seguranças particulares, limitar o acesso aos setores, alarmes, telefones, detector de metais e alterações de políticas organizacionais (OIT, 2012).

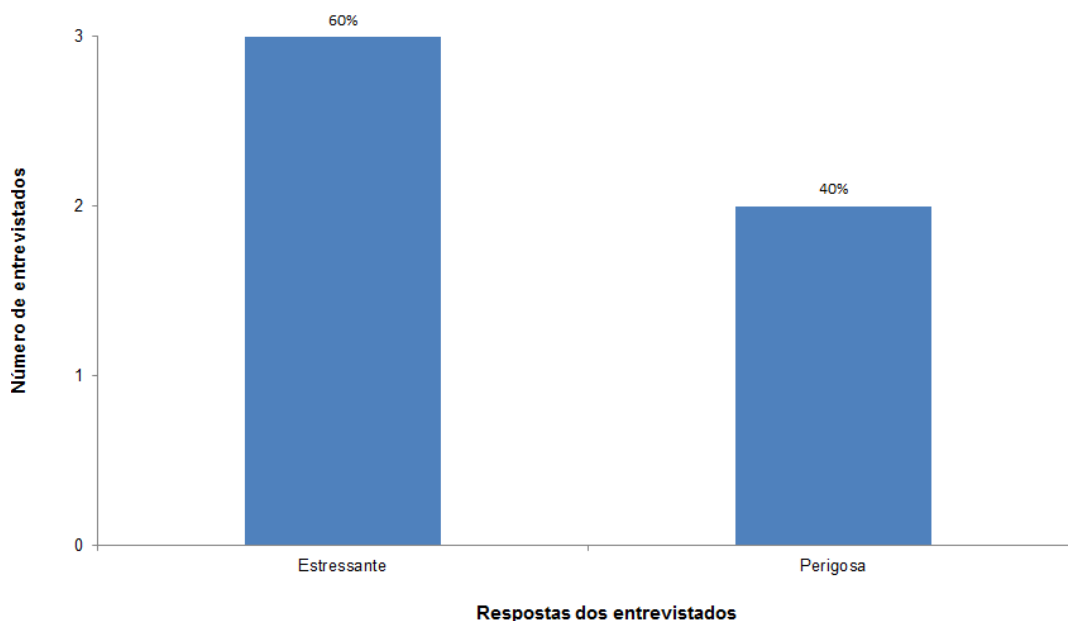


Gráfico 07 – Respostas dos entrevistados do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, em relação a jornada de trabalho no setor de urgência e emergência.

Referente a “(14) constituição da equipe de trabalho, você considera que é um número suficiente para atender a demanda?” Os cinco entrevistados (100%)

indicaram que o número de profissionais na equipe de trabalho é insatisfatório, não sendo suficiente para atender os clientes que necessitam de amparo no setor.

O número reduzido de funcionários acaba por sobrecarregar toda a equipe, pois resultará na indefinição de papéis, e com isso, acarretando no acúmulo de funções, tendo o profissional que acelerar o seu atendimento, desviar sua atenção em outras atividades e não prestar o suporte devido (NORONHA; FERNANDES, 2008).

5 CONCLUSÃO

O sexo masculino foi o mais evidente nesse estudo, divergindo da maioria dos estudos já realizados, no qual o sexo feminino aparece como dominante na profissão.

Os resultados do trabalho mostraram uma faixa etária menor que os encontrados em estudos de outros pesquisadores, o que os torna mais novos que a faixa etária encontrada na maioria dos estudos.

Houve a predominância de enfermeiros casados no setor escolhido para o estudo, o que corrobora com outros estudos da área.

A maioria dos entrevistados relata ter a interferência trabalhista em sua vida pessoal; apontaram o número reduzido de funcionários como o fator primordial para o estresse no trabalho.

Todos os entrevistados relataram não receber aperfeiçoamento ou motivação por parte dos gestores para exercer sua função, o que pactua com a maioria dos estudos encontrados sobre o tema; enfatizaram ainda, que as condições do ambiente hospitalar não eram favoráveis para sua atuação; e não receberam condições adequadas de repouso em seus plantões noturnos.

Todos os entrevistados souberam em um aspecto geral, a significância do termo saúde mental; afirmaram a necessidade da inserção de um psicólogo para o auxílio e manutenção de sua saúde mental; indicaram que a formação de sua equipe de trabalho tem um número insatisfatório, não sendo suficiente para atender os clientes que necessitam de amparo no setor.

