

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTRESSE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SALA DE CIRURGIA:
UM ESTUDO DE CASO

RITA CATALINA AQUINO CAREGNATO

Porto Alegre, julho de 2002

RITA CATALINA AQUINO CAREGNATO

**ESTRESSE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SALA DE CIRURGIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

Porto Alegre, julho de 2002

DADOS INTERNACIONAIS DA CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C 271e Caregnato, Rita Catalina Aquino.

Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso / Rita Catalina Aquino Caregnato; Orientação Liana Lautert. Porto Alegre, 2002.

283f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1.Estresse. – 2. Bloco cirúrgico. – 3. Equipe multiprofissional. –
I.Título.

CID 610.7365

Bibliotecária responsável Lúcia Machado Nunes CBR 10/193

BIBLIOTECA

Escola de enfermagem da UFRGS

Reg. n.º 750

Porto Alegre, 22110102

T
532.1
C 271e

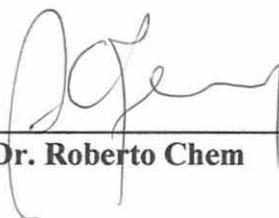
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Liana Lautert (Orientadora)



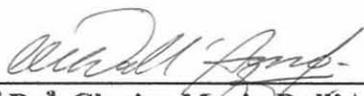
Profª Drª Estela Regina Ferraz Bianchi



Prof Dr. Roberto Chem



Profª Drª Olga Rosária Eidt



Profª Drª Clarice Maria Dall'Agnol

DEDICATÓRIA

Somos unidades integradas, e, por isso, acredito que ninguém vive sozinho. Tenho certeza que sem o amor, apoio e compreensão da minha família jamais teria atingido o meu objetivo. Por esta razão, dedico este trabalho ao meu companheiro de todas as horas, meus filhos e meus pais. Estas pessoas que tanto amo são minha razão de viver e a mais forte motivação.

AGRADECIMENTOS

Esta jornada de aperfeiçoamento intelectual e de vida, tão longa e ao mesmo tempo tão curta, não poderia ter sido percorrida sozinha, sem o apoio, carinho e compreensão dos meus familiares e amigos.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter guiado sempre o meu caminho, dando-me forças, saúde e luz para iluminar esta trajetória, não deixando esmorecer nas dificuldades, ajudando-me a ultrapassar barreiras que nunca imaginei transpor.

Para o meu marido, Paulo Roberto Zucatti, meu amor e minha gratidão eterna; tenho certeza que sem ele não conseguiria vencer tantos desafios. Com seu apoio, carinho e compreensão incondicional soube entender os momentos de grandes dificuldades enfrentadas, sempre me apoiando e vibrando pelas minhas vitórias, que também são dele.

Aos meus pais Maria e Francesco Caregnato meu eterno reconhecimento; com grande sacrifício deram-me o que jamais tiveram e sonharam poder dar a um filho, sendo hoje resultado dos seus exemplos de vida, perseverante e lutadora, porque sempre me identifiquei com eles. Também minhas desculpas por ter privado vocês de minha convivência nesta fase de vida que estão passando, tornando-se muito difícil não conviverem com a única filha. Obrigado pela compreensão e amor demonstrado.

Aos meus filhos, Fernando e Ricardo, minhas desculpas por ter me ausentado muitas vezes. Com certeza precisaram de mim quando estava totalmente envolvida e comprometida no meu trabalho; espero servir de exemplo sempre a vocês para que nunca desanimem frente às dificuldades que a vida nos impõe e sejam perseverantes para alcançar seus ideais.

Aos meus mestres, em especial à minha orientadora, Dra. Liana Lautert, que com seu conhecimento e sabedoria acreditou em mim e soube com humildade mostrar-me o melhor caminho a seguir, reconhecendo a minha capacidade e confiando no meu trabalho. Ao Dr. Marcos Ferreira que me introduziu na pesquisa e ajudou-me a adquirir conhecimento, meus agradecimentos e minhas desculpas por Deus não ter desejado que continuássemos até o fim juntos no mesmo caminho.

Às minhas filhas de coração, as irmãs Cassiana e Juliana Prates, o meu reconhecimento pela ajuda inestimável, apoio e colaboração na pesquisa.

A Jaqueline Silva, braço direito da minha casa há oito anos; sem ela não poderia ter conciliado a minha vida profissional com a familiar, pois estava coordenando minha casa e cuidando dos meus filhos quando eu mais precisei. Meu reconhecimento.

Às minhas colegas de trabalho do HCPA, em especial a Miriam Maciel e Roselene Matte, que incansavelmente nestes anos permitiram adequar meus horários de trabalho ao estudo, dando-me apoio e força nos momentos de desânimo e depressão.

Às minhas colegas de docência da ULBRA que sempre me estimularam e vibraram com as minhas vitórias. Meu carinho especial a Eva Néri Pedro por ser minha mentora intelectual, minha mestra e meu exemplo.

Ao pessoal que trabalha no Bloco Cirúrgico do HCPA, em especial à técnica de enfermagem Ondina Cardoso, exemplo de vida e perseverança, que me ensinou com seu comportamento muita coisa que os livros não trazem, como a tolerância e o amor aos outros incondicionalmente, aceitando-os como eles são. Minha eterna amizade.

Aos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem que participaram desta pesquisa, meus agradecimentos e o reconhecimento pela disponibilidade que todos demonstraram, colaborando de maneira inestimável para a realização desta pesquisa.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para concretizar este sonho.

Meu muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	7
LISTA DE MAPAS	9
RESUMO	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 A DEFINIÇÃO DAS BASES DO ESTUDO	17
2.1 A SITUAÇÃO-PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	17
2.2 DESENHANDO O CENÁRIO	22
2.3 PRESSUPOSTO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	25
2.4 CONSTRUINDO UM REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE O ESTRESSE	26
3 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO	43
3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA	43
3.2 LOCAL DO ESTUDO	46
3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES DO BLOCO CIRÚRGICO	49
3.4 SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	55
3.5 ETAPAS DA ANÁLISE	60
4 DESVELANDO O CASO PESQUISADO	63
4.1 PERFIL DOS ATORES DO ESTUDO	63
4.2 APRESENTANDO A CATEGORIZAÇÃO	78
4.2.1 Vivências significativas do estresse	80
4.2.2 Situações que geram estresse	103
4.2.3 Comportamento individual na sala de cirurgia	150
4.2.4 Manejo do Estresse	175
4.2.5 Responsabilidade e comprometimento	196
4.2.6 Manifestações físicas e psíquicas em situações de estresse	215
4.3 OBSERVANDO A PRÁXIS DOS SUJEITOS NO COTIDIANO DE TRABALHO	230
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	245
ABSTRACT	254
RESUMÉN	255
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	256
ANEXOS	263

LISTA DE QUADROS

1 -	Categorização inicial dos conteúdos de entrevistas com profissionais que atuam em sala de cirurgia.	79
2 -	Distribuição das categorias finais e subcategorias dos conteúdos de entrevistas com profissionais que atuam na sala de cirurgia.	80
3 -	Sentimentos decorrentes das vivências de estresse apresentados pela equipe multiprofissional que trabalha na sala cirúrgica.....	93
4 -	Situações de relacionamento interpessoal que geram estresse entre a equipe que trabalha na sala de cirurgia. Porto Alegre, 2002.	105
5 -	Problemas comuns na equipe identificados pelos profissionais que trabalham na sala de cirurgia. Porto Alegre, 2002.	107
6 -	Situações que geram estresse no ato cirúrgico segundo os profissionais da equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.	118
7 -	Situações ambientais que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.....	128
8 -	Situações relativas a materiais e equipamentos inadequados que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.....	134
9 -	Situações relacionadas ao comportamento do cirurgião que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.....	137
10 -	Incertezas que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.	141
11 -	Condições dos pacientes que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.	144
12 -	Características comuns entre os profissionais dos grupos A e B quanto à autopercepção do comportamento rotineiro.....	157
13 -	Características comuns entre os membros da equipe quanto ao envolvimento com o trabalho entre sujeitos dos grupos A e B.	162
14 -	Características comuns entre a equipe quanto aos comportamentos frente ao estresse entre sujeitos dos grupos A e B.	170
15 -	Manejos comuns centrados no problema utilizados pelos sujeitos dos grupos A e B frente a situações de estresse.	178

16 - Manobras de alívio comuns utilizadas pela equipe cirúrgica entre sujeitos dos grupos A e B.....	187
17 - Formas de relações sociais comuns utilizadas pela equipe cirúrgica entre sujeitos dos grupos A e B.....	191
18 - Manifestações físicas e psíquicas do estresse relatadas pela equipe de profissionais do grupo A que trabalham na sala de cirurgia. Porto Alegre, RS, 2002.....	216
19 - Manifestações físicas e psíquicas do estresse relatadas pela equipe de profissionais pertencentes ao Grupo B que trabalham na sala de cirurgia. Porto Alegre, 2002.....	217
20 - Comportamentos e situações <i>inerentes à profissão</i> mais freqüentemente observados no grupo dos cirurgiões durante o ato cirúrgico.....	231
21 - Comportamentos e situações <i>inerentes à profissão</i> mais freqüentemente observados no grupo dos anestesistas durante o ato cirúrgico.....	233
22 - Comportamentos e situações <i>inerentes à profissão</i> mais freqüentemente observados no grupo das enfermeiras durante o ato cirúrgico.....	235
23 - Comportamentos e situações <i>inerentes à profissão</i> mais freqüentemente observados no grupo dos técnicos de enfermagem durante o ato cirúrgico.....	236
24 - Comportamentos e situações <i>positivos</i> mais freqüentemente observados no grupo dos anestesistas, durante o ato cirúrgico.....	240
25 - Comportamentos e situações <i>positivos</i> mais freqüentemente observados no grupo dos técnicos de enfermagem, durante o ato cirúrgico.....	241
26 - Quantificação das manifestações observadas nos cirurgiões por categoria.....	243
27 - Quantificação das manifestações observadas nos anestesistas por categoria.....	243
28 - Quantificação das manifestações observadas nas enfermeiras por categoria.....	244
29 - Quantificação das manifestações observadas nos técnicos de enfermagem por categoria.....	244

LISTA DE MAPAS

1 - Categoria: vivências significativas do estresse (cirurgiões).....	99
2 - Categoria: vivências significativas do estresse (anestesistas).....	100
3 - Categoria: vivências significativas do estresse (enfermeiras).....	101
4 - Categoria: vivências significativas do estresse (técnicos de enfermagem).....	102
5 - Categoria: situações que geram estresse (cirurgiões).....	146
6 - Categoria: situações que geram estresse (anestesistas).....	147
7 - Categoria: situações que geram estresse (enfermeiras).....	148
8 - Categoria: situações que geram estresse (técnicos de enfermagem).....	149
9 - Categoria: comportamento individual na sala de cirurgia (cirurgiões).....	171
10 - Categoria: comportamento individual na sala de cirurgia (anestesistas).....	172
11 - Categoria: comportamento individual na sala de cirurgia (enfermeiras).....	173
12 - Categoria: comportamento individual na sala de cirurgia (técnicos de enfermagem).....	174
13 - Categoria: manejo do estresse (cirurgiões).....	192
14 - Categoria: manejo do estresse (anestesistas).....	193
15 - Categoria: manejo do estresse (enfermeiras).....	194
16 - Categoria: manejo do estresse (técnicos de enfermagem).....	195
17 - Categoria: responsabilidade e comprometimento (cirurgiões).....	211
18 - Categoria: responsabilidade e comprometimento (anestesistas).....	212
19 - Categoria: responsabilidade e comprometimento (enfermeiras).....	213
20 - Categoria: responsabilidade e comprometimento (técnicos de enfermagem).....	214
21 - Categoria: manifestações comportamentais (cirurgiões).....	226
22 - Categoria: manifestações comportamentais (anestesistas).....	227
23 - Categoria: manifestações comportamentais (enfermeiras).....	228
24 - Categoria: manifestações comportamentais (técnicos de enfermagem).....	229

RESUMO

A sala de cirurgia faz parte do Bloco Cirúrgico, área crítica do hospital no qual o objeto de trabalho é a vida humana. Os profissionais deste setor estão submetidos à alta densidade tecnológica, regras organizacionais, enfrentando situações de risco e lidando com a vida e a morte, gerando um ambiente estressante. Neste ambiente complexo, escolhi a equipe multiprofissional de um hospital universitário de grande porte para realizar um estudo de caso, tendo como objetivos identificar estressores comuns e diferenciados, bem como conhecer respostas e manejos individuais e coletivos dos profissionais que atuam neste setor. Os dados foram coletados através de entrevistas e observação participante com trinta e dois sujeitos, sendo oito cirurgiões, oito anestesistas, oito enfermeiras e oito técnicos de enfermagem. As entrevistas transcritas foram submetidas à análise de conteúdo, emergindo seis categorias: vivências significativas do estresse; situações que geram estresse; comportamento individual na sala de cirurgia; manejo do estresse; responsabilidades e comprometimentos; e manifestações comportamentais. Da observação realizada durante a cirurgia, surgiram quatro categorias referentes aos comportamentos e situações: inerentes à profissão; negativos; positivos; e descontração. Embora intercorrências com pacientes, como a morte, gerem vivências marcantes, o paciente foi considerado o menor gerador de estresse nos profissionais. As relações interpessoais, o ambiente, o ato cirúrgico, materiais e equipamentos inadequados, comportamento do cirurgião, incertezas e as condições do paciente, são responsáveis pelas situações de estresse, porém os estressores mais frequentes e significativos foram as relações interpessoais. Para o enfrentamento das situações de estresse os profissionais utilizam o manejo centrado no problema, centrado na emoção, manobras de alívio e desenvolvimento das relações sociais. Verifiquei que os comportamentos dos diferentes profissionais da equipe em situações de estresse são semelhantes, e que os indivíduos classificados no grupo A, devido ao fato de apresentarem urgência no tempo, competitividade, devoção para trabalhar, ira e hostilidade apresentam comportamentos mais agressivos que os pertencentes ao grupo B, que são mais conciliadores e calmos.

1 INTRODUÇÃO

Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Minayo (1992, p. 90)

O interesse em desenvolver um estudo sobre o estresse ocupacional gerado nos profissionais que trabalham na Sala de Cirurgia decorreu de questionamentos surgidos de minha experiência como enfermeira, trabalhando há quase duas décadas em vários Blocos Cirúrgicos. Percebendo este cenário como ideal para desencadear o processo de estresse nos sujeitos que exercem suas atividades neste campo, surgiu, como área de interesse, pesquisar o estresse da equipe multiprofissional que trabalha na Sala de Cirurgia. No seu cotidiano de trabalho, os profissionais que atuam neste ambiente, além de lidarem com a vida e a morte do paciente, vivem relações de poder/saber entre os sujeitos com diferentes papéis, que se expressam em formas de controle e resistência.

Esta prática tem me levado a cotejar dificuldades características geradoras de estresse neste setor e em todos profissionais envolvidos no processo. Tenho observado que o manejo das situações-problemas varia entre os sujeitos, e o enfrentamento do estresse manifesta-se de várias formas, tendo cada um maneira própria de perceber, imaginar, opinar, lembrar, agir, amar e odiar a partir da sua estrutura psicológica, do seu eu. As vivências determinam a maneira de sentir e compreender o que se passa dentro do seu corpo e seu interior, bem como o mundo que os rodeia (Chauí, 1998). A história de vida de cada pessoa determina a forma de entender e interpretar esse processo e é, por isso, fundamental, na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através dela (Minayo, 1992).

A partir deste pressuposto, da observação e da reflexão se traz à luz uma premissa fundamental: os diversos sujeitos apresentam respostas e manifestações variadas de

comportamento quando expostos aos estressores.

O Bloco Cirúrgico reflete uma realidade complexa de interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e conseqüente atribuição de significados. Desse contexto emerge o problema que caracteriza a Sala de Cirurgia como um lugar especial, onde se lida com a doença e a morte. O objeto do trabalho é a vida humana, muitas vezes em estado crítico, gerando um ambiente tenso e estressante, determinando alterações no comportamento dos profissionais que lá atuam. Esta concepção induz à reflexão sobre a seguinte questão: qual tem sido a postura profissional de cada sujeito diante da prática concreta quando a equipe cirúrgica se defronta com situações estressantes?

Dentro deste contexto, várias questões surgem: de que modo os atores, com formações profissionais diferentes, percebem os estressores em uma Sala de Cirurgia? Quais são os estressores laborais comuns e diferenciados percebidos pelos atores? Que tipo de respostas ao estresse apresentam os profissionais segundo a função que desempenham e conseqüente poder decisório? Como cada sujeito maneja os estressores, percebidos no ambiente de trabalho, de forma individual e coletiva?

Considero ser um grande desafio fazer uma inter-relação entre o estresse no trabalho e suas influências na saúde mental dos trabalhadores da saúde, porque abrange uma área na qual os profissionais são considerados, pelo senso comum, pessoas que detêm conhecimento e poder sobre a saúde e a doença e que, por outro lado, resistem a qualquer transtorno que lhes possa afetar. Tal campo torna-se ainda mais complexo ao abordar o estresse dos profissionais que trabalham na Sala de Cirurgia porque implica aprofundar-se em uma área cheia de mitos e rituais, caracterizada por um coletivo especial.

A Sala de Cirurgia, dentro do Bloco Cirúrgico, apresenta interessantes peculiaridades no ambiente hospitalar por ser uma área fechada, onde são realizados tratamentos complexos e modernos, envolvendo vários profissionais. Por tratar-se de um ambiente desconhecido, com características exclusivas, é considerado um espaço especial. Por isso, torna-se muito difícil para quem não trabalha neste setor entender sua dinâmica de funcionamento. Neste local são realizados desde procedimentos de média complexidade até outros altamente invasivos, com finalidade diagnóstica, paliativa ou curativa. Durante a realização destes processos vários profissionais prestam atendimento

ao paciente. Anestesiastas, cirurgiões, enfermeiros, técnicos e auxiliares¹ de enfermagem compartilham atribuições e tarefas específicas de cada profissão objetivando deter, aliviar ou extirpar processos patológicos e beneficiar o paciente.

Os profissionais atuantes deste setor estão expostos a eventos traumáticos, vulneráveis aos efeitos do ambiente, submetidos a regras organizacionais claras e explícitas, alta densidade tecnológica, onde o objeto de trabalho é a vida humana, apresentando-se várias situações de risco, exigindo dos profissionais decisões rápidas e precisas.

Por outro lado, as equipes defrontam-se, freqüentemente, com situações inesperadas, dificuldades, ambigüidades e com a morte, provocando defensividade psicológica e experimentando níveis particularmente altos de ansiedade, depressão e estresse.

A grande responsabilidade aliada ao desafio de vencer, a dualidade vida *versus* morte, momentos cruciais de relutância e vacilações até a decisão geram um ambiente tenso e com nível elevado de estresse, repercutindo psicologicamente em toda equipe.

Neste ambiente de relações complexas, que é o Bloco Cirúrgico, escolhi a equipe multiprofissional para realizar um estudo de caso, traçando como objetivo estudar as condições geradoras de estresse e suas conseqüências sobre a vida laboral dos profissionais que trabalham nas Salas de Cirurgias de um hospital universitário de grande porte, procurando compreender a configuração das práticas e dos saberes manifestados pela singularidade dos sujeitos, na manipulação do seu objeto de trabalho, entendendo, como Minayo (1992), que as características das singularidades contêm o conjunto das determinações da totalidade.

Neste século, a psicologia tem aprofundado seu estudo sobre o estresse. Na área ocupacional, este assunto tem recebido atenção especial porque suas conseqüências afetam negativamente o nível de satisfação, produtividade, saúde e desempenho dos empregados (Schimidt, 1993; Crandall, Perrew, 1995). Estes efeitos apresentam-se de forma mais intensa entre os trabalhadores cujas atividades envolvem o inter-relacionamento de profissionais de várias áreas (Howard, Cunningham, Rechnitzer, 1978; Schwab, Iwanick, 1982; Gmelch, Swent, 1982). O estresse elevado gera

¹ No local de estudo desta pesquisa, Bloco Cirúrgico (BC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), não existem mais auxiliares de enfermagem no quadro funcional.

dificuldades de atenção e concentração, confusão mental, perda temporária da memória, irritabilidade, cansaço e mal-estar generalizado que propiciam a ocorrência de inúmeros acidentes (Lipp, Malagris, 1996). Considerando que um nível elevado de estresse pode ser uma ação desorganizadora na mente e no comportamento humano, ocasionando um impacto multiplicador, não só para o indivíduo em si, mas também repercutindo diretamente para os recebedores dos seus serviços (Lipp, Sassi, Batista, 1997), acredito ser de extrema relevância uma investigação, visando o aprofundamento e compreensão de como um grupo com tantas responsabilidades percebe as condições geradoras de estresse e suas conseqüências sobre a vida laboral.

Existem vários estudos sobre o estresse dos profissionais da saúde, principalmente dos que trabalham em áreas críticas do hospital, tais como Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), geralmente direcionados a categoria específica de profissional. Referentes a Bloco Cirúrgico, encontram-se muitos estudos quantitativos, direcionados a amostras representativas das diversas categorias profissionais. Lipp, Sassi e Batista (1997), em estudo sobre “Stress Ocupacional na Equipe Cirúrgica”, analisaram amostra de médicos (cirurgiões e anestesistas); usando a “Escala Analógica de Stress” (EAS) e o “Inventário de Sintomas de Stress” (ISS), concluíram que é grande o estresse ocupacional dos médicos durante um procedimento cirúrgico.

Esses estudos quantitativos não esgotam e não revelam a dimensão total do processo; nesse sentido, concordo com Minayo (1992, p. 251) quando diz:

Em qualquer processo social, o objeto saúde oferece um nível possível de ser quantificado, mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis. (...) refiram-se ao indivíduo ou a um grupo social, os fenômenos referentes à Saúde são complexos e o reconhecimento da sua complexidade dinâmica é requisito indispensável para pensá-los cientificamente (...) o fato aparentemente mais simples é um complexo de relações. Qualquer ser humano, qualquer grupo ou classe social é uma multiplicidade de relações e de relações entre relações.

Os profissionais apresentam diferentes vivências e experiências e como sujeitos ativos que interagem com um mundo significativo e estruturado, percebendo-o de maneira singular (Chauí, 1998). Entendo que este mundo apresenta uma realidade estruturada e ao mesmo tempo estruturante, pois os sujeitos em contato com ela interagem, transformando-a. Por isso, este estudo deverá privilegiar todos os

profissionais que atuam no Bloco Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, envolvidos no processo de trabalho dentro da Sala de Cirurgia.

É de Manheim a frase, citada por Minayo (1992, p. 252), *qualquer situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, a maneira como a experimentam, suas tensões assim concebidas.*

Para entender o campo a investigar, torna-se necessário fazer um recorte que corresponda ao objeto da investigação.

Diz Ball (1995) que o Bloco Cirúrgico é um dos setores do hospital tremendamente afetado pela explosão tecnológica das últimas décadas. Os profissionais que trabalham neste ambiente, durante os últimos 25 a 30 anos, testemunharam e participaram de um grande número de modificações que ocorreram nos procedimentos técnicos, na instrumentação e nos equipamentos usados no decorrer dos avanços na cirurgia (Meeker, Rothrock, 1995).

Vários são os fatores que podem desencadear o estresse na Sala de Cirurgia. O desenvolvimento contínuo da tecnologia, os detalhes do ambiente, a gravidade do paciente, os tempos previstos, a organização do processo de trabalho², as intercorrências, a responsabilidade do êxito, bem como atenta comunicação entre a equipe poderão determinar o nível de estresse.

O ritmo intenso e extenuante imposto no ambiente de Bloco Cirúrgico, as jornadas extensas de trabalho cumpridas por médicos residentes e pessoal de enfermagem constituem não só causa de fadiga física como também mental, onde a tensão psíquica se faz presente de modo altamente significativo. Cirurgias de grande porte obrigam tais equipes a permanecerem prolongadamente em posições inadequadas e desgastantes contribuindo, também, para a gênese da mencionada fadiga. As características da organização do trabalho são apontadas, igualmente, como geradoras de estresse. Seligmann-Silva (1994) diz que trabalhos que requerem uma grande concentração de atenção por muitas horas, exigindo rapidez, provocam tensão e fadiga mental de modo mais específico. O nível de responsabilidade envolvido na função e nos atos cirúrgico praticados é outro aspecto que deve ser considerado.

²Organização do trabalho compreende as relações de poder, responsabilidade, modalidade de comando, sistema hierárquico, divisão do trabalho e conteúdo da tarefa (Dejours, Abdoucheli, Jayet, 1994).

O estresse laboral é um assunto interessante e atual. Quando esse tema é direcionado aos trabalhadores da saúde, torna-se mais preocupante porque são profissionais que deveriam manter-se em perfeitas condições físicas e mentais para prestar um atendimento de excelência aos pacientes. Nestes últimos tempos a mídia vem dando atenção especial, discutindo freqüentemente, em reportagens e artigos, este assunto e os problemas que ele pode acarretar. Em uma reportagem, Camargo (1999) diz que o estresse é uma conseqüência inevitável da vida moderna, o trabalho aumentou e o estresse está lotando de enfartados, deprimidos e ansiosos os consultórios médicos. Leibovich (apud Camargo, 1999) cita os médicos e enfermeiros como algumas das profissões mais estressantes. Em outro artigo mais recente, as jornalistas Poles e Boccia (2000) dizem que a profissão de médico no Brasil impõe uma rotina desgastante e segundo elas, a Fundação Oswaldo Cruz detectou que de cada dez, seis médicos têm mais de três empregos, ganhando em média R\$ 1.300,00. A baixa remuneração, aliada à pressão da responsabilidade, capacidade de trabalho aparentemente inesgotável e relutância em reconhecer que nem sempre é possível salvar a vida, torna-os vulneráveis ao estresse típico da profissão. Assim a exaustão física, o sofrimento psicológico e o acesso fácil a drogas podem induzi-los ao consumo exagerado de algumas substâncias.

Outro elemento que contribui para aumentar a tensão da equipe que atua em Sala de Cirurgia é o conjunto de expectativas do paciente e familiares que geram um estado de dependência total destes em relação à equipe cirúrgica. A cirurgia significa um ato de confiança e aceitação do paciente. Este confia na decisão, nos conhecimentos técnico-científicos e na idoneidade da equipe; não avalia a complexidade das ações, mas acredita na qualidade da assistência que lhe será prestada. Para corresponder a esta confiança, a equipe assume o compromisso da prestação de assistência qualificada.

Fica evidente que a multiplicidade de estressores, com sobreposição de diversas variáveis geradoras de tensões, e a complexidade das interações constituem um grande desafio ao estudo dos mesmos.

A área temática desta pesquisa, estresse ocupacional na Sala Cirúrgica, foi dirigida na busca do entendimento e da compreensão da realidade manifestada pela expressão dos profissionais da Sala de Cirurgia, permitindo esclarecer os processos revelados como os mais importantes fatores de geração do estresse.

2 A DEFINIÇÃO DAS BASES DO ESTUDO

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total.

Minayo (1992, p. 15)

2.1 A SITUAÇÃO-PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

A equipe multidisciplinar do Bloco Cirúrgico atua em uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados. Buscando prestar o melhor atendimento para o restabelecimento da saúde do paciente, a equipe muitas vezes relega sua própria saúde a um plano secundário. Pesquisas demonstram que os médicos apresentam um nível de saúde física melhor do que a média das demais pessoas, porém a saúde mental encontra-se fragilizada. O estresse ocupacional tem sido responsabilizado por um alto nível de ansiedade e depressão, um alto índice de suicídio, uso abusivo de álcool e adição a drogas na classe médica (Lipp, Sassi, Batista, 1997).

A facilidade de acesso ao medicamento aliado ao estresse típico da profissão têm levado médicos a usarem drogas de uso hospitalar, como morfina. Isto é um fenômeno mundial entre os *homens de branco*, sendo considerado uma espécie de doença ocupacional (Poles, Boccia, 2000). O psiquiatra Coombs (1997), preocupado há mais de duas décadas com as drogas, no seu último livro apresenta entrevistas com mais de 100 profissionais entre médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e outros, denominados por ele como profissionais da saúde deteriorados pelas drogas. O psiquiatra refere-se a estes profissionais como “profissionais de pedestal” vindo ao encontro do que as jornalistas Poles e Boccia (2000) dizem na sua reportagem que *para qualquer pessoa é*

difícil assumir a dependência química, que dirá para os médicos, acostumados à idéia de que os doentes são os outros. Coombs (1997) apresenta depoimentos de médicos alcoolistas que, freqüentando os Alcoólatras Anônimos, descobriram surpresos outros colegas com o mesmo problema, pois se consideravam únicos na sua categoria e dificilmente compartilham o problema por sentirem muita vergonha. A adição de drogas não é o principal problema entre estes profissionais, entretanto, o abuso de bebidas alcoólicas também vem se destacado nesse meio. Dados divulgados pelo *International Doctors in Alcoholics Anonymous (IDAA)*, dizem que *de cada dez profissionais médicos vítimas de dependência, nove são alcoólatras* (Poles, Boccia, 2000, p.80).

No Brasil um estudo desenvolvido na Universidade de São Paulo, dirigido pelo psiquiatra Arthur Guerra, identificou o álcool como substância mais usada pelos estudantes de medicina (Poles, Boccia, 2000). Pesquisa sobre estresse da enfermagem no Bloco Cirúrgico constatou uma correlação significativa entre o nível de estresse e tempo de serviço no Bloco Cirúrgico, isto é, quanto maior o tempo de serviço maior o nível de estresse (Bianchi, Salzano, 1991).

O fato dos trabalhadores da Sala de Cirurgia terem como objeto de trabalho a saúde e a vida de seus pacientes, coloca-os como indivíduos submetidos a situações de grande tensão e risco para o estresse. Por força de tal reconhecimento, considero que as especificidades do trabalho neste setor podem gerar condições singulares de morbidade nestes indivíduos.

Observo que em um ambiente gerador de estresse, o sujeito, em geral, o percebe como tal. O Bloco Cirúrgico é um ambiente de trabalho percebido como estressante pelos profissionais que nele trabalham. A percepção do sujeito em relação ao mundo exterior é sempre uma experiência dotada de significação. O ambiente percebido é qualitativo, significativo, estruturado e estando nele como sujeito ativo, interage, dando às coisas e fatos percebidos novos sentidos e valores, estruturando-os. O percebido é dotado de sentido, sendo vinculado à história de vida, fazendo parte do mundo e das vivências de um indivíduo (Chauí, 1998). A forma como o sujeito percebe o meio, portanto, é um fator relevante que irá determinar sua reação.

Um fator que influencia a forma como o indivíduo percebe o meio é seu padrão de comportamento. A literatura tem trazido evidências que consideram o tipo de personalidade como fator determinante na reação ao estresse. Dois cardiologistas

americanos, Meyer Friedman e Ray Rosenman, definiram padrões específicos de comportamentos, denominando-os de tipo A e tipo B. As pessoas designadas como portadoras do padrão de comportamento tipo A, apresentam hostilidade competitiva e urgência de tempo; por isso, são mais propensas a doenças coronarianas e mais suscetíveis ao estresse. Sujeitos com padrão de comportamento do tipo B exibem qualidades contrárias, apresentando-se menos agressivos, calmos, sem pressa e menos propensos a lutarem pelos objetivos (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

Saindo da perspectiva individual e penetrando na dimensão coletiva do processo saúde-doença em um grupo de trabalhadores, percebe-se que todo o fenômeno humano é também um fenômeno social; portanto, o processo pode ser influenciado tanto pelos agentes sociais, como pelo ambiente e a organização do trabalho. O comportamento humano é determinado pela de inter-relação do indivíduo com o grupo do qual faz parte (França, Rodrigues, 1997).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) trazem uma contribuição fundamental para aqueles que buscam a compreensão do dinamismo psíquico subjacente à percepção do vínculo trabalho-saúde. Os autores estudam as relações que se estabelecem entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico, ou seja, as condições de trabalho afetam a saúde do corpo e a organização do trabalho afeta a saúde da mente. Consideram como condições de trabalho o ambiente físico, químico e biológico. Já a organização do trabalho compreende as relações de poder, responsabilidade, modalidade de comando, sistema hierárquico, divisão do trabalho e conteúdo da tarefa.

Toda organização de trabalho é um sistema social formado por pessoas com seus valores, sentimentos e comportamentos, bem como com normas e regras organizacionais claras e explícitas. O trabalhador age no sentido de afastar-se daquilo que o faz sofrer e aproximar-se do que lhe traz satisfação.

No ambiente de trabalho existem variáveis universais que irão interferir diretamente no equilíbrio físico-psíquico do trabalhador. Albrecht (1988) define as principais variáveis, sendo: carga de trabalho, contato humano, variáveis físicas, *status* do trabalho, desafio físico e mental, variedade de tarefas e prestação de contas. Fazendo uma comparação entre as variáveis citadas por esse autor e o que ocorre no Bloco Cirúrgico, posso perceber que cada uma dessas estão intimamente relacionadas com o tema estudado. Passei, então, a traçar um paralelo comparativo entre as variáveis citadas e o

apresentado em nossa realidade.

Quanto à carga de trabalho, tanto a equipe médica quanto a de enfermagem que atuam no Bloco Cirúrgico enfrentam jornadas extensas. Estas são muito freqüentes para os trabalhadores da enfermagem por necessidade do serviço, devido à falta de pessoal ou por ocorrências de cirurgias de grande porte de urgência, tais com transplantes (hepático, cardíaco e outros) que exigem maior necessidade de pessoal. Os anestesistas e cirurgiões atuam em vários hospitais, obrigando-se a trabalhar em qualquer hora do dia ou da noite, para adequar-se à disponibilidade de horários e de oferta das salas cirúrgicas nos Blocos Cirúrgicos de vários hospitais, pois, além de serem empregados de alguma(s) instituição(ões), são também profissionais autônomos.

Quanto à variável contato humano, citada por Albrecht (1988), observei que todos profissionais trabalhando no Bloco Cirúrgico estão constantemente ligados à emaranhado de relações entre os pacientes, familiares e vários profissionais de diversas áreas.

A variável física também é muito presente no Bloco Cirúrgico, pois, além de ser uma área fechada com iluminação artificial, que faz os profissionais muitas vezes perderem a noção do tempo e “neurotizar” o ambiente de trabalho, existe uma diversidade de equipamentos e materiais maior do que outras áreas do hospital.

O *status* de trabalho está muito presente nos profissionais que trabalham nesta área. Notei que os cirurgiões sentem-se mais poderosos que seus colegas de outras áreas clínicas. A enfermagem sente-se diferenciada por dominar uma alta tecnologia desconhecida pela maioria dos profissionais de enfermagem que trabalham em outras áreas. Além disso, estabelece-se uma relação muito estreita entre a equipe médica e de enfermagem pela convivência diária, contínua, diversificada e “cúmplice” entre eles. Por tudo isso, os profissionais da equipe multiprofissional assumem uma responsabilidade de vencer sempre. A perda de um paciente ou o insucesso de um procedimento cirúrgico não pode ocorrer na concepção desses profissionais, sendo o nível de exigência contínuo.

O desafio do ambiente físico citado por Albrecht (1988) como variável, também está presente no Bloco Cirúrgico com o enfrentamento de situações difíceis e momentos cruciais de relutância e vacilações até a decisão, vivido pelos profissionais que trabalham nesta área.

A variedade de tarefas é com certeza imensa dentro de um Bloco Cirúrgico, e será

maior quanto mais especialidades cirúrgicas este setor estiver apto a atender. Além de envolver vários profissionais de formação diferentes, habilitados para exercer tarefas diferenciadas, cada especialidade cirúrgica tem suas especificidades que devem ser atendidas, tornando os profissionais altamente especializados.

Por último, vou traçar o paralelo comparativo da última variável citada por Albrecht (1988), a prestação de contas. Esta variável apontada pelo autor também é bem acentuada no Bloco Cirúrgico, porque além de ter que prestar conta dos seus atos aos familiares que aguardam ansiosos na sala de espera por resultados, os profissionais cobram-se mutuamente tendo que prestar contas à instituição que tem suas normas, rotinas e hierarquia que devem ser respeitadas.

Com tantas variáveis a serem controladas, é comum o surgimento do estresse no trabalho. Grandjean (1998) define o estresse no trabalho como um estado emocional, causado por uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo. Nora (apud Camargo, 1999) acredita que a sobrecarga define o estresse laboral, quando o profissional não consegue mais cumprir as exigências de sua atividade, independente se causados por fatores pessoais ou profissionais. É um fenômeno subjetivo e depende da compreensão individual da incapacidade de gerenciar as exigências do trabalho. Grandjean (1998) cita condições que podem representar sobrecargas no sentido de estresse: supervisão e vigilância do trabalho; grau de complexidade do trabalho; o ambiente físico; a responsabilidade pela vida e pelo bem-estar dos outros; as exigências de trabalho; a segurança de emprego e insatisfação; e estresse no trabalho, todas elas presentes no Bloco Cirúrgico, como comentado anteriormente.

O estresse laboral poderá causar problemas graves à saúde do trabalhador. Uma vez instalado o estresse tornará o trabalho penoso provocando uma cadeia de reações psicossomáticas no organismo difíceis de se controlar. Os primeiros indícios de que algo não anda bem no trabalho manifestam-se através de cansaço, sono, incapacidade de concentração, irritabilidade e baixa tolerância ao ruído. Os sintomas vão variar conforme o indivíduo. Após essa primeira fase, os sintomas tendem a evoluir para problemas mais sérios como problemas cardíacos, respiratórios, depressão e outros (Albrecht, 1988; França, Rodrigues, 1997). Os estressores ocupacionais diferem de acordo com o tipo de organização e características do ambiente de trabalho. O profissional percebe o estressor

conforme sua personalidade e história de vida, podendo gerar reações emocionais e fisiológicas diferentes. Cada trabalhador terá sua própria combinação de estresse da vida, estresse do trabalho e habilidades de alívio do estresse, cujo somatório determinará seu grau geral de estresse num determinado momento.

2.2 DESENHANDO O CENÁRIO

A Sala de Cirurgia é um lugar muito especial porque está localizada dentro do Bloco Cirúrgico, área fechada do hospital, com interessantes peculiaridades no ambiente. Este setor faz parte do Centro Cirúrgico que é formado pelas unidades de Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Materiais e Esterilização. Os dois primeiros prestam assistência direta ao paciente e o último tem a função de apoio, contribuindo com o preparo e esterilização de todos instrumentais usados no Bloco Cirúrgico e em todas demais unidades do hospital. Nestes setores trabalham vários profissionais, atuando em uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos, integrados, que permitam prestar atendimento ao paciente no perioperatório.

O termo perioperatório é utilizado tanto no círculo de enfermagem como no médico para denominar as três fases da assistência ao paciente: pré-operatório, intra ou transoperatório e pós-operatório. A prática perioperatória gira em torno de cada paciente submetido à intervenção cirúrgica (Meeker, Rothrock, 1995).

É importante introduzir-se no cenário de estudo a partir de um breve histórico, fazendo um recorte que permitirá situar o ambiente e compreender o objeto de reflexão.

A arqueologia, com suas descobertas, permite acreditar que povos primitivos já realizavam procedimentos cirúrgicos. Na Europa foram encontrados crânios trepanados de dez mil anos de idade (Beland, Passos, 1979; Andrade-Silva, Rodrigues, Cesaretti, 1997). Na medicina primitiva acreditava-se nos poderes sobrenaturais; por isso, o objetivo das cirurgias não era o de atingir o físico do paciente, mas sim o de expulsão dos espíritos malignos.

Na Babilônia, em 2242 a.C., os cirurgiões eram considerados uma classe inferior e eram punidos com a amputação dos dedos, caso cometessem algum erro. Na Grécia, nos séculos VI e V a.C., surgiu a Medicina e com ela as primeiras escolas médicas (Andrade-Silva, Rodrigues, Cesaretti, 1997).

A palavra cirurgião é derivada do grego e significa “mão” e “trabalho”. No período de 460 a 377 a.C. surgiu Hipócrates, conhecido como o “pai da Medicina”. Ele traçou normas éticas para a classe e lhe deu cunho científico. Galeno (131 a 210), cirurgião grego que viveu em Roma, deu grande contribuição para o estudo da anatomia.

No período medieval a cirurgia caminhou lentamente devido à proibição, por decreto papal, da realização de atos operatórios. A Medicina caiu no descrédito e os doentes procuravam na religião solução para as doenças. Surgiram os sanatórios, abrigos para doentes, velhos e desamparados; somente no século XIII estes estabelecimentos transformaram-se em instituições médicas.

A Renascença também teve influência no histórico da Medicina. Várias descobertas neste período contribuíram para o seu desenvolvimento e, particularmente, da cirurgia.

Séculos passaram e a infecção constituía um sério problema para as cirurgias. Semmelweis, da Universidade de Viena, em seu clássico trabalho, de 1847, sobre a “febre puerperal”, foi o pioneiro a instituir a lavagem das mãos para prevenir a infecção (Couto, Pedrosa, Nogueira, 1997). Pasteur (1822-1885) demonstrou, através da fermentação do vinho, o papel das bactérias. Lister (1827-1912) conjugou as descobertas de Semmelweis às de Pasteur e iniciou o uso de substâncias anti-sépticas nas cirurgias, com o objetivo de prevenir infecções (Andrade-Silva, Rodrigues, Cesaretti, 1997).

O grande mérito da microbiologia foi o de ser capaz de ampliar o conhecimento humano sobre a biologia molecular dos microrganismos, permitindo a identificação dos agentes pelo código genético.

Toda essa evolução, aliada à explosão tecnológica, infinidade de drogas, técnicas de suporte vital, sofisticadas e contínuas inovações, permitiram a realização, no século XX, de procedimentos cirúrgicos mais complexos, tais como transplantes de órgãos. Este desenvolvimento não foi capaz de modificar o ambiente cirúrgico, ainda permeado de mitos e rituais, há muito estabelecidos e não legitimados por meio de pesquisas, persistindo na prática diária. A literatura cita alguns temas sugerindo a presença de mito e ritual, tais como: preparo pré-operatório do paciente, roupa privativa e paramentação, condições da Sala de Operação e equipe cirúrgica (Redfern, 1998). Estes mitos e rituais coadunam-se para tornar o Bloco Cirúrgico um lugar mais diferenciado.

Este desenvolvimento científico tecnológico não conseguiu, porém, modificar o significado da cirurgia para o paciente e seus familiares. A cirurgia é um evento

marcante, gerador de estresse; assim sendo, o paciente apresenta, em qualquer procedimento cirúrgico, as mais diversas reações psicoemocionais, sendo a ansiedade a mais freqüente. A cirurgia invade a intimidade das pessoas, não só nos aspectos físico e psicológico como também no social, originando muito temor devido ao medo do desconhecido. A cirurgia significa um ato de confiança, aceitação e submissão do paciente em relação à equipe cirúrgica. O procedimento ao qual será submetido irá determinar alterações estruturais e funcionais no seu organismo, que exigirão uma adaptação física, emocional e social.

Para realização das cirurgias é necessário dispor de um local específico equipado permitindo assistência qualificada ao paciente. No contexto hospitalar existe uma área crítica restrita denominada Unidade de Centro Cirúrgico, que o Ministério da Saúde define com sendo o conjunto de elementos destinado às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação anestésica e pós-operatória (Brasil, 1987).

A Unidade de Centro Cirúrgico representa um lugar de relevante importância no hospital, considerando-se as finalidades a que se destina, bem como a complexidade da assistência prestada no atendimento de pacientes que necessitam deste tratamento, em caráter eletivo ou emergencial.

Para que sejam desenvolvidas as atividades específicas de maneira eficiente, harmoniosa e sincronizada, proporcionando segurança ao paciente e à equipe, torna-se necessário o planejamento e a organização desta unidade a fim de alcançar os objetivos desejados.

No planejamento e na organização da unidade é importante prever todos os materiais e recursos humanos necessários para a realização da cirurgia em condições técnicas e assépticas ideais, proporcionando uma assistência integral aos pacientes, em todo o período perioperatório. Este planejamento deverá ser embasado nas disposições normativas do Ministério da Saúde (Brasil, 1994), dando-se destaque à localização, estrutura física, equipamentos e materiais necessários para um bom funcionamento. Mais importante do que a planta física é a existência de instrumental e pessoal, em quantidade e qualidade suficientes, permitindo a realização da cirurgia (Zannon, Neves, 1987). Por ser uma organização de trabalho, precisa ter uma política definida, regulamento, normas, rotinas, medidas de segurança e protocolos norteando o processo de trabalho de toda a equipe.

A Sala de Cirurgia é uma área física fundamental do Bloco Cirúrgico porque nesse local são realizados os procedimentos altamente invasivos; por isso, é denominada área crítica. Ela deverá ser equipada com móveis a fim de atender o ato cirúrgico, de acordo com a especificidade, e montada com materiais considerados básicos e específicos, de acordo com o tipo de cirurgia. Não só o ambiente físico faz parte da Sala de Cirurgia, mas também a equipe que nela atua.

2.3 PRESSUPOSTO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Minayo (1992) considera que o termo Hipótese possui uma conotação positivista, relacionando o conhecimento objetivo da realidade com provas estatístico-matemáticas como comprovadoras da objetividade na abordagem quantitativa e também indica que, na abordagem qualitativa, seja usado o termo *Pressuposto* para indicar os parâmetros básicos que permitem encaminhar a investigação empírica. A autora citada acredita que *na abordagem qualitativa, as hipóteses perdem a sua dinâmica formal comprobatória para servir de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica* (op. cit., p. 95). Portanto, nesta investigação de natureza qualitativa (utilizei a terminologia indicada por Minayo) proponho o seguinte pressuposto: no conjunto das relações entre ambiente de trabalho *Sensu Lato* e respostas comportamentais ao estresse produzido pelos profissionais que atuam na Sala de Cirurgia, podem ser observados padrões comuns a todos e repertórios diferenciados de respostas, segundo suas vivências, sua percepção do mundo e seu grau de responsabilidade, definido aqui por três variáveis: formação profissional, expectativa de desempenho técnico e poder/saber decisório.

Este pressuposto remete à investigação qualitativa como abordagem mais adequada do tema estresse ocupacional na Sala Cirúrgica.

O nível de estresse na equipe cirúrgica é grande durante um procedimento cirúrgico, pois os profissionais enfrentam vários estressores. O nível elevado de estresse pode ter uma ação desorganizadora na mente e no comportamento humano, ocasionando um impacto multiplicador, não só para o indivíduo em si, mas também repercutindo diretamente para os recebedores dos seus serviços. Para estudar este tema, elaborei a questão de pesquisa: quais são os agentes estressores comuns e diferenciados identificados pela equipe que atua na sala de cirurgia e como ocorre o processo de

estresse diante da prática concreta quando estes se defrontam com situações estressantes?

Objetivos

Identificar os estressores percebidos pela equipe multiprofissional que atua na Sala de Cirurgia.

Verificar os estressores comuns e diferenciados entre os profissionais envolvidos na pesquisa.

Identificar as respostas comuns e diferenciadas aos estressores apresentadas pelos profissionais na Sala de Cirurgia.

Conhecer como os profissionais da Sala de Cirurgia manejam os estressores, do ponto de vista individual e coletivo.

Para alcançar os objetivos propostos foi necessário determinar as questões norteadoras que guiaram a pesquisa.