A jornada de trabalho do profissional enfermeiro emergencista do Hospital Municipal de Itaituba foi descrito como estressante e perigosa.

O setor de urgência e emergência é um dos mais procurados do HMI e consequentemente essa condição obriga os profissionais a realizarem um atendimento rápido, que aliado a outros fatores também contribuem de forma negativa para a execução das funções dos enfermeiros. Esses profissionais devem lutar pelos direitos adquiridos, devendo exigir da administração do setor de urgência e emergência a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, materiais, vestiários, banheiros, condições adequadas assistenciais, além da proteção, recuperação e reabilitação gerados pelas condições de trabalho.

REFERENCIAS

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar. **Texto Contexto de enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.

ALVES, M.; GODOY, B.; CERVINHO, S.; SANTANA, M. D. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. S.; GOMES, J. L. D.; PEREIRA, A. V.; DUTRA, V. F. D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.

ANTUNES, M. A. M. **A psicologia no Brasil**: leitura histórica sobre sua constituição. 5 ed. São Paulo: EDUC, 2014.

APTEL, M. O.; CNOCKAERT, J. M. Estressa at work. **Newletter**, Paris, v. 50, n. 6, p. 19-20, 2012.

ARAÚJO, R. M. O objeto do estudo. **Biblioteca atualiza**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 10-18, 2017.

ASSOCIAÇÃO americana de enfermagem. **Prevention of violence**. 1 ed. Miami: ANA, 2002.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BAUER, M. E. Estresse: Como ele abala as defesas do organismo. **Ciência Hoje**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 179, p. 20-25, 2002.

BENEVIDES.; PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Casa do Psicólogo. Universidade Estadual de Maringá. 2012.

BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Redalyc.org**, Recife, v. 25, n. 2, p. 151-156, 2012.

BORGES, L. O.; TAMAYO, A.; ALVES, F. A. **Significado do trabalho entre os profissionais da saúde**. 3 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Portaria n. 3.214: normas regulamentadoras. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1978. 15 p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Legislação informatizada**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1990. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. **Departamento de Tecnologia**. População de profissionais de enfermagem cadastrados. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. 12 p.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. **Resolução 1.529/98**. Documentos Básicos de Enfermagem. 1 ed. São Paulo, COREN, 2001. p. 277.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde do trabalhador. 5 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002a. 63 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. **Comissão Intergestores Tripartite**. Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Regulamento técnico. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002b. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção às Urgências**. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 256p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Lei n 7498/86. 1 ed. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 2007. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção às Urgências**. Política Nacional de Atenção às Urgências. 5 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. 187p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de assistência Farmacêutica**. Programa Nacional de Saúde Mental. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. 136p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 423/2012**. Participação do enfermeiro na classificação de risco. 1 ed. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 2012. 195 p.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Decisão COFEN nº 0196/2013**. Procedimentos para a jornada de trabalho. 1 ed. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 2013. 12 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro**. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2014. 35 p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Comissão de Assuntos Sociais**. PL do descanso digno para enfermagem é aprovado no Senado. 2 ed. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 2016. 3 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Cadastro nacional de estabelecimento de Saúde. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. 6 p.

BRITO, E. S.; CARVALHO, A. M. P. **Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais**. São Paulo, 42. f. Trabalho de conclusão de curso (graduação). Departamento de Enfermagem, psiquiatria e ciências humanas. Fundação de amparo a pesquisa de São Paulo. 2014.

CANDEIAS, N. M. F.; GOMES, J. R.; BRANDIMILER, P.; PEREIRA, S. T.; GUNTHER, W. M. R. Stress em atendentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 21-32, 2012.

CARAYON, P.; SMITH, M. J.; HAIMS, M. C. Organization of work stress and musculoskeletal disorders. **Human Factors**, Lisbon, v. 4, n. 1, p. 644-663, 2009.

CARREIRO, L. M. Morte por excesso de trabalho (KAROSHI). **Revista tributária Regional do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 46, n. 76, p. 131-141, 2007.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-7, 2012.

CODO, W.; MENEZES, I. V. O que é Burnout. **Revista de psicologia**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 22-32, 2017.