Questões Norteadoras

De que modo os trabalhadores com formação profissional diferente percebem os estressores em uma Sala de Cirurgia?

Quais são os estressores comuns e diferenciados percebidos pelos profissionais que atuam na Sala de Cirurgia?

Que respostas comuns e diferenciadas aos estressores apresentam os profissionais, segundo sua formação?

Como cada sujeito que trabalha na Sala de Cirurgia maneja os estressores percebidos no ambiente de trabalho?

2.4 CONSTRUINDO UM REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE O ESTRESSE

A palavra estresse é derivada do latim. Era usada no século XVII para representar “adversidade” ou “aflição”. Com o passar do tempo, seu significado foi modificando-se, e, no final do século XVIII, passou a significar “pressão”, “força” ou “esforço” exercida

pela própria pessoa, seu corpo e mente (Rossi, 1991).

Em 1936, o endocrinologista canadense Hans Selye utilizou pela primeira vez a expressão “estresse”, incorporando esta palavra à medicina; por isto, ele é considerado por alguns estudiosos como o “pai do estresse” (Lipp, 1996; Grandjean, 1998). Ele, em seus estudos na Universidade de Montreal, em 1956, referiu-se ao estresse como sendo uma “resposta inespecífica fisiológica”, manifestando-se igualmente no organismo, independente do estímulo causador. Definiu o estresse como *uma reação do organismo a uma situação ameaçadora. Os estressores são as causas externas, enquanto que o estresse é a resposta do corpo humano aos estressores* (Selye apud Grandjean, 1998, p. 163).

Selye demonstrou, na sua teoria do estado de alarme orgânico, que a freqüente reintegração dos distúrbios do comportamento, as emoções e a fadiga acarretam uma alteração estrutural da córtex supra-renal semelhante a que é determinada pela introdução de altas doses de hormônios ou de substâncias tóxicas. Este estado orgânico de tensão desordenada, comportamento de alarme e estresse, provocam a reação supra-renal. Essa reação é “normal”, considerando os efeitos da corticosterona no organismo. Essas reações estruturais são denominadas, por Selye, como reações de alarme e adaptação, tendo relação tanto com a tireóide e a hipófise quanto com a supra-renal. Quando essas reações ocorrem repetitivamente desgastam o organismo, passando as reações normais a se tornarem anormais. As repetidas descargas de corticosterona geram transtornos funcionais determinando, em certos indivíduos, as doenças de adaptação, provocando manifestações orgânicas como hipertensão, úlcera e outras doenças somáticas.

A preocupação com o estresse tem conduzido a maioria dos investigadores a concordar que este exerce algum papel causal no desenvolvimento de muitas doenças somáticas.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) consideram que a medicina psicossomática salienta a unidade e interação entre mente e corpo. O termo psicossomático tornou-se parte do conceito mais amplo de medicina comportamental em 1978, pela Academia Nacional de Ciências (norte-americana).

Os mesmos autores, na tentativa de desvendar a interação entre mente e corpo, dentro da medicina, analisam a evolução histórica de várias teorias; dentre elas, destacam-se as de: Freud (1900) o qual definiu que a energia psíquica represada é

descarregada por escapes fisiológicos, referindo-se à histeria conversiva; Jelliffe e Groddeck (1910) que sustentavam que os transtornos claramente orgânicos representavam a expressão de fantasias inconscientes, ou seja, como sintomas conversivos. Ferenczi (1910) interpretou os sintomas psicossomáticos como sendo reações conversivas, aplicando este conceito a doenças como a colite; Cannon (1927) demonstrou a relação do sistema nervoso autônomo com a reação de mobilização para a luta (simpática adrenérgica) ou inibição à fuga (parassimpático colinérgico); Alexander (1934) referiu que os sintomas psicossomáticos ocorrem apenas em órgãos inervados pelo sistema nervoso autônomo e são resultados finais ou estados fisiológicos prolongados que acompanham certos conflitos inconscientes reprimidos; ainda considerou que certos fatores predisponentes genético-orgânico-constitucionais, além dos fatores psíquicos, reprimem a energia psíquica descarregando-a fisiologicamente; Dumbar (1936) sugeriu um quadro de personalidade consciente e padrão comportamental específico associado com doenças psicossomáticas específicas; Deutsch (1938) e Greenacre (1949) acreditavam que o trauma durante o nascimento, primeira e segunda infância, predispunha à doença psicossomática na idade adulta; Wolff (1943) tentou correlacionar o estresse de vida (consciente) à resposta humana de proteção psicológica, sendo que a alteração psicológica prolongada pode levar à alteração estrutural; Selye (1945) demonstrou que sob estresse desenvolve-se uma síndrome de ajustamento geral, sendo os hormônios adrenocorticais responsáveis por esta reação fisiológica; Horney (1939), Halliday (1948) e Mead (1947) salientaram a influência da cultura no desenvolvimento da doença psicossomática; Mahl (1949) acreditava que o importante é a ansiedade crônica, resultante de qualquer conflito, consciente ou inconsciente, externo ou interno; Garma (1950) tratou da extensão do conceito de conversão de Freud a um órgão inervado pelo sistema nervoso autônomo, similar ao conceito de Ferenczi; Margolin (1951) recomendou a correlação de conflitos inconscientes e resposta fisiológica; Weiner e Mirsky (1957) apoiam as observações de Alexander pelo estudo da hipersecreção pepsinógena; Ruesch (1958) salientou a importância da interação entre os indivíduos através da comunicação, ocorrendo doença somática, no caso de perturbação na comunicação; Friedman e Rosenman (1959), definem as personalidades tipo A e tipo B, sendo a do tipo A que predispõe à doença coronariana; Engel (1968) e Lipowski (1970) julgaram ser necessário um enfoque total à

doença psicossomática. Os fatores externos (ecológicos, infecciosos, culturais e ambientais), internos (emocionais), genéticos, somáticos e constitucionais e a história passada e presente são importantes e devem ser estudadas; Rogers (1979) estudou o papel da resposta imunológica. Em 1987 diferentes psiquiatras criaram o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) retirando a ênfase de holismo psicossomático na patologia e em 1994 no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), restaura o reconhecimento dos fatores psicológicos, incluindo na sua classificação as respostas fisiológicas relacionadas ao estresse afetando a condição de saúde (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

Esses estudiosos, de certo modo, relacionam a interação biopsicossocial através da abordagem psicossomática, mostrando que o organismo é todo interligado em profundas e complexas relações. Algumas destas relações referem-se às dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Mason, em 1975, demonstrou que o organismo reage de formas diferentes aos estressores; tais reações estariam provavelmente relacionadas ao grau de envolvimento emocional da pessoa. Esses pesquisadores relacionaram a resposta ao estresse com manifestações fisiológicas; porém, alguns psicólogos preocuparam-se mais com os fatores predisponentes e com os processos mentais envolvidos no estresse (Lipp, 1996; Grandjean, 1998).

Atualmente, sabe-se que o estresse pode causar tanto respostas psicológicas quanto fisiológicas.

Selye definiu o estresse como *uma reação do organismo a uma situação ameaçadora. Os estressores são as causas externas, enquanto que o estresse é a resposta do corpo humano aos estressores* (apud Grandjean, 1998, p. 163).

Estresse é definido por Lazarus e Launier (1978) como qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Alguns anos após, Lazarus e Folkman (1984) definem o estresse como uma relação especial entre a pessoa e o ambiente que é apreciada pelo indivíduo como desafiadora ou excedendo seus recursos e ameaçando o seu bem-estar.

Klaman e Doblin (1995, p 524) definem estresse como *o desequilíbrio entre as demandas externas (estressores) que se impõem sobre uma pessoa e a capacidade deste indivíduo para manejar com essas demandas em determinado momento. As pessoas*

apresentariam níveis diferentes de tolerância ao estresse. O que seria estressante para uma poderia não ser para outra.

O estresse não pode mais ser definido apenas como estímulo ou resposta. Torna-se necessário estudar não só o estímulo estressor e a resposta biológica, mas também a maneira pela qual a pessoa avalia e enfrenta este estímulo, considerando as características individuais dos sujeitos e o tipo de ambiente no qual está inserido. O estresse por si só não é suficiente para desencadear uma patologia ou para provocar uma disfunção significativa. Para que isso ocorra, é necessário associar outras condições, como vulnerabilidade orgânica ou a forma inadequada de avaliar e enfrentar a situação estressante (França, Rodrigues, 1997).

O estresse é um estado produzido no organismo, com manifestações fisiológicas e psicológicas, como resposta à manifestação do meio ambiente, que é percebida pelo organismo como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio (Lipp, 1996).

Deve-se considerar o estresse como o desequilíbrio entre as demandas externas que se impõem sobre um indivíduo e a capacidade deste em manejá-las em determinado momento. É importante identificar que o mesmo agressor que determina estresse numa pessoa poderá ser neutro para outra, e um acontecimento que pode ocasionar estresse, em uma determinada ocasião, pode não ser estressante em outro momento (Klaman, Doblin, 1995; Lipp, 1996).

Estresse em doses adequadas é um fator de motivação. Abaixo de um certo nível, provoca tédio e dispersão; porém, demasiado intenso determina ansiedade, cansaço e distúrbios que afetarão a organização do processo de trabalho. O trabalho pode ser uma atividade muito gratificante quando possui um significado especial para o trabalhador e quando oferece condições e desafios à altura de suas capacidades. No entanto, diversas pressões podem ocasionar elevado estresse, provocando um desgaste desnecessário.

Diariamente defrontamo-nos com vários estressores e sofremos inúmeros estímulos estressantes, nas mais diversas situações, tanto pessoais quanto profissionais, que são mais típicos da era contemporânea. Esses estressores são todos os agressores que causam uma quebra da homeostase interna do indivíduo, exigindo adaptação.

Torna-se necessário reconhecer estes estímulos estressores para tentar manejá-los, minimizando seus efeitos ou, então, torná-los algo positivo.

Não somos, pois, vítimas indefesas frente ao estresse. Este complexo fenômeno, como os principais tipos de estímulos estressantes; os mecanismos que o organismo desenvolve como parte da resposta ao estresse e suas conseqüências benéficas ou danosas; como pode o estresse se manter; o que pode provocar uma resposta mais intensa e o que podemos fazer para modificá-lo, são questões que, se conhecidas e adequadamente utilizadas, podem nos auxiliar a lidar e minimizar as conseqüências negativas do estresse (França, Rodrigues, 1997, p. 20).

O mundo está em contínua transformação. Estas mudanças, ocorrendo sucessivamente, terminam contribuindo para o crescimento e potencialização da própria vida. Cada indivíduo funciona num certo nível de estresse considerado aceitável; porém, este estado saudável pode ser alterado por influência de estressores que ocasionam um desequilíbrio no seu estado fisiológico e/ou psicológico. Por isso, muito mais decisivos do que os estressores em si são as reações decorrentes em cada pessoa.

Os estressores podem ser classificados em duas categorias: estressores físicos e estressores psicossociais.

Os estressores físicos são aqueles agressores que provocam estresse de origem fisiológica, provenientes de uma perturbação direta no indivíduo, provocada pelo ambiente imediato.

Os elementos que provocam dano físico no corpo humano podem ser agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos), físicos (frio ou calor extremos, radiações, choque elétrico) ou químicos (drogas aceitas ou não legal e socialmente, como o álcool, por exemplo; venenos e substâncias tóxicas), desequilíbrio nutricional, distúrbios genéticos, mecanismos imunológicos falhos e hipóxia. Portanto, qualquer agente externo que represente um grande desafio ao equilíbrio homeostático do corpo poderá provocar reação de estresse. Todos os agressores têm um efeito geral e um específico no organismo provocando o estresse somático (Albrecht, 1988; Smeltzer, Bare, 1993).

São considerados estressores psicossociais os agressores que provocam estresse de origem emocional, determinado pelos próprios processos do pensamento de um indivíduo, sem qualquer estressante físico envolvido, podendo ocorrer através da percepção de um acontecimento real (factual) ou da impressão individual de um previsto episódio. Os estressores psicossociais adquirem sua capacidade de estressor numa pessoa em decorrência de sua história de vida (Ellis, 1973; Meichenbaum, Jaremko, 1983; Lazarus, Folkman; 1984; Albrecht, 1988; Lipp, 1996).

No estresse psicossocial não existe apenas um único fator estressor, mas várias

fontes desencadeando sinais eletroquímicos, emitidos nas partes mais altas do cérebro, que, excitando o hipotálamo, darão início a toda uma cadeia de reações químicas no organismo.

Os estressores podem ainda ser classificados em agudos e crônicos, dependendo de sua duração. Um agressor agudo é aquele que se manifesta por pouco tempo, como, por exemplo, aguardar o início de uma cirurgia. As fontes de estresse crônico persistem com o passar do tempo (França, Rodrigues, 1997).

O estressor que desencadeia o processo de estresse pode ser, também, de natureza positiva ou negativa, conforme a avaliação individual, como, por exemplo, o casamento e a morte de uma pessoa; ambas requerem dispêndio de energia para adaptar-se aos eventos. A escala de Holmes-Rahe apresenta vários eventos da vida diária e os classificam em uma escala de impacto onde podemos constatar o dispêndio de energia gasto para sua adaptação (França, Rodrigues, 1997).

Os estressores afetam o equilíbrio do indivíduo, tendo cada um grau de adaptação diverso. O estresse dependerá da experiência prévia em manejar essas demandas, em determinado momento; do reajuste, conforme nível de adaptação; do tipo; número; intensidade e duração do agressor.

Canguilhem (1995) defende a tese de que os problemas das estruturas e dos comportamentos patológicos humanos serão mais facilmente compreendidos quando tomados como um todo único, por isso, na análise do comportamento humano, a interação biopsicossocial deve ser sempre considerada, visto que dependerá da interação entre três dimensões: social, biológica e psicológica.

A dimensão social incorpora valores, crenças e expectativas dos grupos sociais às influências do ambiente físico. Na dimensão biológica, as características herdadas e congênicas determinam a sua formação estrutural. Na dimensão psicológica, os processos afetivos, emocionais e intelectuais, conscientes ou inconscientes, constituirão a personalidade (França, Rodrigues, 1997).

Na dimensão social observei que em todas as sociedades existe um espectro variável entre o que se vê como comportamento social normal e anormal.

As definições sociais de normalidade e anormalidade baseiam-se nas crenças compartilhadas em um grupo cultural sobre o que constitui o modo ideal e apropriado para um indivíduo conduzir sua vida com relação aos outros. Essas crenças indicarão as

diretrizes a seguir para apresentar um comportamento culturalmente normal e definirão o comportamento anormal.

A definição social de normalidade não é uniforme ou estática. As diversas culturas apresentam um grande número de normas sociais que serão consideradas adequadas a diferentes faixas etárias, profissões, gênero e categorias sociais. Sociedades que têm códigos rígidos para o comportamento normal, em ocasiões especiais, invertem esses códigos, e o comportamento anormal transforma-se, temporariamente, em normal. Os antropólogos denominam esses fenômenos como “ritos de inversão”, que na nossa sociedade podem ser percebidos na época do carnaval. Os ritos de inversão também são controlados por normas culturalmente implícitas que determinam quando e como eles podem ocorrer. O fenômeno de possessão é outra forma de comportamento controlado por normas culturais. Ele poderá ser considerado “normal” ou “anormal” dependendo do contexto em que se manifesta. Existem normas que estabelecem quem pode ser possuído, em que local e em quais circunstâncias poderá ocorrer a possessão em certas sociedades (Helman, 1994).

Acredito que seja importante entender e expandir a abordagem, anteriormente citada, transpondo a mesma para dentro do Bloco Cirúrgico. Traçando um paralelo comparativo entre a sala de cirurgia e aquilo que o autor coloca (“normal” ou “anormal” dependendo do contexto em que se manifestam), percebo que este ambiente especial de Bloco Cirúrgico funciona muitas vezes com códigos específicos e até rígidos, onde é possível claramente identificar “ritos de inversão” durante algumas situações. Muitas vezes o cirurgião é percebido como uma pessoa maravilhosa, tranqüila e amiga, fora da sala cirúrgica, e durante o ato cirúrgico se transforma, ficando agressivo, grosseiro e “possesso”, sendo este comportamento entendido pela equipe como “normal” para aquela pessoa naquele determinado momento.

Estas situações lembram as estratégias de *cope*. Em inglês *cope* significa enfrentar algo. Na estratégia de enfrentamento o indivíduo ou o grupo, em cumplicidade entre os sujeitos, cria ritos ou regras de funcionamento, escritas ou não escritas, que regulam a equipe. Essas regras são implícitas, aceitas e compactuadas por todos. O rito é um elemento de proteção do grupo sendo, muitas vezes, utilizado no Bloco Cirúrgico pelo cirurgião ou pela equipe cirúrgica.

Lazarus e Folkman (1986) definem o enfrentamento como os esforços cognitivos e

de conduta constantemente mutáveis que se desenvolvem para manejar as demandas específicas externas e/ou internas que são avaliadas como excedentes aos recursos do indivíduo. O enfrentamento é considerado, pelos autores anteriormente citados, como um processo que deve ser analisado em três aspectos principais:

1^o) aquilo que o indivíduo *realmente*³ pensa ou faz, em contraposição com o que este geralmente faz, ou faria em determinadas condições;

2^o) o que o indivíduo realmente pensa ou faz, é analisado dentro de um *contexto específico*⁴, ou seja, para entender e avaliar o enfrentamento, necessitamos conhecer aquilo que o indivíduo enfrenta. Quanto mais exata é a definição do contexto, mais fácil será de associar uma ação ou um determinado pensamento ao ato de enfrentamento;

3^o) falar de um processo de enfrentamento, significa falar de *troca*⁴ dos pensamentos e ação, a medida que a interação se desenrola. Portanto, o enfrentamento é um processo de troca no qual o indivíduo, em determinado momento, deve contar principalmente com estratégias defensivas e em outros com aquelas que servem para resolver o problema, tudo isso à medida que vai trocando sua relação com o que está ao seu redor (Lazarus, Folkman, 1986).

O processo de enfrentamento é dinâmico, porque, as trocas que ocorrem são conseqüência das contínuas avaliações e reavaliações da mutável relação do indivíduo com o que está ao seu redor, isto é, qualquer mudança gera uma reavaliação do que está ocorrendo (Lazarus, Folkman, 1986).

O comportamento manifestado por qualquer profissional perante momentos vivenciados como estressantes, vai depender da sua forma de enfrentamento da situação apresentada. O processo de avaliação dos estímulos estressores dependerá de fatores pessoais, compromissos, crenças e fatores ambientais.

A dimensão biológica do comportamento humano pode ser explicada por vários modelos e teorias.

O modelo de multicausalidade das doenças enfatiza a relação entre o organismo e o ambiente como fator determinante no desenvolvimento ou não da doença. Abandonam-se as teorias unicasais, acreditando que uma pessoa não fica doente somente em função da existência de agentes agressores no ambiente, mas pelo fato de estar sensível a ação

³ O itálico é literal dos autores.

⁴ O itálico é literal dos autores.

destes elementos. Resumidamente, a teoria da multicausalidade implica na seguinte noção:

Há uma interação recíproca entre os múltiplos fatores envolvidos na causalidade das doenças, como o potencial patogênico do agente agressor (seja microorganismo, químico ou físico), a susceptibilidade do organismo que recebe a agressão, e o ambiente (entendido como biopsicossocial) a que todos estão imersos. Vale a pena destacar que a idéia de multicausalidade denuncia que as teorias unicasais apresentam apenas uma fração ou fatia de realidade, impedindo uma visão mais ampla sobre a realidade social (França, Rodrigues, 1997, p. 15).

A tese do século XIX, em grande parte aceita, sobre as relações do normal e o patológico trata que os *fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, salvo pelas variações quantitativas* (Canguilhem, 1995, p. 17).

Será que a patologia é apenas uma alteração quantitativa do estado normal?

Canguilhem (1995, p. 106) afirma que:

A anomalia é a conseqüência da avaliação individual (...). O anormal não é o patológico. Patológico implica em pathos, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal.

Continuando, encontro a seguinte afirmação:

Distinguindo anomalia de estado patológico, variedade biológica de valor negativo, atribui-se, em suma, ao próprio ser vivo, considerando em sua polaridade, dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença. Isto significa que em matéria de normas biológicas, é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência (Canguilhem, 1995, p. 144).

França e Rodrigues (1997) dizem que as diferentes respostas individuais ou grupais decorrentes da percepção do estresse devem sempre ser consideradas, podendo variar tanto qualitativa como quantitativamente. A pessoa reconhece a situação baseada nas experiências passadas, e isto irá determinar a forma dela perceber o estresse e de que maneira irá enfrentá-lo. O indivíduo avaliará o momento vivenciado, dando-lhe um significado, tendo a responsabilidade de identificar se o acontecimento provocou o estresse, pois um mesmo fator estressante, para uma pessoa pode ser motivo de grande alegria, enquanto para outra, causa de muito sofrimento e doença.

Uma vida sem estressores ou sem estresse seria não só artificial, mas também monótona e enfadonha (Grandjean, 1998). O fenômeno estresse não é bom, nem ruim. É onipresente em nossas vidas e embora se acredite que o estresse pode ser evitado, na

realidade ele faz parte normal do mundo cotidiano (Klamen, Doblin, 1995).

Tendo assim mais conhecimento, podemos tentar manejá-lo e minimizar seus efeitos ou torná-los algo positivo; no conceito de Síndrome Geral de Adaptação desenvolvido por Selye esse esforço de adaptação denomina-se *eustress*. Quando as situações enfrentadas são percebidas como difíceis, o organismo é ativado com objetivo de mobilizar recursos para o enfrentamento, e quando a demanda for excessiva surge o *distress*. Portanto, as variações individuais e o componente situacional irão interferir na resposta do estresse (França, Rodrigues, 1997).

A teoria Heurística Biocultural considera que os fatores biológicos e o ambiente atuam conjuntamente sobre todo o ciclo da vida do indivíduo, produzindo variações fisiológicas e psicológicas. O esquema heurístico inclui parâmetros biológicos, ecológicos, sociológicos, culturais e demográficos, podendo todos esses elementos serem encontrados a qualquer momento, produzindo respostas. Com tantas variáveis, parece improvável prever, de maneira universal e categórica, um acontecimento particular. As teorias tradicionais foram inicialmente úteis, ordenando nossos conhecimentos sobre as variações sociais e culturais; porém, uma vez detectadas as armadilhas desse sistema, parece mais adequada uma abordagem evolucionista (Katz, 1978).

Segundo Canguilhem (1995, p. 16-7):

O problema geral do normal e do patológico pode, do ponto de vista médico, dividir-se em problema teratológico e em problema nosológico e este último, por sua vez, em problema de nosologia somática ou de fisiopatologia, e em problema de nosologia psíquica ou psicopatologia.

Hans Selye estudou, em 1936, quando fazia suas primeiras experiências em ratos de laboratório, a reação fisiológica que o estresse provoca no organismo, através da química hormonal; constatou que o estresse é uma cadeia que, desencadeada por um estímulo, começa no cérebro posterior, aumentando alguns hormônios (adrenalina e noradrenalina) produzidos pelas glândulas supra-renais. Estes hormônios, conhecidos como catecolaminas, podem ser encontrados na urina e, algumas vezes, são usados para avaliar o estresse (Albrecht, 1988; Grandjean, 1998).

A tríade, descoberta por Selye, nos ratos, caracterizava-se por glândulas supra-renais aumentadas, com excesso de adrenalina; úlceras estomacais e intestinais,

decorrentes do estímulo exagerado e irritação química; timos e nódulos linfáticos encolhidos, como sinal de degeneração. Com o passar do tempo, pesquisadores médicos encontraram em seres humanos a mesma tríade de degeneração dos órgãos (Albrecht, 1988).

Para Selye as doenças do estresse são conseqüências de uma adaptação insuficiente do organismo aos estressores. Estímulos internos e externos são percebidos e interpretados pelo cérebro, transformando-os em impulsos eletroquímicos.

Lipp (1996) refere que Everly definiu a reação do estresse em três eixos psicossomáticos. O eixo neural atua através do hipotálamo, ativando os ramos simpáticos ou parassimpáticos do sistema nervoso autônomo, passando pela medula e manifestando-se somaticamente no órgão afetado. O simpático estimula o órgão e o parassimpático inibe. Nos casos de situação estressante por período longo, o eixo neuroendócrino é ativado e a medula adrenal produz catecolaminas (adrenalina e noradrenalina). O eixo endócrino adrenal-cortical, somatotrópico, tireóide e pituitário-posterior só é ativado em caso de estresse muito intenso. Sua ação origina-se no hipocampo, descendo os impulsos neurais para o hipotálamo onde a corticotropina é liberada para a glândula pituitária, produzindo vários hormônios que agem sobre órgãos-alvo.

Na hierarquia de controle para o sistema hipofisário-supra-renal existem três níveis funcionais de organização do cérebro: no nível mais alto, o córtex, são interpretadas as cognições (aprendizado social, memória); no nível intermediário, as emoções são interpretadas no sistema límbico; e o nível mais baixo ocorre no hipocampo, onde os instintos básicos são interpretados. O córtex, o sistema límbico e o hipotálamo interagem em resposta ao agressor, determinando o tipo e a intensidade das respostas simpáticas e hipofisário-supra-renais (França, Rodrigues, 1997).

Em todas as situações estressantes ocorre a resposta fisiológica desencadeada pela resposta simpático-medular da supra-renal. As manifestações fisiológicas variam; porém, a resposta neuroendócrina é a mesma.

Atualmente, sabe-se que as alterações químicas complexas desencadeadas no organismo como resposta ao excesso de estresse geram respostas fisiológicas com manifestações doentias. Uma das primeiras reações que se manifesta no corpo, quando confrontado com o estresse, é a alteração da respiração, seguida de perturbações de

natureza funcional do órgão da digestão ou do sistema cardiovascular. Contratura muscular, incluindo espasmos musculares com dores nas costas, ombros, peito e cefaléia também são freqüentes. Outros sintomas são: insônia, dificuldade de concentração, palpitação, aceleração cardíaca, mãos e pés frios e suados, suor na testa e axilas, secura na boca, distúrbios digestivos, fadiga crônica, fraqueza, aumento no consumo de cigarros e bebidas alcoólicas. Mantendo esses sintomas por muito tempo, a tendência do organismo é piorar o quadro, aumentando a possibilidade de doenças cardiovasculares, tonturas, enxaquecas, úlceras e colite (Rossi, 1991).

Ao conjunto de modificações desencadeadas no organismo perante situações de estresse, Selye denominou Síndrome Geral de Adaptação, que consiste em três fases: reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão. Na reação de *Alarme*, o sujeito apresenta aumentos da freqüência cardíaca, da pressão arterial, da concentração de glóbulos vermelhos e brancos, da concentração de açúcar no sangue e da freqüência respiratória, dilatação dos brônquios e da pupila e ansiedade. A esta fase segue-se outra, a de *Resistência*, na qual se manifestam ulcerações no aparelho digestivo, irritabilidade, insônia, mudanças no humor, diminuição do desejo sexual, aumento do córtex da supra-renal e atrofia de algumas estruturas relacionadas à produção de células do sangue. A terceira e última fase é a de *Exaustão*, representando falhas dos mecanismos de adaptação; há um retorno parcial e breve à fase de *Alarme* seguido de esgotamento por sobrecarga fisiológica, podendo levar à morte do organismo se o estímulo estressor permanecer potente (França, Rodrigues, 1997).

Portanto, as doenças relacionadas à estimulação excessiva ou retardo do funcionamento de um órgão podem ser consideradas como um componente de estresse na sua ontogênese. As doenças e disfunções mais freqüentes são: hipertensão arterial, tensão pré-menstrual, obesidade, psoríase e úlceras gastroduodenais. Outras patologias como herpes, lúpus, vitiligo e doenças imunológicas parecem ter em sua etiologia o estresse como fator psicopatogênico. Existe uma correlação entre os aspectos físicos e psicológicos inseparável durante a resposta do estresse; por isso, sugere-se que as doenças relacionadas ao estresse sejam denominadas como psicofisiológicas (Lipp, 1996).

Se na dimensão social e biológica, discutidas anteriormente, torna-se difícil estabelecer o limite entre a normalidade e a anormalidade, maior dificuldade é encontrada na dimensão psicológica.

Segundo Canguilhem (1995, p. 145):

Se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso (...). A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos (...). Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe.

O estresse age no processo de pensamento interferindo sobre a saúde mental das pessoas. O pensamento desencadeia no cérebro reações químicas, levadas pela corrente sangüínea para todo o organismo, afetando órgãos-alvo.

Em presença dos estressores, as faculdades mentais conscientes (verbais, lógicas e analíticas), de nível mais elevado, ficam um pouco de lado em favor das funções cerebrais mais primitivas (raiva, desespero e frustração).

A pessoa é vítima dos processos interiores químicos de seu corpo, embora lute para manter a capacidade de raciocínio para enfrentar o estresse. Esse fato químico influencia diretamente na saúde mental e, conseqüentemente, no ajustamento pessoal. Muitas vezes uma pessoa, enfrentando uma situação de pânico, fica totalmente paralisada porque seu cérebro simplesmente desliga perante a reação de estresse, não conseguindo enfrentar a situação com suas faculdades racionais.

É importante que uma parcela de nossas faculdades mentais de abstração sejam mantidas durante a agitação para que a tirania química não nos domine por completo (Albrecht, 1988).

O estresse pode produzir na área emocional desde o desalento, desânimo, depressão, apatia, hipersensibilidade emotiva até agressividade, hostilidade, ansiedade, angústia, raiva, irritabilidade, além de poder desencadear crises neuróticas e surtos psicóticos (Lipp, 1996).

Os sujeitos que apresentam conflitos interpessoais ou acometidos de sentimentos de infelicidade, raiva, culpa ou desamparo podem expressar suas aflições de diversas formas. A linguagem usada para manifestar o sofrimento poderia ser verbal ou comportamental. Várias maneiras comportamentais expressam o sofrimento como, por exemplo, a mudança radical do vestuário significando manifestação de suas aflições e

conflitos, uso de fumo, drogas, medicamentos e comportamentos arriscados.

É importante também, dentro da dimensão psicológica, considerar o tipo de personalidade do sujeito. Friedman e Roseman, dois cardiologistas, desenvolveram em 1974 um conceito de padrão específico de comportamento, denominado de Padrão Tipo A de Personalidade (França, Rodrigues, 1997; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997). Eles o definiram da seguinte maneira: *esforço crônico e incessante de melhorar cada vez mais, em períodos de tempo pequenos, mesmo que encontre obstáculos do ambiente ou de pessoa* (França, Rodrigues, 1997, p. 65). Estes pesquisadores perceberam que indivíduos com este padrão de funcionamento mental aumentavam o risco de apresentar manifestações fisiopatológicas como doenças coronarianas. De acordo com Friedman e Roseman, as pessoas que apresentam padrão de comportamento do tipo A têm excesso de urgência de tempo e hostilidade competitiva, enquanto as designadas do tipo B exibem um comportamento contrário, ou seja, *são calmas, menos agressivas, sem pressa e menos propensas a lutarem vigorosamente para atingirem um objetivo* (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997, p. 221).

Outro aspecto muito importante que não poderia deixar de ser mencionado e analisado, é o uso, no dia a dia, das palavras ansiedade e estresse como sinônimos; por isso, senti a necessidade de conhecer a pensamento de Sigmund Freud sobre a ansiedade. Definir a ansiedade não é uma tarefa fácil, o próprio Freud (1976) já reconhecia.

A ansiedade em primeiro lugar é algo que se sente. É um estado afetivo, e como um sentimento, a ansiedade tem um caráter muito acentuado de desprazer (Freud, 1976). O mesmo autor lembra que nem todo o desprazer é gerado pela ansiedade, pois outros sentimentos também provocam o desprazer: tensão, dor e luto. Além do desprazer, característica difícil de isolar, *a ansiedade se faz acompanhar de sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo. (...) Os mais claros e mais freqüentes são ligados aos órgãos respiratórios e ao coração.* Conseqüentemente, a ansiedade revela a existência de: (1) *um caráter específico de desprazer*, (2) *atos de descarga* e (3) *percepções desses atos* (Freud, 1976, p.155-56).

Freud (1976, p.157) diz que *a ansiedade surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete.*

Freud identificou duas formas de ansiedade. O primeiro tipo definido considerou que a ansiedade resulta da *libido represada e posteriormente, (...) desenvolveu uma*

nova teoria de um segundo tipo de ansiedade, que chamou de ansiedade de sinal (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997, p. 243). A segunda forma de ansiedade, é *caracterizada como um sentimento difuso de preocupação ou temor que se origina de um pensamento ou desejo reprimido* (id., 1997, p. 545) funcionando em nível inconsciente e servindo para mobilizar os recursos do ego para evitar o perigo, que pode estar sendo produzido por fontes externas ou internas. O perigo produz um sinal no organismo que leva o ego a desencadear mecanismos de defesa a fim de proteger-se contra a excitação (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

A ansiedade pode ser normal ou patológica. É considerada uma sensação normal quando surge em qualquer ser humano como um sinal de alerta perante uma situação externa ou interna de perigo iminente, permitindo ao indivíduo ficar atento e tomando medidas necessárias para enfrentar a ameaça. Este alerta ao organismo é conhecido como ansiedade sinalizadora, operando em nível inconsciente e levando o ego a recrutar mecanismos específicos de defesa para evitar o perigo. A ansiedade normal é um sentimento útil, pois sem ela estaríamos vulneráveis aos perigos, e pode ser benéfica, porque conduz o organismo a uma mobilização preparando-o para enfrentar melhor esses momentos. A ansiedade torna-se patológica quando surge como resposta sem que haja motivo para tal ou quando é muito intensa ou desproporcional ao estímulo. O indivíduo apresentará sintomas físicos e o seu desempenho e bem-estar estarão comprometidos (Louzã Neto et al., 1995; Nunes Filho, Bueno, Nardi, 1996; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

Classificar a ansiedade em normal ou patológica é uma avaliação muito subjetiva. É necessário que se leve em conta características individuais, contexto, possíveis desencadeantes, intensidade, duração, frequência e a interferência com o desempenho (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

As manifestações da ansiedade são inespecíficas, e por isso confundidas com outras emoções tais como medo, ira, expectativa e excitação (Louzã et al., 1995). Nunes Filho, Bueno e Nardi (1996) consideram puramente uma questão teórica a diferença entre medo e ansiedade, já Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 546), dizem que *a principal diferença psicológica entre as duas respostas emocionais é a natureza aguda do medo e o caráter crônico da ansiedade*.

Da mesma forma é muito difícil estabelecer o limite entre ansiedade e o estresse

(Kaplan, Sadock, Grebb, 1997), pois em ambos os conceitos existem os estímulos (internos/ externos) e as respostas. A diferença entre os dois construtos parece residir na fase de seleção da resposta do sujeito ao estímulo. Freud atribui ao ego o desencadeamento dos mecanismos de defesa a fim de proteger-se. Na teoria do estresse, o sujeito utiliza sua cognição e emoção para avaliar o estímulo, bem como valora os recursos que dispõe para enfrentar as demandas (Lazarus, Folkman, 1986). Enquanto que Freud voltou-se para o aspecto psicanalítico, a teoria do estresse enfatizou o aspecto cognitivo.

Em todo contexto abordado, fica evidente a complexidade do ser humano, constituído de três subsistemas (mente, corpo e relacionamento pessoal), devendo ser estudado como ente biopsicossocial, como um sistema único.

Para julgar o que é normal e o patológico é preciso olhar para dentro dessas três dimensões e compreender que o mesmo homem, em momentos diferentes, poderá ser normal ou anormal, dependendo como a vitalidade orgânica se desenvolve em plasticidade técnica e em ânsia de dominar o meio (Canguilhem, 1995).

3 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Os métodos têm pouca importância, desde que produzam resultados suscetíveis de discussão racional, qualquer método é legítimo. O que importa não é o método ou as técnicas, mas a sensibilidade para perceber problemas e uma paixão ardorosa pela sua solução, como diziam os gregos: o dom de maravilhar-se com o mundo.

Karl Popper

3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

Atualmente tudo mudou, não existe certo e errado tudo é relativo, houve uma desintegração virtualmente mundial dos valores comuns e uma desconstrução da sociedade baseada no consenso. No que diz respeito à visão sociológica e as perspectivas teóricas, elas estão condicionadas ao número de visões do mundo científico existente. Cada um é livre para julgá-lo o trabalho dos outros e aceitá-los ou rejeitá-los se estes não comunicam algo significativo sobre o mundo; o que é significativo para uma pessoa pode não ser para outra. Os cientistas sociais são observadores do mundo e também participantes dele. Eles fazem suas observações dentro de uma linha de significados culturais e de símbolos trazidos para o ambiente observacional através de suas histórias de vida (Vidich, Lyman, 1994).

Para investigar o processo de estresse ocupacional da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia, optei pela pesquisa qualitativa como uma abordagem adequada para a compreensão da problemática porque, de acordo com Triviños (1987, p. 122), *as particularidades físicas e sociais do meio imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz dos significados que ele estabelece*. O autor ainda ressalta que a pesquisa qualitativa permite compreender o problema no meio em que ele ocorre, sem mascarar a realidade, porque não cria situações artificiais que levariam a generalizações equivocadas.

Dentro do quadro geral das abordagens em Ciências Sociais, Minayo (1992, p. 252) indica as chamadas Metodologias Qualitativas pela importância que possuem na

construção do conhecimento sobre saúde, justificando sua opção metodológica com as seguintes palavras:

A compreensão qualitativa (...) é um movimento totalizador que reúne a condição original, o movimento significativo do presente e a intencionalidade em direção do projeto futuro. Ela busca (...) a significação profunda que cada época empresta à palavra, ao gesto e ao material mais evasivo que é o pensamento humano. Trabalhando com o material simbólico que exterioriza o ponto de vista dos atores sociais (...), seja a partir dos indivíduos, dos grupos, ou das classes, a totalidade fundamental se expressa no perene conúbio entre mente e corpo, matéria e espírito; que na aparente simplicidade de uma manifestação sobre saúde, os sujeitos individuais projetam sua visão da sociedade e da natureza, a historicidade das relações e condições de produção inscritas no seu corpo, seu espaço hodológico, sua temporalidade social, seus infinitos culturais, seus fetiches, seus fantasmas e seus anseios de transcendência. Portanto, a pesquisa qualitativa proposta aqui reconhece o sujeito como autor, sob condições dadas, capaz de 'retratar e refratar' a realidade.

Como a abordagem qualitativa parte do fundamento que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto e um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, a pesquisa deverá ser o desvelamento do sentido social que os indivíduos constroem em suas interações cotidianas (Chizzotti, 1998). Isto porque o objeto de estudo é constituído por sujeitos que pensam, interpretam e explicam a realidade em que vivem. Qualquer sujeito *que participe de um grupo, utiliza categorias de pensamento, regras de evidências e teorias para selecionar e interpretar os diversos aspectos ou objetos das situações que vivenciam* (Berreman et al., 1980, p.10).

A opção metodológica, feita pelo pesquisador, deve basear-se na natureza da indagação da pesquisa. Partindo da premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como é vivida e definida por seus próprios atores (Polit, Hungler, 1995), adotei uma abordagem qualitativa permanecendo próxima dos atores sociais, na tentativa de interpretar o sujeito através de sua manifestação na linguagem, forma básica da experiência humana (Japiassú, Marcondes, 1996) e reveladora deste coletivo especial de investigação.

Ao optar pelo paradigma qualitativo, considerei as características desta abordagem, destacadas por Lincoln e Guba (1984), Ludke e André (1986), Minayo (1992) e Chizzotti (1998), assim definidas: holística (preocupada com os indivíduos e seu

ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador); existência de realidades múltiplas e socialmente construídas; vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas ocorrem; o objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significações e relações que sujeitos concretos criam em suas ações; importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador; essencialmente descritiva; multiplicidade de métodos utilizados (os métodos são indutivos e humanistas); preocupação com o processo e não com o produto (ênfase ao processo de triangulação); processo indutivo é orientador da análise; e os resultados são válidos apenas para um contexto e tempo determinados.

A pesquisa qualitativa conta com uma variedade de métodos, técnicas, caracterizações e desenhos que possibilitam desvendar os problemas emergentes do cotidiano e da sua prática. Optei nesta investigação pelo uso do Estudo de Caso.

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma pesquisa que coleta e registra dados de uma unidade significativa do todo, com a finalidade de organizar um relatório ordenado e crítico.

É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação (Chizzotti, 1998, p. 102).

Considerando o Bloco Cirúrgico um setor de trabalho onde se encontram complexas condições socioculturais devido aos vários profissionais que trabalham neste ambiente e apresentam condições socioculturais diferenciadas, determinadas por sua história de vida e formação profissional, acredito que o estudo de caso seja o mais indicado para esta pesquisa porque, através da abordagem qualitativa, permitirá retratar a realidade revelada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, divulgando uma multiplicidade de aspectos globais a partir da interpretação da dimensão simbólica do discurso dos sujeitos.

Triviños (1987, p. 133-4) define estudo de caso como sendo:

Uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente. Suas características são dadas pela natureza e abrangência da unidade. Além disso, a complexidade do Estudo de Caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação ao investigador em seu trabalho. O importante é lembrar que no Estudo de Caso qualitativo, no qual nem as hipóteses nem os

esquemas de inquirição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda o assunto.

Acredito que estudar um coletivo tão especial através de uma abordagem qualitativa, com o desenho de um estudo de caso, permite reunir informações sobre este campo específico, fazendo uma análise que torna possível compreender o objeto de estudo.

O desenvolvimento do estudo de caso, segundo Chizzotti (1998), supõe três fases: a) a seleção e delimitação do caso; b) o trabalho de campo; e c) a organização e redação do relatório.

Ludke e André (1986, p. 18-29) apontam características do estudo de caso, necessárias para se compreender a realidade estudada e para se desvendar o problema em foco. As autoras destacam que os estudos de caso: visam à descoberta; enfatizam e interpretação em contexto; buscam retratar a realidade de forma profunda; usam uma variedade de fontes de informação; revelam experiências e permitem generalizações naturalísticas; procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social; e utilizam uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

Embasada neste suporte teórico, pretendo através do estudo de caso desvendar as percepções da equipe multiprofissional sobre os estressores, acreditando que somente quem vivenciou momentos críticos dentro de uma Sala de Cirurgia pode contribuir para a compreensão do fenômeno.

Para a análise dos dados, utilizei a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

Na busca de um método adequado à análise do tema proposto, encontrei na análise de conteúdo, a melhor maneira de interpretar a linguagem dos sujeitos pesquisados permitindo explicar o fenômeno individual do estresse que se articula em um coletivo especial do Bloco Cirúrgico.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O campo de pesquisa é considerado um recorte de espaço, que o pesquisador faz, para representar uma realidade empírica que deseja estudar, baseado em concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (Minayo, 1992).

Nesta pesquisa o campo de ação foi o Bloco Cirúrgico de um hospital universitário público de grande porte, localizado na capital gaúcha, Porto Alegre, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul denominado Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), inaugurado em 1971. O HCPA está ligado ao Ministério de Educação, porém é considerado uma Empresa Pública de Direito Privado, porque embora seja vinculado *academicamente à Universidade, possui estrutura organizacional própria e autônoma, disponibilidade de orçamento, liberdade para gerir recursos e pessoal contratado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)* (HCPA Relatório Anual, 1999, p.16).

Para entender um pouco da sua dinâmica e funcionamento, é necessário desenhar o hospital e localizar o Bloco Cirúrgico neste contexto. O HCPA é um hospital escola com uma área física construída de 93.770,40 m², 3.763 funcionários, 244 professores da Faculdade de Medicina, 20 professores da Escola de Enfermagem e 300 residentes, desenvolvendo atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão. Sua missão institucional é:

Formar recursos humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e, através da maximização do aproveitamento da infraestrutura instalada, transpor seus objetivos próprios, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, qualificando-se, desta forma, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla (HCPA Relatório Anual, 1999, p. 16).

Tem 725 leitos atendendo preferencialmente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS); teve uma produção assistencial em 1999 de 569.815 consultas, 26.951 internações, 28.514 procedimentos cirúrgicos e 163 transplantes (2 de coração, 25 de fígado, 34 de rins, 64 de córnea, 7 de conjuntiva e 31 de medula óssea). É um hospital de grande movimento, em 1999, 16 mil pessoas diariamente freqüentaram o HCPA entre funcionários, professores, estudantes, pesquisadores, estagiários, pacientes, acompanhantes e visitantes. Para dar uma idéia da sua dimensão, cito algumas curiosidades destacadas no relatório anual de 1999 do HCPA: 1.020.000 quilovates/hora de energia elétrica consumidos por mês, 30 mil metros cúbicos de água consumidos por mês, 6 mil quilos de roupas lavadas por dia, 7 mil refeições produzidas diariamente, 4.700 quilos de lixo gerados por dia, 8.742 fornecedores em cadastro, 21.139 itens de materiais cadastrados, 2.7748.000 seringas consumidas no ano e 350 mil prescrições atendidas pela Farmácia de Dispensação (2.100.000 itens).

O Bloco Cirúrgico do HCPA está localizado no 12º andar, com uma área construída total de 1.700,64 m², contendo 12 salas de cirurgias para atender 13 especialidades cirúrgicas, são elas: geral, proctologia, neurologia, traumatologia, ginecologia, pediatria, vascular, torácica, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia, cardiologia e plástica. Realizam-se em média 1.000 cirurgias/mês eletivas, urgências e emergências, de médio e grande porte em pacientes ambulatoriais e internados. Funciona 24 horas por dia, sendo que as cirurgias eletivas são realizadas de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas; aos sábados, das 7 às 14 horas, somente cirurgias privadas. O restante do horário é preenchido com cirurgias de urgência e emergência.

Quanto à área física do Bloco Cirúrgico, além de ter doze salas cirúrgicas, contém: uma secretaria; sala da chefia de enfermagem; sala da chefia cirúrgica; central de anestesia; sala de preparo dos pacientes adultos e sala de preparo pediátrica; seis lavabos, sendo um entre cada duas salas; arsenal, onde são guardados instrumentais estéreis; área suja, onde são encaminhados através de monta-cargas os instrumentais sujos contaminados para o Centro de Materiais e Esterilização (CME), localizado no 13º andar; duas pequenas salas de guarda dos equipamentos; sala de revelação de raio X; sala do técnico da manutenção; e dois corredores laterais de apoio. Anexo ao Bloco Cirúrgico encontra-se o SAC, setor onde ficam guardados os materiais e medicações a serem fornecidos para uso nas cirurgias, funcionando como um pequeno almoxarifado. Os vestiários (feminino e masculino), sala de descanso dos anestesistas, secretaria dos anestesistas, sala do chefe da anestesia, sala de estar dos cirurgiões e sala de lanche da enfermagem estão no 13º andar, interligados por uma escada interna que desemboca na entrada do Bloco Cirúrgico.

A Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) com 22 leitos de adultos e 6 pediátricos, está interligada ao Bloco Cirúrgico no mesmo andar. O CME encontra-se no 13º andar também interligado ao Bloco através de monta-cargas. A área física de ambos setores, não foi incluída na área total do Bloco Cirúrgico anteriormente citada.

Neste hospital existe um Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA), localizado no andar térreo, onde são realizadas as cirurgias de pequeno e médio porte e endoscopias, as cirurgias de maior porte e maior complexidade são realizadas no Bloco Cirúrgico.