CONTRERA, L. M.; MORENO, M. I. 2004 Violencia no trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 746-49, 2004.

COOPER, C. L.; MITCHEL, S. Nursing and critically ill and dying. **Hum Relations**, New York, v. 43, n. 2, p. 297-311, 1990.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Manaus, v. 16, n. 3, p. 439-445, 2010.

DUARTE, V. M. N. **Pesquisas exploratórias, descritivas e explicativas**. 1 ed. São Paulo: Brasil Escola, 2012. 2 p. Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.com.br/regras-abnt/pesquisa-exploratória-descritiva-explicativa.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

DUARTE, S. A. J. **Estresse ocupacional da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência de Belém – PA**. Florianópolis, 32. f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

ENAGO Academia. **Teórico Empírico**. 1 ed. Japão: Ulatus, 2014. 5 p. Disponível em: <<http://www.enago.com.br/learn-something-new-just>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o Burnout. **Revista Brasileira Materno Infantil**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2015.

FELLI, V. E. A. **Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho**. São Paulo, 33. f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Departamento de Enfermagem Básica. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

FERREIRA, L. L. Trabalho em turnos: temas para discussão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 15, n. 58, p. 27-32, 2007.

FERREIRA, C. R. L.; MARTINO, F. M. M. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. **Instituto de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 2-6, 2009.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A.; SANTOS, J. L.; MARQUES, G. Q. Objetivos das emergências no mundo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 535-540, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLASSMAN, W. E. **Psicologia**: abordagens atuais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOES, E. P. Avaliação da prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de enfermagem de um hospital público do oeste do Paraná. **Revista UniOeste**, Paraná, v. 16, n. 24, p. 163-187, 2014.

GOLDIN, G. A. **A unifying perspective**. 1 ed. New Jersey: Rutgers, 2003.

GOMES, A. L. **Emergência**: planejamento e organização da unidade. 4 ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2014.

GONÇALVES, E. Síndrome de Burnout: desconhecida, mas perigosa. **Folha de Londrina**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 2-7, 2012.

GRUPO Marista. **Síndrome de Burnout**: A doença do esgotamento profissional. 1 ed. Curitiba: ÚNICA, 2016. 2 p. Disponível em: <<https://uniica.com.br/sindrome-de-Burnout-a-doenca-do-esgotamento-profissional/>>. Acesso em: 12 jun 2017.

GUERRA, D. S. **Manual de Emergências**. 2 ed. Belo Horizonte: FOLIUM, 2011.

GUIMARÃES, L. A. M.; CARDOSO, W. L. C. D. **Atualizações da Síndrome de Burnout**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUIMARAES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde mental e trabalho**. 4 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

HEGENBERG, L. **Doença**. 1 ed. Rio de Janeiro: FRIOCRUZ, 1998.

HESKETH, J. L.; COSTA, M. T. P. M. Fatores correlacionados com a satisfação no trabalho. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 353-370, 1980.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.; FRANCO, F. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE. Censo Demográfico. **Cidade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INEM. **Advanced Life Support Statistics**. 1 ed, National Institute of Medical Emergency, Lisbon, 2011.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, Londrina, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde Ocupacional: Analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de Terapia Intensiva. **Revista Cuidando da Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 476-484, 2011.

LEITER, M. P. Occupational psychological health. **PsycINFO**, Washington, v. 96, n. 6, p. 1258-1274, 2011.

LIDA, I. **Ergonomia**: projeto e produção. 2 ed. São Paulo: E-Blucher, 2015.

LIMONGI, F. A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

LIPP, N. M. **Manual do inventário de sintomas do stress para adultos de Lipp (ISSL)**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

LIPP, N. M. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. 5 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013.

LOPES, L. **Atendimento de emergência no Brasil**. Criciúma, 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação). Centro Universitário São Camilo. Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2010.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 2, p. 381-387, 2009.

LÓPEZ, M. **Emergências Médicas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

LORENZ, R. V.; CARDOSO, M. C.; SABINO, M. O. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Campinas, v.18, n. 6, p. 32-38, 2010.

LUNARDI, F. W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 76-84, 2015.

MAGALHÃES, A. M. M.; MARTINS, C. M. S.; FALK, M. L. R.; FORTES, C. V.; NUNES, V. B. Perfil dos profissionais de enfermagem no turno noturno do hospital de clínicas de porto alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 2, n. 27, p. 16-20, 2007.