Cruz Neto (1994, p. 53) diz que o trabalho de campo da pesquisa qualitativa em Ciências Sociais permite não somente uma descoberta daquilo que desejamos conhecer,

mas também criar um conhecimento a partir do estudo da realidade presente, *uma vez que as possibilidades e os limites no cotidiano social permitem ao pesquisador um infinito leque de procedimentos e descobertas.*

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES DO BLOCO CIRÚRGICO

No Bloco Cirúrgico deve ser especialmente considerada a importância da conjugação de esforços e do trabalho em equipe visando alcançar os objetivos propostos.

Para a execução das atividades a organização deve dispor de recursos humanos habilitados para cada tarefa. Por isto, dentro da unidade de Bloco Cirúrgico várias equipes encontram-se, com atribuições específicas, atuando de forma interdisciplinar:

- equipe de anestesia;
- equipe cirúrgica;
- equipe de enfermagem.

A equipe de anestesia é composta por profissionais especializados na área que têm a atribuição de avaliar o paciente no pré e pós-operatório, prescrever medicações pré-anestésicas, planejar e executar a anestesia, controlando as condições clínicas durante o ato anestésico. Após a cirurgia, é de sua responsabilidade dar assistência ao paciente na sala de recuperação.

A equipe cirúrgica é formada pelo cirurgião principal, cirurgião auxiliar ou assistente e instrumentador cirúrgico; este último pode ser estudante de medicina ou fazer parte do quadro funcional da enfermagem. Ao cirurgião compete indicar, planejar e executar o ato cirúrgico. O assistente auxilia o cirurgião no transcorrer deste ato. Conforme as características deste hospital escola e o porte da cirurgia podem participar vários cirurgiões assistentes, podendo estes ser residentes, sendo denominados de primeiro, segundo e terceiro auxiliar; a denominação acompanhará o respectivo grau de responsabilidade. O instrumentador cirúrgico é o responsável em montar a mesa do instrumental necessário para a realização da cirurgia. Auxilia na paramentação da equipe e na colocação dos campos operatórios, acompanha os tempos cirúrgicos, alcançando e prevendo o material para o cirurgião. É responsável, também, pelo controle da mesa e do instrumental, observando que nenhum material permaneça no campo operatório.

A equipe de enfermagem é geralmente constituída, nas instituições hospitalares brasileiras, por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O enfermeiro coordena, planeja, gerencia, organiza, controla, supervisiona o trabalho no Bloco Cirúrgico e presta assistência ao paciente no perioperatório. Os técnicos e auxiliares de enfermagem exercem atribuições de instrumentadores ou de circulantes de sala. O circulante é o membro da equipe que fica na Sala de Cirurgia fora do campo cirúrgico, servindo de apoio para toda a equipe. Especificamente no Bloco Cirúrgico do HCPA não existem auxiliares de enfermagem, pois neste hospital existe uma norma administrativa determinando como nível mínimo de formação profissional para os funcionários das áreas críticas o curso de Técnico em Enfermagem, por isso, os instrumentadores e circulantes do HCPA, são técnicos de enfermagem.

Além das equipes relacionadas trabalham ainda no Bloco Cirúrgico pessoal administrativo e de limpeza; estes não foram foco de estudo desta pesquisa.

Quanto ao grupo que compõe a equipe do Bloco Cirúrgico para atender as treze especialidades cirúrgicas, o HCPA dispõe de: 74 cirurgiões professores, 58 cirurgiões contratados, 6 anestesistas professores, 48 anestesistas contratados, 121 residentes, 1 enfermeira professora, 10 enfermeiras assistenciais, 87 técnicos de enfermagem, 11 funcionários de higienização e 6 de apoio administrativo; além do pessoal contratado encontramos acadêmicos, bolsistas e mestrandos.

Chizzotti (1998, p. 102) diz:

O estudo de caso deve ser uma referência significativa para merecer a investigação e, por comparações aproximativas, apto para fazer generalização a situações similares ou autorizar inferências em relação ao contexto da situação analisada.

A delimitação da unidade-caso é o primeiro procedimento realizado para constituir o estudo de caso. Para que os resultados obtidos sejam significativos, é indicada a seleção de certa variedade de sujeitos; por isso, Stake (1998) recomenda que o investigador do estudo de caso escolha alguns critérios determinados ou um conjunto de interpretações mediante as quais revelam-se as virtudes e os defeitos, os acertos e os erros. Portanto, acredito ser importante que todas as categorias profissionais que trabalham diretamente com o paciente na Sala de Cirurgia devam ser representadas na seleção dos participantes da investigação. Entendo que estudos unidirecionados para profissionais específicos não contemplam o universo, não refletindo a realidade do todo.

A escolha dos participantes e a abordagem do estudo proposto garantem a originalidade desta pesquisa.

Segundo Minayo (1992), a *amostragem* em pesquisa qualitativa deverá seguir as seguintes recomendações: a) privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer; b) considerar o número de atores suficiente para permitir uma certa reincidência das informações; c) entender que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes poderá ser diversificado, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças; d) esforçar-se para que o grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar no estudo. Portanto, a escolha dos participantes da pesquisa qualitativa foi sempre intencional, porque escolheu os atores sociais que se enquadram na proposta de estudo.

Ao traçar a proposta de estudo, tinha-se apenas uma idéia da quantidade de sujeitos que se iria pesquisar. No início de uma pesquisa qualitativa, deve-se estabelecer apenas uma quantidade aproximada de sujeitos que irão participar da amostra. Para definir esse quantitativo, segui as recomendações de Minayo (1992), Stake (1998) e Vêrges 1991/1992 (apud Vilarino, 2002), autores estes que trabalham com pesquisa qualitativa. Vêrges (apud Vilarino, 2002), sugere como um quantitativo adequado para trabalhar em uma pesquisa qualitativa, 30 sujeitos, pois considera que com essa quantidade, teremos informações suficientes para obtenção da saturação dos dados.

Isto posto, os participantes escolhidos para esta pesquisa foram: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Segundo Stake (1998), todos os estudos de avaliação são considerados estudos de casos. Nesta pesquisa a equipe multiprofissional que trabalha na sala de cirurgia foi determinada como caso a ser avaliado e o grupo de participantes constituído por 32 profissionais, a fim de garantir a reincidência de informações. Para a seleção dos profissionais, segui os critérios recomendados por Stake (1998). Busquei casos típicos que expressassem melhor o tipo ideal da categoria e selecionei casos extremos, buscando os méritos e os defeitos de cada caso, fornecendo assim uma idéia dos limites dentro dos quais as vivências estressantes oscilam.

É importante ressaltar que para traçar o perfil da amostra, dentro da dimensão psicológica, considerei o tipo de comportamento do sujeito: estressado e não estressado.

Para tanto, busquei subsídios no conceito criado por Milton Friedman e Ray Rosenman como dois experientes cardiologistas que definiram, em 1974, o padrão de comportamento do Tipo-A apontando e descrevendo este tipo de comportamento como uma complexa ação-emoção que pode ser observada em algumas pessoas que são agressivamente envolvidas em um crônico e incessante esforço para atingir mais e mais em menos e menos tempo, e se for necessário, contra a oposição e esforços de outras coisas ou pessoas. O *Type A Behavior Pattern (TABP)* resulta de uma interação de características de personalidade específicas e um desafio ambiental ou estressor. Estes pesquisadores definiram as personalidades do tipo A e do tipo B, e perceberam que indivíduos com padrão de comportamento do tipo A aumentavam o risco de apresentar manifestações fisiopatológicas típicas do estresse, como doenças coronarianas (Lazarus, Folkman, 1986; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997; França, Rodrigues, 1997). O indivíduo com comportamento do Tipo-A apresenta *esforço crônico e incessante de melhorar cada vez mais, em períodos de tempo pequenos, mesmo que encontre obstáculos do ambiente ou de pessoa* (França, Rodrigues, 1997, p. 78).

A partir da minha vivência como enfermeira do Bloco Cirúrgico, observei que os profissionais que apresentavam características tipicamente definidas como padrão de conduta Tipo-A eram considerados, pelo senso comum do grupo de trabalho, como profissionais estressados, e freqüentemente apresentavam atritos com a equipe multiprofissional pelo seu alto nível de exigência e impaciência perante as situações apresentadas na sala de cirurgia.

Para poder definir a amostra foi necessário aprofundar os conhecimentos sobre o padrão do indivíduo Tipo-A e Tipo-B. As literaturas divergem, algumas se referem ao padrão de personalidade e outras ao padrão de comportamento. Nesta pesquisa optei em usar a terminologia padrão de comportamento ou conduta tipo A ou B, enquadrando os sujeitos respectivamente nos grupos A ou B.

As pessoas com conduta do Tipo A são definidas por Sánchez e Bermúdez (apud Lautert, 1995, 2001) como: pessoas que procuram destacar-se em qualquer atividade que empreendem, percebendo um grande número de situações como ameaçadoras e competitivas; queixam-se constantemente da falta de tempo para fazer tudo o que desejariam fazer, tendo uma agenda superior ao tempo que dispõe. Na luta constante por destacar-se apresentam reações como ira, agressividade e hostilidade perante qualquer

obstáculo que os impeça ou simplesmente ameace seus objetivos. Ainda Sánchez e Bermúdez (apud Lautert, 1995, 2001) apontam a identificação de três grandes fatores ou três grandes conjuntos de expressões de conduta que definem o Padrão de Conduta Tipo-A: competitividade, impaciência e hostilidade. Por isto, os mesmos autores consideram que uma pessoa é do Tipo-A quando algum ou todos os fatores citados anteriormente definem seu modo habitual de comportamento. Quando estes fatores não estão presentes no comportamento pessoal, o indivíduo é considerado por Sánchez e Bermúdez como personalidade Tipo-B.

As características predominantes do *TABP*, foram definidas por Friedman e Rosenman, como competitividade, devoção para trabalhar, urgência no tempo, ira e hostilidade. Consideram que o *TABP* é também uma resposta para um desafio no ambiente; por conseguinte, na ausência de uma situação desafiadora o padrão de comportamento Tipo-A pode não se manifestar (Lazarus, Folkman, 1986; Almeida Santos, 1994; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997; França, Rodrigues, 1997).

Lazarus e Folkman (1986) apontam três fatores encontrados no Padrão de Conduta Tipo-A e que atuam com uma variedade de contextos sociais: conjunto de crenças sobre si mesmo e sobre o mundo; conjunto de valores convergentes em um modelo de motivação ou de compromisso (como o comprometimento com o trabalho) e um estilo de conduta de vida impaciente e competitivo. Os mesmos autores (id., 1986) apontam vários pesquisadores que consideram os indivíduos pertencentes ao Padrão de Conduta Tipo-A como pessoas que baseiam suas recompensas no êxito e na satisfação de sua ambição mais do que na socialização. Alguns pesquisadores citados por Lazarus e Folkman (1986) diferem ligeiramente, qualificando estes indivíduos como possuidores de uma orientação baseada no medo do fracasso.

Glass (apud Lazarus e Folkman, 1986), considerado por estes últimos como o pesquisador que proporcionou uma das teorias mais influentes sobre a natureza do Padrão Tipo-A, caracteriza os sujeitos pertencentes a este grupo como pessoas que têm desenvolvido um grande compromisso com o controle das situações, ficando particularmente vulneráveis quando perdem ou carecem de tal controle, desencadeando o estresse.

Neste estudo de caso, a quantidade desenhada de sujeitos atendeu as recomendações de Stake (1995) que ressalta que a amostra deve ser representativa do

coletivo estudado, portanto, não pode ser pequena, pois dificultaria defender a representatividade do grupo. Como estudei quatro categorias de profissionais que atuam diretamente com o paciente na sala de cirurgia (cirurgião, anestesista, enfermeiro e técnico de enfermagem) selecionei oito profissionais típicos e representativos por categoria profissional, totalizando assim 32 sujeitos. Decidi a quantidade de oito pesquisados por categoria profissional, pois Stake (1995) diz que não é provável que a amostra de um ou poucos casos, seja uma boa representação de outros. Como trabalhei com os padrões de comportamento do tipo A e tipo B, era importante que fosse uma quantidade par que permitisse fazer uma comparação do grupo. Portanto, dos oito sujeitos quatro foram selecionados por apresentarem regularmente traços comportamentais de urgência temporal, competitividade e hostilidade, manifestações típicas de indivíduos com padrão de conduta tipo A e indicadores psicológicos de estresse; este grupo foi denominado A. Os outros quatro participantes não manifestaram este tipo de comportamento no Bloco Cirúrgico, tendo sido incluídos no grupo denominado B. O critério de saturação dos dados também foi considerado para delimitar o número de participantes. Quando constatei que os conteúdos das falas estavam sendo repetitivos, encerrei a coleta dos dados.

Dentro dos critérios de inclusão além de selecionar casos representativos da categoria profissional, casos típicos e extremos (estressados x não stressados), determinei como pré-requisito que todos trabalhassem no mesmo Bloco Cirúrgico e, portanto, expostos ao mesmo ambiente de trabalho, no mínimo há dois anos.

Cruz Neto (1994) considera que a relação do pesquisador com os sujeitos é de extrema importância, tornando-se o campo um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupo, permitindo assim a criação de novos conhecimentos.

Os profissionais que trabalham no HCPA estão acostumados a participar de estudos e pesquisas. Além disto, a realização do trabalho de campo também foi facilitado pelo fato da pesquisadora ter liberado acesso, trabalhando no próprio campo de ação e fazendo parte desse coletivo há cinco anos, como enfermeira do Bloco Cirúrgico desta instituição.

Cruz Neto (1994) cita alguns obstáculos que podem ocorrer na entrada no campo, muitas vezes dificultando ou até mesmo inviabilizando a pesquisa: aproximação dos

sujeitos, apresentação da proposta de estudo e postura do pesquisador em relação à problemática a ser estudada. Em relação à aproximação dos sujeitos selecionados, o autor considera que esta deverá ser gradual, consolidando uma relação de respeito mútuo. Na apresentação da proposta de estudo, o autor diz que o grupo deverá ser esclarecido sobre o que se pretende investigar e as possíveis repercussões que possam decorrer da investigação. No último aspecto, quanto à postura do pesquisador em relação à problemática a ser estudada, Cruz Neto considera que o pesquisador muitas vezes acredita que tudo o que vai encontrar somente confirmará o que ele já sabe, ao invés de esperar revelações novas, podendo assim distorcer a realidade através de falsos depoimentos. É importante ter em mente que o grupo não é obrigado a participar, e que a coleta de informações está inserida em um jogo cooperativo, baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade.

Para a escolha da amostra desta pesquisa, estando inserida durante cinco anos neste coletivo especial e participando como sujeito ativo e como pesquisadora, identifiquei os atores que apresentavam as características definidas para inclusão, através da observação participante que:

·Pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade. (...) é no seio da antropologia que se inicia a reflexão sobre a estratégia de observação como forma complementar de captação da realidade empírica (Minayo, 1992, p. 134-5).

3.4 SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A fase de coleta dos dados é, em geral, muito desgastante, exigindo do pesquisador o planejamento dos métodos a serem usados para poder alcançar os objetivos propostos.

Inicialmente descreverei as técnicas escolhidas para realizar a coleta de dados desta pesquisa e, a seguir, descreverei as etapas seguidas.

O interesse de estudar o estresse com vínculo na relação trabalho/saúde, do ponto de vista do trabalhador, fundamenta-se em duas justificativas: apreender o discurso de um grupo determinado e buscar as raízes deste discurso.

As técnicas adotadas para a coleta de dados nesta pesquisa foram: entrevista, ficha

informativa e observação participante. Como referência utilizei Minayo (1992) para desenvolver as técnicas escolhidas. Com a diversidade de técnicas e orientações teóricas existentes, é impossível usar uma *técnica de pesquisa inocente ou neutra teoricamente (...) a simples discussão da observação participante (...) suscitam problemas de epistemologia, de teoria sociológica, bem como das relações entre as diversas disciplinas sociais* (Berreman et al., 1980, p. 9).

Com relação aos instrumentos adotados na coleta de dados da pesquisa, destaco gravação em fita cassete das entrevistas semi-estruturadas, o preenchimento da ficha informativa e as anotações de observações no diário de campo.

Utilizei como recurso para coleta de dados a entrevista, considerada por Minayo como técnica mais usada no processo de trabalho de campo, porque *trata de apreender sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo social* (1992, p. 121). A referida autora cita vários tipos de entrevistas e, entre os tipos citados, optei pela entrevista semi-estruturada por consistir na enumeração das questões a serem abordadas no campo a partir dos pressupostos advindos da definição do objeto de investigação.

O roteiro de entrevista constou de doze perguntas abertas (anexo A), permitindo a adaptação no decorrer da entrevista quando o sujeito abordava dados relevantes ao tema, captados na realidade empírica. Os propósitos da entrevista semi-estruturada foram atendidos, pois deram liberdade ao investigador para reelaborar seus questionamentos a partir das respostas dos sujeitos investigados, fazendo as adaptações necessárias com o decorrer do diálogo.

Na elaboração do roteiro de entrevista, considerei alguns itens que Minayo (1992, p. 99) cita como indispensáveis para o delineamento do objeto, respondendo às seguintes considerações:

a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; e c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

O roteiro contém questões construídas para apreender o ponto de vista dos sujeitos e direcionou a entrevista para os objetivos da pesquisa. Cada questão tem como pressuposto o marco teórico desenhado para a construção do objeto.

Cada sujeito antes da entrevista preencheu uma ficha informativa (anexo B) com o objetivo de traçar um perfil sócio-econômico do mesmo. Essa ficha consta de dados de identificação, informações profissionais, nível econômico, religiosidade, associativismo e aspectos emocionais.

Embora a entrevista seja a técnica mais usada nas pesquisas qualitativas, devem ser questionados alguns aspectos, tais como a fidedignidade do informante e o lugar social do pesquisador.

A entrevista tem que ser incorporada a seu contexto e vir acompanhada, complementada ou como parte da observação participante. Desta forma, além da fala mais ou menos dirigida, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano (Minayo, 1992, p. 120).

A observação participante foi usada em dois tempos. Primeiramente, foi com o propósito de escolher os participantes do estudo; em um segundo momento, realizou-se a observação dos sujeitos pesquisados atuando no campo, permitindo, assim, complementar a captação da realidade empírica. A vivência na realidade a ser investigada, com olhar de pesquisadora e não como sujeito que faz parte deste coletivo, permitiu contextualizar a pesquisa.

Os dados provenientes dessa observação foram registrados em um diário de campo (anexo C) e permitiram registrar as situações apresentadas, as manifestações comportamentais, as comunicações não-verbais, conversas informais que diziam respeito ao tema da pesquisa. O registro escrito é a forma mais freqüentemente adotada nos estudos de observação.

O diário de campo conforme Ludke e André (1986, p. 32), *podrá ser de várias formas, dependendo da situação específica de observação*. Quanto ao comentário escrito, as autoras dizem que não há regras para fazer anotações, mas recomendam que ao iniciar cada registro o observador indique o dia, a hora, o local da observação e o seu período de duração. Ainda consideram útil deixar uma margem, nas anotações, para codificar o material ou para observações gerais. No caso desta pesquisa, segui estas recomendações.

Com o propósito de validar os dados coletados, os achados foram transcritos, tanto entrevistas quanto observações, e foram entregues aos sujeitos para apresentação, discussão e validação dos mesmos. Somente após a validação iniciei a análise dos dados.

Apresentados os instrumentos utilizados e descritos os três passos para a coleta e validação dos dados, resta abordar como foi conduzida a investigação.

Inicialmente, o projeto foi encaminhado para o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, reconhecido pelo CONEP como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, a fim de ser avaliado. Após a liberação, encaminhei uma cópia do projeto para apreciação da chefia médica e de enfermagem do Bloco Cirúrgico.

Concluída esta etapa, iniciei a pesquisa realizando um estudo piloto com três profissionais que atuam no Bloco Cirúrgico. A intenção ao realizar o estudo piloto foi de averiguar a compreensão do instrumento de pesquisa, no sentido de verificar se era capaz de proporcionar o aprofundamento do tema, abordando aspectos relevantes ao estudo. As perguntas tinham a finalidade de conhecer a opinião dos entrevistados quanto à problemática pesquisada, entre sujeitos de identidade profissional e nível sócio-econômico-cultural diferentes. Pretendeu-se também, além de avaliar a eficácia do instrumento, constatar se a técnica escolhida para análise das falas seria a mais indicada para alcançar os objetivos da pesquisa. Avaliou-se, além disso, a estrutura da ficha informativa. O relato que apresenta os achados do estudo piloto foram transformados em um artigo (anexo E), publicado nos anais do I Congresso da *International Stress Management Association (ISMA)*, realizado em junho de 2001 na PUC, em Porto Alegre, no qual são descritas as etapas vivenciadas, produzindo, através das falas dos atores sociais, um conhecimento que subsidiou a realização da Dissertação de Mestrado, ao mesmo tempo em que validou os instrumentos de pesquisa e o método de análise.

Com a segurança adquirida na realização do estudo piloto, selecionei 33 profissionais para participarem do estudo, explicando o objetivo e a metodologia do mesmo. Somente uma anestesista recusou-se a participar da pesquisa, sendo que os demais se sentiram honrados pelo convite.

Vencida esta etapa foram agendadas as entrevistas individuais, realizadas em locais e horários previamente definidos, conforme a disponibilidade dos sujeitos. Todas as entrevistas foram realizadas dentro do hospital, em salas específicas de estudo na instituição.

Os participantes registraram os seus aceites, no dia da entrevista, assinando o Termo de Consentimento Informado (anexo D) em duas vias, ficando uma via em poder

do ator da pesquisa e outra com a pesquisadora. Este documento foi baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 1997).

Foi utilizado um gravador para registro das entrevistas, com a prévia autorização dos participantes. A duração das mesmas variou de acordo com a motivação dos envolvidos, oscilando entre trinta minutos e duas horas e quarenta minutos. O tempo dedicado para a realização das entrevistas foi de dois meses e dezesseis dias.

A observação participante foi realizada durante três meses. Os cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem foram observados atuando em sala de cirurgia, já as enfermeiras, além de serem observadas atuando na sala, também foram observadas no Bloco Cirúrgico, pois, sua função administrativa não permite que as mesmas permaneçam o tempo integral dentro da sala cirúrgica. Para cada sujeito estudado, selecionei através da escala cirúrgica, cirurgias de grande e médio porte, em que iria ocorrer a participação do profissional a ser investigado. O tempo das cirurgias observadas oscilou entre 2 e 5 horas, sendo que participei como pesquisadora do início ao fim do procedimento, registrando comportamentos durante todos tempos cirúrgicos.

Como investigadora, participei de 38 cirurgias registrando as observações dos sujeitos no diário de campo. Das 38 cirurgias, 16 foram para observar os cirurgiões, 11 para os anestesistas e 11 para os técnicos. As enfermeiras foram acompanhadas na atuação nessas cirurgias e no Bloco Cirúrgico. As cirurgias foram das mais variadas especialidades. Não citei o nome das cirurgias para que não fossem identificados os sujeitos, principalmente de especialidades típicas do domínio de alguns cirurgiões. Alguns sujeitos que atuaram em cirurgias de grande porte, foram observados apenas uma vez, pois houve uma riqueza de comportamentos registrados no diário de campo, sendo possível considerar a saturação dos dados levantados. Já os sujeitos que foram observados em cirurgias de médio porte, senti a necessidade de observá-los mais uma vez, para ter dados significativos em quantidade e qualidade. Poucos sujeitos foram observados em três procedimentos cirúrgicos, isto só ocorreu, quando achei que em alguns casos os registros foram poucos significativos.

Ludke e André (1986, p. 30) consideram a parte descritiva da observação como registro detalhado do que ocorre no campo e recomendam: *a) descrever os sujeitos; b)*

reconstruir diálogos; c) descrever o local; d) descrever os eventos especiais; e) descrever as atividades; e f) comportamentos do observador.

Com os dados coletados e transcritos, retornei aos participantes para apresentação e validação. Para realizar a validação entreguei pessoalmente a cada sujeito o que denominei “kit pesquisa”. Este kit constava do seguinte material: a) uma folha com as perguntas realizadas por mim no momento da entrevista; b) a entrevista do sujeito transcrita na íntegra; c) a ficha informativa preenchida no momento da entrevista; d) o diário de campo com as anotações realizadas durante a observação participante na cirurgia e a codificação das situações observadas. Os sujeitos levaram para ler e avaliar todo o material e, após um período de tempo variado, devolveram o kit e confirmaram ou discutiram o que foi registrado na entrevista ou observações.

Poucos participantes tiveram ressalvas a fazer sobre os registros. Sobre as entrevistas, todos concordaram que as transcrições foram feitas de forma literal, alguns surpresos com a falta de concordância verbal ou erros e vícios da linguagem falada. Sobre a observação participante, um deles solicitou retirar um fato observado que poderia comprometê-lo caso fosse acidentalmente identificado, e outros discordaram de algumas codificações, sugerindo outros termos que julgavam definir melhor a situação ocorrida.

A validação durou um mês e seis dias. O retorno do material variou conforme a categoria profissional. Os cirurgiões levaram de três até vinte e dois dias para a devolução do kit. Referente aos anestesistas, o que levou menos tempo para entregar foi um que leu e validou o material no mesmo dia que recebeu, pois estava de plantão. O anestesista que mais demorou devolveu o kit após quinze dias. As enfermeiras levaram de três até vinte e um dias para validar e os técnicos de enfermagem foram os que mais rapidamente validaram, levando de três até treze dias.

Somente após a validação iniciei a análise.

3.5 ETAPAS DA ANÁLISE

A partir da transcrição de cada produção a qual conservou o máximo de informações tanto lingüísticas quanto paralingüísticas, conforme propõe Bardin (1977) iniciou-se a análise.

A técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A mencionada autora diz que a primeira etapa é a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

Nesta pesquisa cada entrevista foi considerada a unidade de base. A metodologia de investigação seguiu os seguintes passos: transcrição da entrevista; leitura flutuante intercalando a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito; retomada dos objetivos da pesquisa definindo claramente o objeto da pesquisa; e mapeamento das falas e observações a partir das categorizações.

A análise categorial é o tipo de análise mais antiga e na prática a mais utilizada. *Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos* (Bardin, 1977, p.153). Nesta pesquisa foi realizada uma análise categorial e, para isto, utilizei a análise temática que *é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples* (id., 1977, p.153). O critério de categorização foi semântico, construindo as categorias temáticas atendendo as recomendações de Bardin (1977).

Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Este tipo de classificação é chamado de análise categorial (Bardin, 1977). Inicialmente, nesta pesquisa, agrupei os conteúdos significativos comuns das entrevistas e defini treze categorias, construindo os quatro primeiros mapas (um para cada classe profissional pesquisada) com as entrevistas transcritas na íntegra, respeitando a ordem da fala de cada sujeito.

Na segunda etapa, realizei a limpeza do material e reorganizei as respostas dos sujeitos, identificando as idéias comuns e suas associações. Com as respostas ordenadas, construí outros quatro mapas mantendo as treze categorias.

Como terceira etapa, identifiquei aspectos que poderiam ser agrupados e construí os últimos mapas com as seis categorias finais.

Finalizando, transporte estas seis categorias e suas subcategorias para um gráfico com o intuito de apresentar as categorias de forma esquemática.

Após a categorização produzi um texto descrevendo os dados de modo a dar-lhes sentido e, finalizando, passei a realizar a análise, procurando embasar os dados com as construções teóricas.

Na observação participante, o roteiro utilizado no diário de campo (vide anexo C) permitiu anotar as situações e comportamentos observados, bem como registrar conversas informais e comunicação não-verbal. Todos os registros foram codificados em uma coluna lateral à esquerda, por uma palavra que expressasse a ação ou a manifestação observada. Somente a codificação, expressa por uma palavra, foi transcrita em quatro folhas (uma para cada classe profissional pesquisada), quantificada (quantas vezes foi manifestada pelos profissionais) e classificada por tipo de comportamento A e B. Após, construí um quadro para cada grupo profissional estudado (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos), separando os comportamentos observados em quatro categorias (apresentadas no capítulo 4.3). Para facilitar a leitura e interpretação destes quadros, estabeleci que as manifestações apresentadas somente pelos profissionais do grupo A seriam escritas com a letra em vermelho, as apresentadas pelos sujeitos do grupo B escritas em azul e em verde as comuns aos grupos A e B.

4 DESVELANDO O CASO PESQUISADO

Um explorador nunca pode saber o que está explorando até que isto seja explorado.

Gregory Bateson

4.1 PERFIL DOS ATORES DO ESTUDO

O material apresentado refere-se às respostas dos trinta e dois profissionais pesquisados, que trabalham no Bloco Cirúrgico do HCPA, de quatro categorias profissionais. Os dados exibidos a seguir traçam o perfil da amostra e foram ordenados para a apresentação conforme categoria profissional, seguindo-se: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foram retirados da ficha informativa, preenchida pelo próprio sujeito após assinar o consentimento informado, antes da entrevista.

Os Cirurgiões

Usei a nomenclatura C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 para denominar os cirurgiões, sendo que C1, C2, C3 e C4 pertencem ao grupo A e os demais ao grupo B. Esta nomenclatura foi usada no decorrer da análise da pesquisa, porém os dados de identificação dos participantes foram apresentados de forma aleatória, com a finalidade de evitar que os cirurgiões fossem identificados.

Nos dados de identificação, os cirurgiões do grupo A tinham em média 49 anos e os do grupo B tinham em média 50 anos; ambos os grupos foram contemplados com faixas etárias diversificadas, permitindo um leque de experiências variadas. Independente do grupo, todos eram do sexo masculino, professores de várias especialidades cirúrgicas da Faculdade de Medicina da UFRGS ou contratados do HCPA: dois cirurgiões gerais, um cirurgião cardíaco, um cirurgião torácico, um ginecologista, um ortopedista, um plástico e um urologista. O critério de escolha, definindo que a maioria dos cirurgiões

fosse de professores, baseou-se na importância que estes têm dentro da instituição pesquisada, pois nenhuma cirurgia de grande porte pode ocorrer sem a presença do professor responsável. Os professores cirurgiões coordenam sua equipe cirúrgica em campo, composta de contratado e residentes, sendo atendidos pelos anestesistas contratados quando os pacientes são beneficiários do SUS.

Todos cirurgiões relataram ter entre um e cinco filhos. Somente um participante referiu não ter cônjuge no momento da pesquisa.

Quanto à formação acadêmica, um tem Pós-Doutorado, três Doutorado, dois Mestrado e dois Especialização. É interessante ressaltar que os mais graduados são os participantes mais jovens da pesquisa. Acredito que os mais antigos são de uma época em que a exigência de aperfeiçoamento não era tão intensa devido à dificuldade de acesso aos cursos *Stricto Sensu*.

Constatei que o grau de formação não interferiu na ocupação de cargos de chefia, pois os quatro pesquisados que ocupam estes cargos não são os que têm maior formação. Os cargos de chefia foram igualmente encontrados nos grupos A e B: dois cirurgiões em cada grupo possuem esta função.

Quanto ao tempo de graduação e ao tempo que trabalham em Bloco Cirúrgico, todos tinham mais de 14 anos de formação e atuação, sendo a média de 27 anos. O tempo que iniciaram a trabalhar nas especialidades cirúrgicas que exercem atualmente é muito próximo ao tempo de formado. Observa-se nas respostas dadas pelos cirurgiões que a maioria já trabalhava no Bloco Cirúrgico antes de concluir sua especialização, sendo que um deles atuava no Bloco Cirúrgico antes de finalizar a graduação. O tempo que trabalham no HCPA é variado, todos trabalham há mais de 8 anos nesta instituição sendo a média de 16 anos. Ressalto que o HCPA foi inaugurado em 1971 (Relatório Anual, 1999); portanto, alguns deles fazem parte da história do Bloco Cirúrgico desta instituição, com uma bagagem de conhecimento e experiências do cotidiano muito representativas.

Todos cirurgiões da amostra responderam que trabalham em outros locais além do HCPA, tais como nos seus consultórios e, principalmente, em hospitais privados. A média diária de horas trabalhadas entre segunda e sexta-feira é de 11 horas. Observei que os participantes classificados no grupo A informaram que trabalham mais tempo, em média 72 horas/semana; os do grupo B trabalham em média 60 horas/semana. Todos

cirurgiões do grupo A responderam que trabalham nos três turnos (manhã, tarde e noite). No grupo B, três responderam que trabalham de manhã e à tarde, e somente um deles respondeu que também trabalha à noite. Quanto aos plantões, somente dois participantes os realizam, um do grupo A e outro do B. Um cirurgião faz um plantão de 24 horas por semana num hospital da região metropolitana, isto é, quatro ou cinco mensais. O outro faz um plantão de 24 horas por mês, em um hospital de Pronto Socorro. Embora a maioria dos entrevistados não faça plantões, todos responderam que às vezes trabalham nos finais de semana, em média dois finais de semana por mês.

Quanto à situação econômica, todos referiram ganhar mais de 30 salários mínimos (SM) de renda mensal. É interessante ressaltar que no momento da entrevista a maioria não lembrava qual era o valor do SM, perguntando para a pesquisadora. Dos oito cirurgiões, sete têm casa própria e um está pagando financiamento. Sete têm carro importado e um tem carro nacional. Todos eles possuem outros bens, tais como: outros carros, apartamentos, casas na praia e/ou serra, fazenda, loja, conjunto comercial ou consultórios.

Quanto às atividades de lazer, os participantes responderam que costumam passar as férias viajando pelo exterior (5), ou pelo Brasil (4), no litoral (6), serra (2), campo (2), viajando pelo estado (1), ou em casa (4). Observei que dos oito cirurgiões apenas três não viajam pelo exterior nas férias, sendo dois destes cirurgiões os de maior idade. Salienta-se que dos pertencentes ao grupo A somente um citou que passa as férias em casa e os demais preferem viajar para o exterior. Do grupo B todos responderam que passam as férias no litoral e em outros lugares. Para distrair-se, todos indicaram várias opções, tais como: ir ao cinema (6), visitar amigos (6), ir a restaurantes (5), praticar esportes (5), ficar em casa (4), realizar passeios (3) e/ou viagens (3), ir ao clube (2) e trabalhar no campo (1). Quanto à atividade física, sete cirurgiões assinalaram esta alternativa, sendo que cinco praticam alguma modalidade esportiva como atividade de lazer e distração.

Destes dados destaco que os mais caseiros são os sujeitos do grupo B, pois três responderam que gostam de distrair-se em casa. Perguntados quanto à utilização do tempo em que não estão trabalhando no HCPA, independente do grupo que pertencem, todos responderam estar trabalhando em outro local. Além disto, sete disseram que ficam estudando e/ou lendo livros, cinco lendo jornais e revistas, cinco vão ao cinema/teatro/restaurante. Somente os mais jovens pertencentes ao grupo A assinalaram

freqüentando cursos e congressos. Assistindo televisão/vídeo foi citado por um sujeito do grupo A e dois do B. Os mais idosos citaram atividades que não foram mencionadas pelos demais; um dos participantes utiliza o tempo que não está trabalhando para realizar afazeres domésticos, talvez por ser o único que não tenha cônjuge e outro relatou que utiliza o tempo trabalhando no campo, em sua fazenda.

Quanto à religiosidade, dois cirurgiões responderam que freqüentam alguma religião regularmente; três têm fé, porém não freqüentam nenhuma religião; e três declararam-se ateus.

No associativismo, percebe-se que a classe médica é uma categoria forte porque a maioria (6) participa de atividade associativa de classe e um referiu participar de uma atividade associativa político-partidária. Três sujeitos com maior idade também estão ligados em atividades associativas filantrópicas.

No campo emocional, foi perguntado ao sujeito como ele costumava relaxar, fora do ambiente de trabalho, quando estava ansioso e/ou estressado. As caminhadas foram citadas por seis sujeitos, cinco realizam esportes ou outra atividade física, quatro relaxam através da leitura, quatro dormem sem uso de medicamentos, um faz atividades manuais, um ingere bebidas alcoólicas, um faz terapia, um fuma e um ingere medicação para enxaqueca. No grupo A, um cirurgião respondeu que não costumava fazer nada para aliviar o estresse.

Um cirurgião que trabalha há 22 anos nesta instituição, quando solicitado após a entrevista a registrar na ficha informativa sua opinião sobre a sua participação, escreveu: *Fiquei muito orgulhoso de ter sido convidado para participar deste trabalho, e sem falta de modéstia acho que sou uma pessoa experiente no bom e no mau sentido para ajudar na melhora deste problema que tanto atinge as pessoas que trabalham num Bloco Cirúrgico.*

Os Anestesistas

Usei a nomenclatura A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 para denominar os anestesistas, sendo que A1, A2, A3 e A4 pertencem ao grupo A e os demais ao grupo B. Esta nomenclatura foi usada no decorrer da pesquisa, porém os dados de identificação dos participantes foram apresentados da mesma forma que os dos cirurgiões, ou seja, de

forma aleatória para evitar identificação.

Os anestesistas do grupo A tinham em média 33 anos e os do grupo B tinham em média 41 anos; também como os cirurgiões, os grupos dos anestesistas contemplaram faixas etárias diversificadas, embora a variação tenha sido menor que a dos cirurgiões. Somente um anestesista é professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, na disciplina de Anestesiologia, sendo os outros anestesistas concursados e contratados pela instituição.

Na equipe de anestesiologia do HCPA existem apenas seis professores e quarenta e oito contratados, motivo pelo qual houve predominância de anestesistas contratados no grupo estudado. Somente em cirurgias conveniadas ou privadas o anestesista é professor. Portanto, esta pesquisa pretendeu identificar os estressores percebidos pela equipe multiprofissional, entre os sujeitos de diferentes categorias que convivem diariamente dividindo responsabilidades. Como no Bloco Cirúrgico do HCPA a maioria das cirurgias é realizada através do SUS era importante delinear um grupo que representasse os trabalhadores característicos deste ambiente.

Dos oito anestesistas seis eram do sexo masculino e dois do feminino. Como a escolha da amostra foi intencional, achei importante incluir nesta categoria profissional as mulheres; nesta especialidade encontram-se muitas profissionais, embora a predominância da categoria médica dentro do Bloco Cirúrgico seja ainda do sexo masculino. Das duas anestesistas que participaram da pesquisa, uma pertencia ao grupo A e a outra ao B.

Nem todos relataram ter filhos. Dos cinco sujeitos que têm, o número de filhos variou entre um e dois. Duas anestesistas referiram não ter cônjuges no momento da pesquisa, sendo que uma delas tem um filho.

Quanto às informações profissionais, todos têm curso de especialização em Anestesiologia e dois deles têm Mestrado, sendo que, da mesma forma como entre os cirurgiões, também os mais graduados são os sujeitos mais jovens. Igualmente ao ocorrido com os cirurgiões, o grau de formação não interferiu na ocupação de cargo de chefia.

Quanto ao tempo de formado, a média foi de 12 anos. Quanto a média do tempo que iniciaram a trabalhar na especialidade que exercem atualmente e a trabalhar em Bloco Cirúrgico, foi de 9 anos. Em alguns casos houve uma certa distância entre o tempo de graduação e o início do trabalho em anestesiologia, isto se justifica porque

alguns profissionais fizeram outra especialização antes de optar pela anestesiologia. Consta-se também que os sujeitos iniciaram a trabalhar no Bloco Cirúrgico durante sua formação na anestesiologia. O tempo médio que trabalham no HCPA foi de 7 anos.

Semelhante aos cirurgiões, todos anestesistas da amostra responderam que trabalham em vários outros hospitais, principalmente em hospitais privados. A média diária de horas trabalhadas entre segunda e sexta-feira é de 10 horas. Diferente dos cirurgiões, os participantes classificados no grupo A trabalham em média 58 horas/semana; os do grupo B trabalham 63 horas/semana. No grupo A, dois anestesistas responderam que trabalham nos três turnos (manhã, tarde e noite) e os outros dois referiram trabalhar no diurno. No grupo B, os três participantes do sexo masculino responderam que trabalham de manhã, tarde e noite. Quanto aos plantões, todos os fazem, porém com diferença na frequência mensal. Cinco anestesistas, pertencentes tanto ao grupo A quanto ao B, fazem em média 72 horas/mensais de plantões de 12, 18 ou 24 horas. Constatei que as duas anestesistas do sexo feminino trabalham menor número de horas, nenhuma trabalha à noite e fazem entre 24 e 48 horas de plantão/mês. O colega de 57 anos também faz a carga horária de plantões similar às suas colegas. Os demais participantes, do sexo masculino, variam a carga horária de plantões/mês de 72, 96 e 120 horas. Acredito que por serem jovens e no início da vida profissional, tenham que enfrentar uma carga horária maior a fim de conquistar espaço e melhorar o nível econômico. Dos oito anestesistas, sete responderam que às vezes trabalham nos finais de semana, em média dois finais de semana por mês, sendo que o mais jovem trabalha três finais de semanas/mês enquanto que o de 57 anos faz apenas um final de semana/mês. Dois responderam que ocupam cargos de chefias em outras instituições onde trabalham. Percebe-se que os dois grupos (A e B) têm semelhante carga horária mensal de trabalho.

Quanto ao perfil econômico, quatro referiram ganhar mais de 30 salários mínimos (SM) de renda mensal e os outros responderam que ganham menos de 30 SM. Dos oito anestesistas, sete têm casa própria e um está pagando financiamento. Todos têm carro. Somente quatro sujeitos possuem outros bens, tais como: outros carros, casas na praia e/ou serra, empresa, conjunto comercial e consultório.

Nas atividades de lazer, os participantes dos dois grupos responderam que costumam passar as férias ou viajando pelo Brasil (6), ou pelo Exterior (4), no litoral (6), serra (3), viajando pelo estado (1), ou em casa (1). Salienta-se que os pertencentes ao

grupo A citaram menos opções para passar as férias, sendo a preferencial viajar para o exterior ou pelo Brasil. Os sujeitos do grupo B também gostam de viajar, mas marcaram mais opções tais como litoral, serra e casa. Todos indicaram várias opções para se distrair, tais como: ir ao cinema (5), ficar em casa (5), restaurantes (4), passeios (4), encontrar com amigos (3), fazer esportes (3), viagens (3), brincar com os filhos (1). Destes dados apresentados destaco que os mais caseiros foram os sujeitos do grupo A, pois três responderam que gostam de distrair-se em casa. Perguntados quanto à utilização do tempo quando não estão trabalhando no HCPA, sete vão ao cinema/teatro/restaurante, seis disseram que ficam estudando e/ou lendo livros, cinco freqüentando cursos (especialização/mestrado/doutorado), cinco lendo jornais e revistas, cinco realizando alguma atividade física, três trabalhando em outro local, dois assistindo programas de televisão e videocassete, dois fazendo afazeres domésticos, um no computador e um fazendo pesquisa de campo.

Na questão da religiosidade quatro têm fé, porém não freqüentam nenhuma religião; dois são ateus; um respondeu que freqüenta regularmente e um freqüenta raramente alguma religião.

No associativismo percebe-se que os anestesistas não estão tão engajados quanto os cirurgiões, pois somente três responderam que participam de atividade associativa de classe. Os demais sujeitos negaram qualquer participação em atividade associativa.

No campo emocional, foi perguntado ao sujeito como ele costumava relaxar, fora do ambiente de trabalho, quando estava ansioso e/ou estressado. Idêntico aos cirurgiões, as caminhadas foram citadas por seis participantes, cinco relaxam através da leitura, quatro realizam ginástica, dois fazem terapia, um faz atividades manuais, um ingere bebidas alcoólicas, um sai com os amigos, um vai ao cinema, um divide a ansiedade com o namorado ou amiga, um ouve música e o silêncio da sua casa.

Enfermeiras

A seguir apresento o perfil das enfermeiras. Usei a nomenclatura E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 para denominá-las, sendo que E1, E2, E3 e E4 pertencem ao grupo A e as demais ao grupo B. Esta nomenclatura foi usada no decorrer da pesquisa, sendo os dados de identificação apresentados de forma aleatória, com a finalidade de evitar que as

enfermeiras fossem identificadas.

As enfermeiras do grupo A tinham em média 43 anos e as do grupo B tinham em média 36 anos. Relembrando o que constatou a pesquisa de Bianchi e Salzano (1991), quanto maior o tempo de serviço da enfermagem no Bloco Cirúrgico maior o seu nível de estresse; existindo, portanto, uma correlação significativamente elevada entre o nível de estresse e tempo de serviço, observei que as enfermeiras agrupadas no grupo A eram as de maior idade e que trabalham há mais tempo nesta unidade. Independente do grupo, todas eram do sexo feminino.

Em relação ao número de filhos, quatro enfermeiras relataram ter entre um e três; uma estava grávida e as outras não tinham. Duas referiram não ter cônjuge no momento da pesquisa e uma não informou.

Sobre os dados profissionais, uma das pesquisadas além de ser enfermeira é psicóloga, três têm curso de Especialização, duas estão cursando, uma tem Licenciatura em Enfermagem e outra não informou. Entre as enfermeiras o grau de formação também não interferiu na ocupação de cargo de chefia, sendo que somente uma delas possuía esta função. Quanto ao tempo de formado, a média foi de 15 anos. Quanto ao tempo que trabalham em Bloco Cirúrgico, a média foi de 11 anos. O tempo médio que trabalham como enfermeiras contratadas no HCPA, foi de 12 anos. Lembrando que o HCPA foi inaugurado em 1971 (Relatório Anual, 1999), duas delas estão trabalhando há 21 anos no hospital, portanto fazem parte da história desta instituição. Somente duas enfermeiras trabalham em outro local, além do HCPA. Uma trabalha em outro hospital fazendo uma carga horária semanal de 72 horas entre os dois empregos, e a outra exerce sua profissão de psicóloga no diurno e enfermagem no noturno, trabalhando aproximadamente 55 horas/semanais. As demais trabalham 36 a 40 horas semanais. Das oito enfermeiras pesquisadas, três trabalham à noite no Bloco Cirúrgico, fazendo um plantão noturno de 12 horas e 30 minutos e folgando as duas noites seguintes, em média dez plantões por mês. As que trabalham no diurno, costumam fazer um, dois ou três plantões de 12 horas e 30 minutos por mês, nos finais de semanas, com exceção daquela que ocupa cargo de chefia, que trabalha 6 horas e 30 minutos em um sábado por mês.

Quanto ao nível sócio-econômico, seis enfermeiras responderam que sua renda mensal varia de 15 até 20 salários mínimos (SM); uma informou que recebe entre 10 e 15 SM; outra classificou seu ganho entre 20 e 30 SM. Somente uma mora em imóvel

alugado e as demais têm casa própria, porém três delas estão pagando financiamento. Todas têm carro, de modelos populares. A metade delas respondeu que possui outros bens tais como terreno ou apartamento.

Nas atividades de lazer, todas responderam uniformemente que costumam passar as férias no litoral (7), ou viajando pelo Brasil (3), na serra (3), viajando pelo estado (3), em casa (2) ou viajando pelo Exterior (1). Como hábitos de lazer todas indicaram várias opções, tais como: viagens (7), ir ao cinema (6), passeios (6), restaurantes (5), encontro com amigos (4), clube (3), casa (2), esportes (1), leitura e caminhada (1). Perguntadas quanto à utilização do tempo quando não estão trabalhando no HCPA, independente do grupo que pertencem, sete disseram que ficam estudando e/ou lendo livros, cinco responderam realizando afazeres domésticos, cinco lendo jornais e revistas, quatro vão ao cinema/teatro/restaurante, quatro freqüentando cursos, quatro assistindo televisão/vídeo, quatro realizando alguma atividade física e três trabalhando em outro local. Ainda foram citadas outras opções como ir ao supermercado, lojas, fazendo palavras cruzadas, participando de grupos de auto-ajuda/conhecimento, visitando amigos e familiares.