MAGNAGO, T. S. B. S. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 187-193, 2010.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. 1 ed. São Paulo: UNESP, 2017.

MARTIN, R. C. Na unidade de emergência: anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem. **Revista brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2011.

MARTINO, M. F. M. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, Campinas, v. 43, n. 1, p. 45-51, 2011.

MARTINS, M. C. F. **Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação**. Brasília, 204 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado). Universidade de Brasília, 1985.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MAURO, M. Y. C.; PAZ, A. F.; MAURO, C. C. C.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, V. G. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.

MCINTYRE, E. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 161-167, 2004.

MEDEIROS, M. S.; MACÊDO, F. A. L. M.; OLIVEIRA, A. S. J.; RIBEIRO, M. L. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 7, p.112-124, 2009.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: Fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Uberaba, v. 59, n. 5, p. 661-666, 2006.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. Minas Gerais, 98 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 13, n. 3, p. 364-373, 2005.

NORONHA, A. P. P.; FERNANDES, D. C. Estresse laboral: Análise da produção científica brasileira no SciELO e BVS-Psi. **Fractal Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 491-501, 2008.

OIT. **Program of sectoral activities**. 1 ed. Genebra: safework, 2012.

OLIVEIRA, D. **As urgências exigem motivação pessoal e profissional**. 1 ed. Lisboa: Nursing, 2009.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalhador de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2013.

OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M. T. L.; LÚCIDO, V. A.; SISNANDO, S. D. A Inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho. **Revista de enfermagem UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 223-243, 2014.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Direção Geral da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1 ed. Lisboa, WHO, 2002. 205 p.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Relatório Mundial da Saúde. **Para que todas as mães e crianças contem**. 1 ed. Genebra, WHO, 2005. 20 p.

PAFARO, C. R.; MARTINO, F. M. M. Estudo do stress do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Campinas, v. 38, n. 2, p. 32-47, 2012.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-10, 2006.

PASQUALI, L.; NOGUEIRA, P. R. Satisfação no trabalho: construção de um instrumento. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 3-19, 1981.

PONTES, Z. O trabalho noturno do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 80-87, 2012.

PORTAL Educação. **Diferença entre pesquisa quantitativa e qualitativa**. 1 ed. Campo Grande: EPE, 2013. 3 p. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/diferencas-entre-pesquisa-quantitativa-e-qualitativa/40088>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

PORTAL da Saúde Mental. **Saúde Mental**. 1 ed. Portugal: Iflex, 2016. 4 p. Disponível em: <<https://www.portaldasaudemental.pt/artigos/saude-mental-conceito-psicologia-positiva/>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 355-360, 2005.

RESGATE e Emergências médicas. **Manuais técnicos de bombeiros**, São Paulo, v.12, n.1, p. 122-132, 2006.

RODRIGUES, D.; OLIVEIRA, E.; BRASILEIRO, M. E.; LEITE, R. G. Legislação e ética do enfermeiro em assistência de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 4, n. 4, p. 1-15, 2013.

ROSSI, S. S.; SANTOS, P. G.; PASSOS, J. P. A Síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1232-1239, 2015.

SANTOS, A. G.; COLLY, G.; PEREIRA, N. G. M. Síndrome do herói. **Revista emergência**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 45-67, 2016.

SANTOS, J. L. G.; LIMALL, M. A. D. S.; PESTANAL, A. L.; GARLET, E. R.; ERDMANN, A. L. Superlotação nas emergências. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 112-126, 2013.

SCHAUFELI, W. B. Professional Burnout. **Human relations**, New York, v. 35, n. 4, p. 283-305, 2002.

SILVA, E. A. C.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, J. T.; BRASIL, V. V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 32-45, 2010.

SILVA, D. S.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; ROCHA, F. L. R.; CALDANA, G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 211-219, 2014.

SIQUEIRA, M. M. **Satisfação no trabalho**. Brasília, 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Escola de Enfermagem da Universidade de Brasília. Universidade de Brasília, 1978.

SLTRELOW, E. **História da urgência e emergência**. 1. ed. Pelotas: UFPEL, 2014.

SMITH, G. T. **Residência de enfermagem: espaço de lutas e contradições**. 1 ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2008.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 17-19, 2010.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho. **Revista Latina de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 593-600, 2003.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 34-46, 2011.