Na questão da religiosidade três responderam que freqüentam alguma religião regularmente; quatro têm fé, porém não freqüentam nenhuma religião; e uma é atéia.

Quanto ao associativismo, somente duas enfermeiras relataram que participam. Uma delas de uma associação holística de paz e a outra de associação cultural.

No campo emocional, foi perguntado a elas como costumavam relaxar, fora do ambiente de trabalho, quando estavam ansiosas e/ou estressadas. Dormir sem uso de medicamentos foi a opção escolhida por sete enfermeiras. As caminhadas foram citadas por cinco delas, duas fazem ginástica e uma natação. A leitura também foi escolhida como forma de relaxar por cinco enfermeiras. Três fazem atividades manuais, duas fazem terapia, uma ingere antidepressivos e uma sai com os amigos. Outras maneiras para relaxar também foram citadas, como: Reike, massagem, alimentação, conversar, meditar e dieta.

Técnicos de Enfermagem

A seguir apresento o perfil dos técnicos de enfermagem. Usei a nomenclatura T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8 para denominá-los, sendo que também os quatros primeiros

pertencem ao grupo A e os demais ao grupo B. Esta nomenclatura foi usada no decorrer da pesquisa, com os dados de identificação sendo apresentados de forma aleatória, com a finalidade de evitar que os técnicos fossem identificados.

Tanto os participantes do grupo A quanto do grupo B tinham em média 38 anos. Somente um técnico é do sexo masculino. A metade da amostra não tinha cônjuge. No grupo A somente uma tem um filho, no grupo B três têm de um a dois filhos.

Quanto às informações profissionais, observa-se que a maioria, embora trabalhe há muito tempo na enfermagem, fez o curso de técnico de enfermagem há pouco tempo. Anteriormente trabalhavam como auxiliares de enfermagem, porém a partir da exigência institucional de somente técnicos de enfermagem permanecerem nas áreas críticas do hospital, os profissionais que queriam continuar no Bloco Cirúrgico foram obrigados a qualificar-se. O tempo médio de formado no curso de Técnico de Enfermagem foi de 3 anos. O tempo médio que trabalham em Bloco Cirúrgico e também que iniciaram a trabalhar nas especialidades cirúrgicas exercidas atualmente foram de 13 anos, muito distante do tempo de formado. Observou-se nas respostas dadas pelos participantes que a maioria já trabalhava no Bloco Cirúrgico antes de realizar o curso de técnico. O tempo que trabalham contratados no HCPA foi de 11 anos. Observou-se que a maioria antes de trabalhar no Bloco Cirúrgico do HCPA já trabalhava em Bloco Cirúrgico de outros hospitais. Na descrição das funções desempenhadas, a maioria (6) preferiu escrever apenas instrumentação cirúrgica e dois colocaram instrumentação e circulante, embora os técnicos de enfermagem de Bloco Cirúrgico exerçam atribuições de instrumentadores e circulantes. O tempo de permanência na função coincide com o tempo em que trabalham em Bloco Cirúrgico ou no HCPA, variando entre 4 e 20 anos. Dos oito participantes, sete só trabalham no HCPA e um respondeu que trabalha em outro local além do hospital, em decorações de festas e recreações. Quanto à carga horária diária realizada, o técnico que trabalha em dois locais informou que trabalha pela manhã no Bloco Cirúrgico e à tarde no outro hospital, fazendo 12 horas/dia; dois técnicos trabalham no horário noturno fazendo o mesmo esquema de trabalho das enfermeiras, ou seja, plantão noturno de 12 horas e 30 minutos com folga de duas noites consecutivas; os demais trabalham no diurno, 6 horas e 15 minutos ou 6 horas e 30 minutos (conforme contrato), três pela manhã e dois à tarde, fazendo esporadicamente horas extras ou horas folgas (horas a mais para poder folgar em outro dia). Dos pesquisados que trabalham no

diurno, somente um informou que não faz plantões nos finais de semana, os outros informaram que fazem um plantão de 6 horas um domingo/mês. Ninguém ocupa cargo de chefia.

Referente ao nível sócio-econômico, cinco informaram que sua renda própria varia entre 5 e 10 SM, dois disseram que ganham até 5 SM e um disse que recebe entre 10 e 15 SM. Embora todos ocupem a mesma função na instituição que trabalham, existem várias faixas salariais decorrentes do tempo de serviço; somando-se a isto, há um diferencial no salário de quem faz horas extras, explicando as divergências salariais encontradas na mesma categoria da mesma instituição. Seis sujeitos informaram que residem em casa própria (um pagando financiamento), um em casa alugada e o outro não informou. Cinco não têm carro e três informaram que têm. Somente dois responderam que têm outros bens; ambos disseram que têm um terreno e um apartamento na praia.

Nas atividades de lazer, os técnicos dos dois grupos responderam uniformemente que costumam passar as férias ou no litoral (8), ou viajando pelo Brasil (3), ou pelo Estado (3), ou na serra (2), ou em casa (3) e ou no campo (1). Como hábitos de lazer todos indicaram várias opções, tais como: passeios (8), encontro com amigos (5), viagens (5), restaurantes (4), ir ao cinema (3), clube (3), esportes (2), ouvindo música (2), casa (1), assistindo TV (1) e pescarias (1). Perguntados quanto à utilização do tempo quando não estão trabalhando no HCPA, independente ao grupo que pertencem, responderam: sete lendo jornais e revistas, seis estudando e/ou lendo livros, seis assistindo televisão/vídeo, seis realizando alguma atividade física, cinco indo ao cinema ou restaurante, cinco realizando afazeres domésticos, um fazendo esportes e um trabalhando em outro local.

Na questão da religiosidade quatro responderam que freqüentam alguma religião regularmente; dois eventualmente; um raramente; e um tem fé, porém não freqüenta nenhuma religião.

No associativismo, dois responderam que estão ligados a associações filantrópicas e um referiu participar de uma atividade administrativa do condomínio onde mora.

No campo emocional, foi perguntado ao sujeito como ele costumava relaxar fora do ambiente de trabalho quando estava ansioso e/ou estressado. A leitura foi a forma mais citada para relaxar, sendo escolhida por seis sujeitos; após, vieram as caminhadas, citadas por cinco sujeitos, quatro dormem sem uso de medicamentos, três fazem

ginástica, três fazem atividades manuais e natação, dois fazem massagem, um fuma, um escuta música e um olha fitas no vídeo ou cinema.

Perfil comparativo dos atores

Pelo exposto anteriormente, pude delinear o perfil das quatro categorias profissionais, traçando um paralelo comparativo entre elas.

Os cirurgiões pesquisados apresentam um padrão sócio econômico cultural elevado. Todos trabalham em outros locais para manter o padrão econômico. Trabalham muito, em média 11 horas diárias, embora os sujeitos do grupo A trabalhem mais (média 72 horas/semana) do que os do grupo B (média 60 horas/semana). Todos são experientes nas suas especialidades cirúrgicas e têm uma grande vivência de Bloco Cirúrgico, pois trabalham há mais de 10 anos neste setor e atuam no HCPA há mais de 8 anos. Todos estudam e lêem para manter-se atualizados. A maioria não faz mais plantões. Os mais jovens freqüentam mais cursos e congressos.

As atividades de lazer são semelhantes para os dois grupos dessa categoria, modificando apenas para os mais velhos, que estão voltados para outros interesses. A maioria citou o litoral e viajando pelo Brasil ou exterior como opções preferenciais para as férias. Como diferença entre os grupos A e B destaca-se que estes últimos são mais caseiros, pois três citaram a sua casa como opção para passar as férias e local para distração; já os primeiros quase não relataram essa possibilidade. Apenas a metade costuma praticar esporte como distração e lazer. O hábito mais freqüente de distração é o cinema seguido de encontros entre amigos.

Para relaxar, foram mencionadas como hábito mais freqüente as caminhadas. Somente a metade deles referiu fazer atividade física, tendo sido o tênis o esporte mais citado.

A minoria (2) freqüenta religião regularmente, porém cinco deles relataram ter fé.

O associativismo aparece forte na categoria dos cirurgiões, pois a maioria (6) participa de atividade de classe.

Os anestesistas apresentam padrão sócio econômico cultural um pouco menor do apresentado pelos cirurgiões, talvez porque a faixa etária e o tempo de atuação sejam menores.

Enquanto todos os cirurgiões responderam que ganham mais de 30 SM, somente a metade dos anestesistas pesquisados consegue alcançar este nível salarial. É importante ressaltar que os anestesistas contratados são assalariados, ganhando pela carga horária trabalhada e não pela produtividade. A diferença no padrão econômico entre as duas categorias manifesta-se no poder aquisitivo: entre os cirurgiões sete têm carro importado enquanto dois anestesistas também têm.

Todos declararam que precisam trabalhar em outros locais para manter o padrão econômico. Trabalham em média 10 horas diariamente. Quando comparado à quantidade de horas trabalhadas/dia, observo que não existe grande diferença na jornada de trabalho diário entre cirurgião e anestesista, porém, comparado com a carga trabalhada mensal, os anestesistas trabalham mais, porque realizam plantões que somam em média 72 horas/mês. Observa-se que os anestesistas fazem mais plantões que os cirurgiões, pois enquanto a maioria dos cirurgiões pesquisados não faz mais plantões, todos os anestesistas ainda fazem.

As atividades de lazer são semelhantes para as duas categorias analisadas, ressaltando apenas que os cirurgiões responderam mais viajando para o exterior e como segunda opção pelo Brasil enquanto os anestesistas responderam o contrário. Nas férias a maioria citou o litoral e viajando pelo Brasil ou exterior como opções preferenciais.

O costume mais freqüente de lazer entre as duas categorias é o cinema. Ficar em casa foi outra opção mais citada pelos anestesistas. Como forma de relaxar, idêntico aos cirurgiões, as caminhadas foram citadas pela maioria dos anestesistas, seguido de leitura. A metade dos anestesistas informa que faz ginástica como forma de relaxar.

Quanto à religiosidade a maioria tem fé, porém não freqüenta nenhuma religião, entre os cirurgiões encontram-se três ateus e entre os anestesistas dois. O associativismo não aparece tão forte nesta categoria profissional quanto na dos cirurgiões.

As enfermeiras que participaram desta investigação têm a idade média de 40 anos. Esta categoria profissional apresenta um padrão sócio econômico cultural médio; observa-se isso pela faixa salarial, média entre 15 e 20 SM, com um poder aquisitivo suficiente para adquirir carros populares e casa própria, muitas vezes financiada. Não viajam para o exterior, optando na maioria das vezes pelo descanso no litoral. O nível máximo de qualificação encontrado foi Especialização. Trabalham em média 40 horas

semanais somente no HCPA, embora duas delas trabalhem mais horas, por terem dois empregos, para aumentar o padrão econômico. Todas são experientes na profissão e a maioria tem uma grande vivência de Bloco Cirúrgico porque trabalham há mais de 9 anos neste setor. Quase todas estudam e lêem para manter-se atualizadas. A maioria faz plantões. Pelo fato das investigadas serem exclusivamente do sexo feminino e de terem um nível econômico médio, observa-se que muitas delas realizam afazeres domésticos quando não estão trabalhando no hospital.

As opções de lazer e distração são diversificadas, o que pode estar associado ao fato de terem mais tempo disponível.

Dormir, caminhar e ler foram os itens mais freqüentemente apontados como formas usadas para relaxar da ansiedade e do estresse fora do ambiente de trabalho.

A maioria tem religiosidade, pois somente uma manifestou-se atéia.

No associativismo percebe-se que a atuação da categoria dos enfermeiros é inexpressiva, pois nenhuma entrevistada participa de atividade associativa de classe.

Os técnicos de enfermagem apresentam um padrão sócio econômico cultural inferior às demais categorias estudadas: todos têm o segundo grau completo e ganham entre 5 e 10 SM. Somente um trabalha em outro local, aparentemente demonstrando que a maioria consegue manter seu padrão de vida com o ganho com um só emprego. O poder aquisitivo não permite viagens ao exterior e apenas três sujeitos têm automóvel. Trabalham em média 6 horas e 30 minutos diariamente, embora aqueles que trabalham à noite façam plantões de 12 horas e 30 minutos. A maioria é experiente em Bloco Cirúrgico e tem uma grande vivência deste setor, porque já trabalhavam em outros Bloco Cirúrgico antes de atuarem no HCPA. A maioria faz plantões de final de semana, porém com uma carga horária menor que as enfermeiras.

Observa-se uma tendência de aperfeiçoar-se e atualizar-se, pois seis responderam que utilizam o tempo em que não estão trabalhando no hospital estudando e lendo livros e sete lendo jornais e revistas. Todos estudam e lêem para manter-se atualizados.

A opção de todos os técnicos de enfermagem para passar as férias foi a praia.

As formas mais citadas de relaxar do estresse foram: leituras, caminhadas e dormir.

É a categoria pesquisada que mais assiste televisão e mais realiza afazeres domésticos (5) quando não estão trabalhando, talvez porque dos oito sujeitos pesquisados sete eram mulheres.

A religiosidade está mais presente nesta categoria profissional, pois todos responderam que têm fé sendo que sete freqüentam alguma religião.

Nota-se que o associativismo de classe também não está presente, da mesma forma que entre as enfermeiras.

Analisando os dados encontrados entre as categorias investigadas, observei que um dos critérios para a seleção dos sujeitos, trabalhar há mais de dois anos no Bloco Cirúrgico do HCPA, foi sobejamente atendido. A média do tempo de trabalho no Bloco Cirúrgico entre os profissionais pesquisados foi de 27 anos entre os cirurgiões, 9 entre os anestesistas, 11 entre enfermeiras e 14 entre os técnicos de enfermagem. Neste coletivo investigado encontrei seguramente uma bagagem riquíssima de experiências e sentimentos vivenciados pelos sujeitos durante tantos anos de trabalho.

Considerando a ordem dos profissionais apresentados no texto, isto é, primeiramente os cirurgiões, seguindo-se os anestesistas, após as enfermeiras e por último os técnicos de enfermagem, observei que os primeiros apresentam um nível sócio-econômico-cultural maior, decrescendo proporcionalmente conforme as categorias a seguir. Todos os cirurgiões informaram ganhar mais de 30 SM, enquanto que essa faixa salarial é alcançada somente pela metade dos anestesistas. Na média as enfermeiras informaram ganhar entre 15 e 20 SM e os técnicos de enfermagem entre 5 e 10 SM, sendo que somente nesta última categoria profissional encontrei 5 sujeitos que não têm carro. Quanto maior o tempo de escolaridade mais horas trabalhadas durante o dia. Tanto os cirurgiões quanto os anestesistas trabalham em vários locais, enquanto que somente duas enfermeiras e um técnico de enfermagem têm dois empregos.

A preferência de passar as férias no litoral foi igualmente citada por todos, independente da categoria profissional; não obstante, à medida que aumentam as condições econômicas aumentam as opções de viagens ao exterior, citadas pelos cirurgiões e alguns anestesistas.

Para distrair-se, os cirurgiões e os anestesistas citaram como opção mais freqüente

ir ao cinema; como alternativa, os cirurgiões preferem encontros com os amigos enquanto os anestesistas ficam em casa descansando. As enfermeiras mencionaram como hábitos de lazer viagens, cinema, passeios e outros. Os técnicos preferem passeios, encontros com amigos e viagens.

Quanto à utilização do tempo quando não estão nesta empresa, os cirurgiões e anestesistas responderam que trabalham em outro local. Já a maioria das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem respondeu realizando afazeres domésticos, sendo que os técnicos também responderam vendo televisão; lembrando, entre o pessoal de enfermagem pesquisado só houve um homem.

Caminhadas foram referidas por todos os profissionais como método mais usado para relaxar fora do ambiente de trabalho. A metade dos cirurgiões e dos anestesistas também citou praticar esportes ou ginástica. Tanto as enfermeiras quanto os técnicos mencionaram a leitura e dormir, além das caminhadas, como forma de relaxar.

Na religiosidade observei que os técnicos de enfermagem formam a categoria que apresentou mais fé. Três cirurgiões, dois anestesistas e uma enfermeira se disseram ateus.

No associativismo de classe os cirurgiões são os mais envolvidos, enquanto na enfermagem esta participação é inexpressiva. Chamou a atenção dois técnicos estarem envolvidos com associativismo filantrópico.

Como os indicadores de estresse estão relacionados ao comportamento do indivíduo, não foram evidenciadas diferenças significativas entre os dados de identificação dos participantes dos grupos A e B.

4.2 APRESENTANDO A CATEGORIZAÇÃO

Neste capítulo apresento as categorias que emergiram das entrevistas realizadas com os trinta e dois profissionais, pertencentes à equipe multiprofissional que trabalha na sala de cirurgia.

Na etapa de análise dos conteúdos das entrevistas, inicialmente agrupei as unidades de informações de acordo com as semelhanças semânticas, realizando uma categorização inicial com treze categorias, apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Categorização inicial dos conteúdos de entrevistas com profissionais que atuam em sala de cirurgia.

Nº da Categoria	Nome da Categoria
1	Vivências significativas ocorridas na sala cirúrgica (SC)
2	Conflitos evidenciados na sala cirúrgica
3	Processo de estresse na sala cirúrgica
4	Situação no trabalho que gera tensão
5	Sentimentos diante da situação de estresse na sala cirúrgica
6	Fatores estressores na sala cirúrgica que geram estresse
7	Situações na sala cirúrgica que geram estresse
8	Comportamento durante a cirurgia
9	Condução na prática profissional diante situação de estresse na SC
10	Manejo dos estressores no ambiente de trabalho
11	Formas de amenizar o estresse na sala cirúrgica
12	Interferência do estresse da sala cirúrgica no profissional
13	Outras informações importantes

Fonte: Pesquisa Direta: Caregnato, Rita Catalina Aquino. Categorias iniciais provenientes dos dados coletados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Estas treze categorias foram posteriormente reagrupadas em seis categorias maiores com subcategorias, seguindo o critério da semelhança do conteúdo. Para facilitar a visualização destas categorias, construí gráficos que denominei de mapas, com o intuito de apresentar as categorias e subcategorias de forma esquemática. Esta nova classificação denominei de categorização final e apresento no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Distribuição das categorias finais e subcategorias dos conteúdos de entrevistas com profissionais que atuam na sala de cirurgia.

Nº da Categoria	Nome da Categoria	Subcategorias
1	Vivências significativas do estresse	Intercorrências Conflitos Ambiente estranho Sentimentos decorrentes das vivências de estresse
2	Situações que geram estresse	Relacionamento interpessoal Ato cirúrgico Ambiente Material e equipamentos Comportamento do cirurgião Incertezas Condições do paciente
3	Comportamento individual na sala cirúrgica	Autopercepção do comportamento Envolvimento com o trabalho Comportamentos frente ao estresse
4	Manejo do estresse	Manejo centrado no problema Manejo centrado na emoção Manobras de alívio Desenvolvimento das relações sociais
5	Responsabilidade e comprometimento	Da equipe Do cirurgião Do anestesista Da enfermeira Do técnico de enfermagem
6	Manifestações físicas e psíquicas	Físicas Psíquicas

Fonte: Pesquisa Direta: Caregnato, Rita Catalina Aquino. Categorias finais provenientes dos dados coletados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

A seguir, apresento as seis categorias emergidas na pesquisa e suas subcategorias, em forma de mapas. Em cada categoria, apresento quatro gráficos em forma de mapas correspondendo a cada classe de profissional pesquisada. Finalizando cada categoria, mostro um quadro com aspectos comuns identificados entre todos os profissionais, independente da classe profissional a que pertencem.

4.2.1 Vivências significativas do estresse

A primeira categoria emergida das entrevistas foi denominada de *vivências significativas do estresse*. As quatro subcategorias que a compõe são as *intercorrências*, *conflitos*, *ambiente estranho* e *sentimentos decorrentes das vivências de estresse*, sendo a primeira e a última subcategoria relatadas com maior frequência por todos

profissionais. Nesta categoria, nos mapas das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem não aparece a subcategoria *ambiente estranho* porque não foi relatada.

É importante destacar que a maioria dos entrevistados disse que as vivências negativas marcam mais. Alguns profissionais relatam que as vivências positivas ocorrem com maior frequência gerando satisfação, porém marcam menos porque são esquecidas. Percebi que há um senso comum, entre a maioria dos pesquisados, associando o estresse a fatores negativos. Diferente da maioria dos profissionais, E5, quando questionada sobre as vivências marcantes no Bloco Cirúrgico, respondeu: “só tenho vivências positivas”. Os técnicos de enfermagem, embora tenham feito os seus relatos de vivências significativas do estresse associados a experiências negativas, também ressaltaram algumas experiências positivas marcantes. Um deles relatou que o trabalho desenvolvido em equipe para atender a um paciente grave, que fez uma reintervenção cardíaca, foi uma vivência significativa de sua vida profissional, a qual deixou marcas de estresse positivo. Outro técnico citou a agilidade e destreza desenvolvida.

A1, A2, A4, A6, A7 e A8 justificam porque as experiências negativas deixam marcas. Apresento abaixo algumas falas que exemplificam o que foi relatado.

... vivências positivas são a maioria, então, geralmente a gente acaba ficando muito mais impressionado com as coisas negativas que acontecem... C3

... eu acho que em geral as coisas negativas marcam bem mais que as coisas positivas; então, para nós cirurgiões o que realmente marca são os problemas e as complicações graves que acontecem, isso acontece com todos, em maior ou menor número, então as coisas que mais me marcaram foram coisas negativas ... C4

... eu acho que marca mais, normalmente, dentro da sala de operação são as vivências negativas porque as vivências positivas que tu tem, de ver o teu paciente bem, normalmente a gente vê no follow-up do paciente, porque quando o paciente fala que ele não sentiu dor, que foi boa, como no despertar que ele não percebeu nada, aí você consegue ter uma percepção diferente... A1

... eu acho que as [vivências] negativas é que marcam mais, porque é uma coisa que foge do teu controle. A2

... para mim eu acho que todas são experiências positivas, porque é o meu dia a dia, eu gosto muito do trabalho, então o meu dia a dia é cheio de experiências positivas na minha área de trabalho, porque é a rotina; então, qualquer coisa que saia fora, me marca, assim, (...) eu acho que dentro da minha especialidade eu tenho, diria que 99% de experiências positivas e talvez 1% de negativas (...) é muito mais fácil uma experiência negativa marcar porque isso cai fora do que é o meu objetivo do dia a dia... A6

... a negativa acaba te chamando mais a atenção porque ela (...) cala fundo, ela te toca,

ela te leva a ter autocrítica: mas o que está errado? Aonde que está errado e não pode acontecer de novo, não é. A vivência positiva, ela é um pouco diferente. (...) não fica o rosto, tu entende, diferente do paciente que tu perde, este fica o rosto, este tu lembra. A vivência positiva ela é muito boa, só que a satisfação que ela te dá, ela é muito curta, por que? Porque daqui a pouco, que bom que deu certo, tá, então bota outro...