STUMM, E. M.; OLIVESKI, C. C.; COSTA, C. F.; KIRCHNER, R. M.; SILVA, L. A. Estressores e coping vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Cogitare de Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 23-36, 2010.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia**, Brasília, v. 14, n. 3, p. 213-21, 2009.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T; HALLAK, J. E. D. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 34-46, 2007.

TRINDADE, L. L. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 212-217, 2014.

VIEIRA, L. C. Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Campinas. **Revista Cogitare de Enfermagem**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 75-78, 2011.

WEHBE, G.; GALVÃO C. M. O enfermeiro de unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 45-62, 2011.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência. **Revista brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 58, n. 1, p. 65-78, 2015.

ZANELLI, J. C. **O psicólogo nas organizações de trabalho**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO

1. Sua rotina de trabalho perante as atuais condições oferecidas interfere em sua vida pessoal?

☐ Sim, sempre.

☐ Às vezes.

☐ Não.

2. Quais situações geram um maior grau de estresse em sua atuação no setor?

☐ Número reduzido de funcionários.

☐ Ausência de materiais e equipamentos.

☐ Relacionamento com os familiares do cliente.

☐ Outros: _____

3. Há políticas disponibilizadas pela instituição para capacitar, motivar e dar suporte à integridade física e psicológica do enfermeiro em sua atuação profissional?

☐ Sim

☐ Não

4. Em um aspecto geral, o que você entende por saúde mental?

☐ Bem-estar físico.

☐ Bem-estar emocional.

☐ Ausência de doenças mentais.

☐ Outro: _____

5. As condições físicas e instrumentais do ambiente hospitalar são favoráveis para sua atuação como enfermeiro?

☐ Sim

☐ Não

6. Quais as mudanças necessárias para que o ambiente físico do setor facilite na sua atuação profissional?

☐ Implementação de protocolos de atendimento.

☐ Ampliação do setor.

☐ Modernização dos equipamentos.

☐ Outro: _____

7. Em situações que exigem um ritmo acelerado em sua atuação, você recebe suporte por parte de sua equipe, de modo que evite sobrecarga de trabalho?

☐ Sim, sempre.

☐ Às vezes.

☐ Não.

8. Em seus plantões noturnos, a instituição oferece condições adequadas de repouso?

☐ Sim

☐ Não

9. Qual fator listado abaixo gera um maior grau de desconforto referente às acomodações disponibilizadas pela instituição de trabalho para o seu repouso?

☐ Número insuficiente de camas.

☐ Climatização.

☐ Limpeza inadequada.

☐ Outro: _____

10. Você considera ser necessário a disponibilização de profissionais capacitados para cuidar da saúde mental dos enfermeiros atuantes no setor?

☐ Sim ☐ Não

11. Em relação a pergunta anterior. Quais profissionais?

☐ Psicólogo.

☐ Psiquiatra.

☐ Outro: _____

12. Qual a opção que melhor demonstre sua opinião sobre sua escala de trabalho:

☐ Ruim.

☐ Regular.

☐ Boa.

☐ Ótima.

13. Como você descreveria sua jornada de trabalho no setor de urgência e emergência?

☐ Proveitoso.

☐ Estressante.

☐ Exaustivo.

☐ Outro: _____

14. Referente a constituição de sua equipe de trabalho, você considera que é um número suficiente para atender a demanda? ☐ Sim ☐ Não

ANEXO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARÁ
Secretaria Municipal de Saúde

OFICIO SEMSA/ DO - nº 300/2017.

Itaituba, de 16 Outubro de 2017.

Da: Diretoria Operacional/SEMSA

Para: Faculdade de Itaituba

Coordenação do Curso de Enfermagem

Prezado Senhor,

Pelo presente, autorizamos a sua acadêmica do Curso de Enfermagem, **Camila Araújo de Sá**, a realizar a sua pesquisa de campo no setor da Emergência do Hospital Municipal de Itaituba-PA, para conclusão do TCC intitulado "**Características da Saúde mental dos enfermeiros emergencistas do Hospital Municipal de Itaituba**". Para tanto, é necessário que a mesma respeite os direitos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,


Adria Grice S. Fernandes
Diretora Operacional
Decreto 073/2017
SEMSA/Itaituba

*Camila Araújo de Sá 15:23
16/10/2017*