... vivências negativas que são o que mais marcam na vida da gente, porque as positivas tu acaba esquecendo que é uma coisa boa que acontece E3

Segundo os profissionais, as vivências negativas marcam mais e são lembradas, pois se constituem de situações inesperadas, onde estes perdem o controle da situação e, em conseqüência, desencadeiam medo e sofrimento, como relata A8:

Quando tu tem a vivência negativa, o próximo que vai entrar, tu já vai acuado. Tu vai prestando mais atenção nas coisas para que aquela sucessão de fatos não ocorra na outra, novamente. A8

Dejours (1992, p.52) diz que o sofrimento no trabalhador começa quando este, após ter usado de tudo que dispunha, tanto de saber quanto de poder na organização do trabalho, não consegue mais mudar a tarefa. Isto ocorre quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. *A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento.* O autor (1992) diz ainda que o sofrimento dos trabalhadores manifesta-se através de dois sintomas: a insatisfação e a ansiedade. Stagner (apud Krahl, 2001) definiu o sofrimento de forma diferente a Dejours, descrevendo-o como sendo uma sensação de angústia, dor, medo e ansiedade. Penso que os profissionais relataram mais as vivências negativas como marcantes pois estas desencadearam sofrimento, que por sua vez proporcionou crescimento.

É importante lembrar que o Bloco Cirúrgico é uma unidade considerada como área crítica do hospital, sendo assim classificada por ter características especiais. Nestas unidades os profissionais convivem com situações complexas e instigantes, geradoras de um nível elevado de estresse. O objeto de trabalho é a vida humana, levando os profissionais a se defrontarem, freqüentemente, com situações inesperadas, dificuldades, ambigüidades e com a morte, provocando níveis particularmente altos de ansiedade, depressão e estresse. A grande responsabilidade da equipe agregada ao desafio de vencer e à dualidade entre a vida e a morte geram um ambiente tenso e estressante, refletindo psicologicamente em toda equipe.

Beck (2001, p.15-16) descreve algumas características especiais encontradas nas

áreas críticas, tais como: equipes compostas por vários trabalhadores da saúde, ambiente hostil, situações de emergência que exigem empenho e habilidades, pacientes de diferentes faixas etárias com risco de vida (o que torna o limiar entre a vida e a morte muito tênue) dificuldades no relacionamento interpessoal, dentre outras.

Comparando as subcategorias da categoria *vivências significativas do estresse*, emergidas das situações marcantes relatadas pelos profissionais, com as características especiais de áreas críticas descritas por Beck (2001), constatee várias similaridades.

Os mapas 1, 2, 3 e 4 exibem a primeira categoria com suas subcategorias. Eles apresentam as *vivências significativas do estresse* por categoria profissional, sendo que o quadro 3 mostra as vivências comuns de todos os profissionais envolvidos na pesquisa. O mapa 1 corresponde aos cirurgiões; o mapa 2, aos anestesistas; o 3, às enfermeiras; o 4, aos técnicos de enfermagem; e o 5 mostra as vivências comuns ao grupo de profissionais. A seguir passo a descrever as subcategorias desta primeira categoria.

Intercorrências

A subcategoria denominada *intercorrências* aparece como uma das mais marcantes nos grupos dos cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem. O cirurgião denominado C6 resume as intercorrências, no seu depoimento sobre as vivências significativas do estresse, dizendo:

... estresse [surge] em situações em que o nível de exigências, de complexidade, onde a surpresa ou mais chato a intercorrência cirúrgica em si gerou muita ansiedade, muita apreensão... C6

Para as enfermeiras as intercorrências também são significativas, porém não com tantos fatores desencadeadores como para os outros profissionais que se encontram na sala cirúrgica durante toda a cirurgia. A maioria dos sujeitos das quatro categorias profissionais estudadas apontou como a intercorrência mais marcante geradora de vivências significativas do estresse a morte do paciente. Ela deixa marcas nos profissionais da área da saúde e é a maior preocupação dos cirurgiões e anestesistas, pois estes dizem que são mais responsáveis pelo paciente perante a família do que a enfermagem, uma vez que acompanham os pacientes e famílias no pré e pós-operatório.

Beck (2001) diz que a morte tem um significado diferente entre os familiares do

paciente e os profissionais da saúde. Para os primeiros pode significar o limite extremo do sofrimento, porém para a equipe pode significar incompetência, inabilidade, conduzindo-os a um sentimento de impotência.

... eu acho que o risco da morte na sala de cirurgia é uma coisa que gera estresse para todo mundo... C4

... encontrar uma família e dizer, (...) comunicar, uma cirurgia que não se previa que pudesse ocorrer uma morte no transoperatório; uma coisa muito marcante, muito desagradável. C7

Beck (2001) reforça que o trabalhador atuante em área crítica manifesta sua subjetividade em situações próprias relacionadas à morte dos pacientes e ao sofrimento dos seus familiares. A autora lembra que o trabalhador, frente às dificuldades enfrentadas, reagirá conforme sua personalidade e experiências vivenciadas que o sensibilizaram, gerando algumas dificuldades e sentimentos muitas vezes ambíguos, que vão da impotência à onipotência, da alegria à tristeza, da esperança à desesperança (Beck, 2001, p.17).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) referem que um evento ou uma situação de vida estressante irá gerar desafios no indivíduo aos quais o seu organismo, muitas vezes, não conseguirá responder adequadamente. Holmes é um dos nomes importantes dentro do estudo do estresse porque juntamente com Rahe e, na década de 50, com Hawkins quantificaram os aspectos do estresse que até então eram subjetivos. Eles escolheram 43 eventos que geram estresse na vida de uma pessoa normal e os quantificaram, atribuindo peso elevado ao evento morte. Usdin e Lewis (1981) relatam que essas escalas foram padronizadas e utilizadas amplamente nos Estados Unidos e no exterior, sendo que, mesmo entre pessoas de culturas muito diferentes, houve uniformidade em atribuir elevado peso aos itens relativos à morte e à doença. Embora a evolução dos tempos tenha proporcionado avanços importantes em todos os aspectos, segundo Maranhão (1996) a essência do homem não mudou, com o passar dos anos, em relação ao sentimento da morte. O homem continua sentindo medo da morte pois não consegue controlá-la ou evitá-la.

Os cirurgiões, os anestesistas, as enfermeiras e os técnicos de enfermagem disseram que a intercorrência mais marcante é a morte ou Parada Cardiorrespiratória (PCR) com seqüela do paciente. Marcaram mais quando ocorreram por negligência profissional,

quando a vítima era uma criança ou paciente jovem, ou quando a morte foi inesperada.

... foi um rapaz de 21 anos, (...) ele veio fazer uma cirurgia de amígdala, e quando anestesiaram, aí deu hipertermia maligna nele e aí o que aconteceu? Aí, deu um estresse total na equipe; chamaram cirurgião geral abriram o tórax, o cirurgião geral massageou direto o coração e não resolveu, e outro estresse foi como a enfermeira do bloco, envolveu todo mundo que foi dar a notícia para a mãe, que estava na sala de espera e a mãe desmaiou, ali na frente da porta do bloco, e aí já entrou todo mundo em pânico, (...) aí que entra a parte de como dar uma notícia (...) aí foi um estresse total (...) todo mundo se envolveu com o caso. T4

Beck (2001) também aborda os aspectos associados ao ambiente de trabalho das áreas críticas, que trazem questões como o significado dos eventos e o enfrentamento da dor, sofrimento e morte pelos trabalhadores. Intercorrências graves, como a morte inesperada de um paciente ou parada cardiorrespiratória com seqüelas, mobilizam profundamente o profissional, exigindo recursos de enfrentamento nem sempre presentes no indivíduo.

*... eu estava recém formado, eu operei uma menina de apendicite aguda (...) ela teve uma daquelas síndromes de hipertermia no pós-operatório, maligna e morreu depois [de alguns dias] (...), foi um trauma muito grande que eu sofri, coisa a ponto de desistir da profissão, por me sentir extremamente deprimido; aí eu fui procurado pela própria família da paciente que me disseram que se tivessem algum caso de novo na família que me procurariam porque admiraram a minha dedicação. C**

Os únicos profissionais que abordaram a morte de jovens como vivência significativa do estresse, quando relacionada à doação de órgãos, foram os técnicos de enfermagem. Alguns profissionais relataram suas vivências marcantes, que ilustram bem esse fato.

... doação dos órgãos (...) dois óbitos na minha sala de cirurgia, uma foi uma urgência de um rapaz bem novo, com 20 e poucos anos, (...) então para mim, é uma das coisas que mais me estressa, não estressa mas que me deixa marcada, principalmente quando é um adolescente por um acidente ou por tiro, por alguma coisa, (...) porque eu tenho dois filhos adolescentes, então, tudo leva a pensar no teu filho, (...) tu sempre pensa na tua família, vê o lado do paciente, daquela família, também, que tá lá fora, sofrendo, por ter perdido um ente querido, então, eu sempre penso naquela parte ali (...), mas ao mesmo tempo está beneficiando outros, que vão receber os órgãos; então, esse fator me marca bastante. T1

* Quando houver risco de identificação do sujeito da fala, este não será identificado, apenas especificado pelo seguinte símbolo *.

Os profissionais da saúde que trabalham em áreas críticas deparam-se no seu cotidiano com “*eventos situacionais*”⁵ que trazem o risco de vida do paciente, somando às angústias dos familiares e da própria equipe, muitas vezes ligados à incerteza sobre a recuperação da saúde (Beck, 2001, p.19). Como eventos situacionais, a autora entende que são aqueles inesperados, ou seja, os que não se consegue prever.

... normalmente vivências mais estressantes em sala de cirurgia é parada cardíaca, eu já perdi paciente em sala, ruptura de aneurisma, situações assim que fogem do controle e que na verdade deixa o povo meio enlouquecido na hora ali, que tu estás sentindo que tu estás perdendo o teu paciente. Eu acho que a pior sensação que eu tive foi uma paciente muito jovem que tinha aneurisma de aorta torácica, ela tinha 20 anos (...) o transcurso tinha sido perfeitamente bem até o cirurgião praticamente ter fechado a aorta quando a aorta se lacerou e não tinha mais o que se fazer; daí ele disse: desliga tudo...A1

... uma situação que me marcou foi quando um paciente de 19 anos veio para fazer septoplastia (...) e a gente ouvia aquelas batidas na porta, fui ver o que era; a mãe do paciente dizendo que o filho dela estava passando mal; aí eu (...) disse: a senhora não se preocupe eu vou ver o que é; eu não sabia de nada e fui na sala onde ele estava sendo operado (...) cheguei lá, olhei pela janelinha da sala assim o que eu vejo? Um pernas bem bonitas de jovem, meus olhos vão subindo assim aquele tórax, aberto massagem cardíaca, paciente veio fazer septoplastia e teve um problema ali... foi um horror, isso aí eu nunca mais vou esquecer. Morreu, morreu na sala; foi feito massagem cardíaca externa, depois interna, foi colocado gelo, foi feito [de tudo] olha, não conseguiram reverter (...) paciente bem sadio, foi o primeiro a chegar no bloco, de ambulatório, veio caminhando para o bloco... E2

... me marca muito [intercorrências] nas crianças; assim quando tu lida com crianças eu acho que me marca muito pela situação delas assim de indefesas, de problemas, eu acho isso me abala... E4

É importante ressaltar que os anestesistas disseram ser marcante a parada cardiorrespiratória inesperada; isso fica claro quando A6 diz:

... então o residente estava fazendo a anestesia, quando injetou, o paciente fez convulsão e, em seguida fez parada cardíaca, nós tratamos no momento, assim, rapidamente. paciente reverteu mas na hora assim, por um minuto, tive aquela impressão que o paciente não voltaria e já comecei a ficar preocupadíssimo, o que vai acontecer? como é que nós vamos falar com a família? depois no fim, acabou bem, conseguimos reverter e foi assim a situação porque era uma paciente jovem, que não tinha patologia nenhuma, foi um acidente na verdade anestésico... A6

A morte de pacientes, principalmente de jovens ou de forma imprevista, marcou os profissionais porque gerou sofrimento. Dejours (1992) considera que as aspirações

⁵ O itálico é da autora da citação.

geralmente são maiores do que o nível de qualificação e de formação do trabalhador, originando sofrimento quando o progresso desta relação é, de alguma forma, impedida. Como os médicos e enfermeiros que trabalham no Bloco Cirúrgico sentem-se superiores aos demais profissionais das suas categorias, em função do domínio das ações complexas sobre os pacientes, podendo definir a vida ou a morte dos mesmos (Krahl, 2001), a morte de um paciente desencadeará nestes profissionais sofrimento pela impossibilidade em alcançar seu objetivo e, simultaneamente, aparecerá o sentimento de impotência, depressão e culpa.

... a primeira vez que a gente perde um paciente, quer dizer, dentro da sala, foi quando eu fui RI; um paciente veio para fazer uma amputação de coxa e por motivos outros e até, que eu acho, até um tanto de mal manejo, falta de experiência (...) um certo excesso de autoconfiança (...) então isto foi uma coisa que me marcou, foi uma lição, entendeu? Eu perdi um paciente que estava em uma situação adversa para ele mas, principalmente, por que eu acho que eu subavalei o paciente, eu subestimei a patologia. Então aquilo foi uma vivência que me marcou muito, muito. Muito, muito estressante. A8

O eminente fracasso desencadeia, muitas vezes, a perda de controle dos semideuses, em especial do cirurgião, porque ele se sente mais responsável pelo paciente do que os demais profissionais pertencentes a equipe. Beck (2001) afirma que eventos que ocorrem em áreas críticas, como o óbito inesperado, deixam evidente para o profissional da saúde sua incapacidade de manter o paciente vivo, e isto mobiliza vários sentimentos como a impotência, a ira, a tristeza e a perda do controle da situação.

Dentro da subcategoria *intercorrências*, além da morte e parada cardiorrespiratória, o sangramento intenso, outra variável incontrolável, também foi citado pelas quatro categorias profissionais como uma vivência significativa, independentemente de ter sido provocado por acidente, falta de sangue para reposição ou por falta de material adequado para coibir o sangramento. Nas falas os sujeitos relatam estes fatos marcantes.

... numa cirurgia foi numa hepatectomia direita que nós fizemos e no transcurso na liberação do fígado junto a cava (...), houve ruptura de um ou dois vasos e teve um sangramento profuso e nós tivemos que controlar isso com sutura vascular; então foi uma situação de bastante estresse que eu tive em sala e que me marcou bastante ... C5

... a paciente começou a sangrar e a gente pediu sangue, e ela começou a sangrar e não tinha mais sangue e a paciente parou e morreu na sala, depois de algum tempo de cirurgia, sem poder coibir um sangramento grande; tridesagradável encontrar uma família e (...) comunicar, uma cirurgia que não se previa que pudesse ocorrer uma morte no transoperatório; uma coisa muito marcante, muito desagradável. C7

... uma curetagem que é um procedimento super corriqueiro de 15 minutos; iniciou a

curetagem super tranqüila (...) de repente me chamam correndo na sala que a paciente estava sangrando demais, e quando eu cheguei na sala o balde estava pela metade, ela sangrava muito, muito e foi uma coisa de minutos, que é uma situação estressante porque não era esperado, era uma paciente com o colo bem aberto, colo bem amolecido, um aborto séptico e não se sabia se tinha perfuração uterina (...) a paciente eu acho que nem tinha sangue providenciado, (...) a gente se assusta com aquilo (...) quando a gente vê muito sangue a gente se assusta mesmo porque não é para ter muito sangue (...) quando é muito sangue é porque tem problema, operar não significa ver muito sangue, significa ver um pouquinho, não é para o paciente perder sangue não. E7

... era para ser um exame só e de repente não sei se pegaram uma veia, uma artéria e foi uma correria e eu não sabia para onde eu ia correr (...) estava sangrando e depois eu fiquei sabendo que ele foi a óbito; daí me marcou bastante, eu achei bem estressante pois a gente não sabe e não tem como ajudar, a gente quer ajudar e não sabe, não tem como ajudar. T8

Os cirurgiões e os técnicos de enfermagem relataram como vivências significativas do estresse problemas cirúrgicos, anestésicos, o erro médico e o uso de material ou equipamento inadequado que estava sem condições de uso ou que faltou no momento cirúrgico necessário. Alguns cirurgiões e técnicos de enfermagem citaram alguns casos ocorridos que ilustram esse tipo de intercorrência.

... eu acho que foi a perda de um paciente na mesa de cirurgia; era um paciente relativamente jovem, e que estava com hemorragia digestiva e necessitou várias unidades de sangue e durante a transfusão foi, momentos assim de estresse e de dificuldades; era uma residente de anestesia (...) fazendo a anestesia, assessorada por um professor; esse paciente durante a transfusão, na época usavam colocar nos frascos um aparelho de manguito, e entrou ar para circulação, o paciente fez uma embolia, eu abri o tórax e a massagem cardíaca foi ineficiente porque era uma embolia maciça e era um paciente jovem aquilo me chocou muito; eu já perdi outros pacientes em cirurgia, mas em situações previstas, mas não numa situação imprevista, e a situação imprevista me fez assim muito mal; essa foi uma situação de estresse... C2

... o que muitas vezes me deixa muito estressado é quando ocorre algum desequilíbrio devido à anestesia; então o paciente, digamos assim, ou ele chocou ou ele está chocando ou quando tem qualquer uma intercorrência ligada ao ato anestésico; então eu fico assim, com uma certa ansiedade... C5

... um monte de anestesistas, não estavam conseguindo intubar a paciente, todo mundo desesperado: [diziam] vai dar parada, traz o carrinho; daí aquela correria e não conseguiram entubar o paciente, e isso aí marca bastante, a gente pensa que eles: vamos perder, vamos perder o paciente; e aí marca bastante (...) é estressante. T8

Ainda outras intercorrências cirúrgicas foram citadas como marcantes somente pelos cirurgiões, tais como: infecção, IAM no transoperatório, caso de má evolução e exigência maior que a capacidade.

... uma outra vivência que eu tive, assim, importante, foi um paciente com uma infecção por anaeróbio muito grande e que nós fomos fazer um debridamento, era na coxa e a

medida que nós íamos seccionando o tecido, mais tecido comprometido tinha; então praticamente nós fomos do pé até a axila retirando uma grande parte de tecido, era uma infecção muito grave e era uma paciente que acabou indo a óbito... C5

... operando (...) meu amigo ele infartou e fez uma parada cardíaca transoperatória e foi um corre-corre grande, esse paciente recuperou e aí ele começou a ter sangramento muito grande porque ele tinha um aneurisma de artéria ilíaca e esse aneurisma rompeu durante o choque, na manobra de recuperação e ele ficou numa situação (...) ele tinha que receber choque para fazer a cardioversão e a gente não podia tirar o dedo de cima do aneurisma na hora do choque (...); então foi um negócio muito sofrido, muito grande, recuperou, o paciente tá aí (...) ele parou umas três vezes, recuperou (...) mas foi muito... muito estressante, muito estressante. C7

Os anestesistas apontaram as situações imprevistas e falta de entrosamento na equipe. Como pode ser constatado nos relatos dos anestesistas já apresentados, as situações imprevistas foram definidas como: qualquer coisa que saia da rotina, parada cardiorrespiratória, dificuldade de reanimação ou intubação, laringoespasma, convulsão e intercorrências em paciente jovem e hígido.

... eu me senti muito estressado na medida em que eu atendi uma criança, numa cirurgia, digamos de certa forma simples, mas eu tinha feito um relacionamento muito saudável com os pais dessa criança (...) eles se mostraram muito ansiosos em relação ao procedimento e ao fim de uma entrevista eles passaram a depositar uma grande confiança, uma grande expectativa, de sucesso e essa criança quando terminou a cirurgia ao remover o tubo endotraqueal ela apresentou um laringoespasma, daqueles que eu acredito que não vi nenhuma vez semelhante; então essa criança quase, ela não chegou a fazer parada cardíaca, mas ela ficou tão mal que nós, a equipe, acabamos fazendo manobras de reanimação, porque nós não tínhamos certeza se ela realmente não tinha parado ... A5

...uma dificuldade de entubar um paciente (...) eu comecei induzindo, não tinha ninguém na sala cirúrgica ajudando, e aí um funcionário da sala que estava atendendo, naquela parte da indução inicial (...) teve uma dificuldade anatômica no paciente, não consegui passar um tubo, de entubar; e aí a gente tentou várias vezes, eu pedi que chamasse a ajuda de um colega, de fora da sala, que tivesse livre e aí veio prontamente e também ele teve dificuldade, em função da anatomia do próprio paciente e isso se passou minutos, só que a gente tentava ventilar usando máscara, daí ele não tinha a capacidade de ventilação espontânea nada, e aí foi avisada a equipe que se fizesse uma traqueostomia de urgência, para tentar ventilar (...) então, a gente passou um abocath, para ventilar, pelo menos dar um suporte mínimo de oxigênio e até que enfim, se conseguisse fazer uma traqueostomia de urgência (...) também foi a dificuldade da equipe cirúrgica em fazer uma traqueostomia de urgência; demorou uns 30 minutos (...) eu acho que nisso, teve uma dificuldade de equipe cirúrgica também, além da dificuldade anatômica (...) um pouco do funcionário que não era muito treinado para isso, para ajudar em auxílio, e equipe, acho que faltou um pouco de entrosamento, dificuldade técnica de eles fazerem (...) é uma coisa que estressa bastante... A7

Os técnicos de enfermagem apontaram como intercorrências geradoras de vivências significativas do estresse, diferentemente dos demais profissionais, o

descontrole do cirurgião, as cirurgias grandes em crianças, como transplantes e cirurgias cardíacas, e o desconhecimento das rotinas, do plano cirúrgico ou de outros aspectos que interfiram diretamente no seu serviço.

... eu entreguei o enxerto seco para o cirurgião, eu não sabia que aquele enxerto se molhava no próprio sangue do paciente (...) o Dr. pegou e atirou esse enxerto no chão; aquilo me traumatizou muito, começou a gritar comigo, foi uma coisa que fazem 12 anos que aconteceu e eu nunca esqueci; aquilo me traumatizou (...); ele gritou muito comigo e aí eu comecei a chorar. T3

... o que me marcou mais foi (...) aquela menina que foi baleada de 13 anos, filha de uma enfermeira (...); foi uma retirada de órgãos (...); a força que ela [mãe] teve para doar os órgãos da menina dela, que estava na flor da adolescência (...) eu fiquei todo tempo me questionando (...) me marcou bastante esse fato. T4

Beck (2001, p.37) lembra que trabalhar em unidades críticas implica para o trabalhador saber, de antemão, que deverá conviver cotidianamente com o sofrimento, a dor, a morte, e também com situações de alegria e contentamento. Fica evidente no relato dos sujeitos que as intercorrências constituem situações negativas, gerando sofrimento aos profissionais, ficando marcadas como vivências significativas do estresse.

Conflitos

Na subcategoria *conflitos*, todas as categorias profissionais têm relatos marcantes. As brigas aparecem como vivências significativas e geradoras de estresse para todos. Notei, porém, que para as enfermeiras essa subcategoria foi mais citada e valorizada do que para os cirurgiões e anestesistas. As enfermeiras relatam conflitos marcantes que ocorreram com anestesistas e cirurgiões e citam a onipotência e agressividade do cirurgião como causa das brigas. Um fato comum identificado e que chamou a atenção foi que as brigas relatadas pelas enfermeiras com anestesistas sempre foram com profissionais do sexo feminino. Os técnicos de enfermagem apontaram as grosserias e os conflitos como motivos desencadeadores das brigas.

Para Dejours (1997) o conflito cria sempre um desafio real, não se referindo diretamente ao ser do sujeito, mas a seu fazer; se condenamos ou não concordamos com certa postura ou comportamento é porque esta expressa uma forma de agir sobre o mundo que desaprovamos ou discordamos, ou, ainda, poderão prejudicar os nossos interesses.

Um cirurgião do grupo A relatou várias situações marcantes que foram geradas por brigas com a enfermeira e com o anestesista. Os anestesistas também relatam algumas brigas com a enfermeira e com o cirurgião.

*... a coisa que eu mais me estressei na cirurgia geralmente foi atrito principalmente com o pessoal da enfermagem (...) uma vez eu estava com um doente, e já tudo preparado para ser anestesiado com anestesia local e eu perguntei se tinha a anestesia xilocaína, era sem adrenalina e aí a circulante me disse que não, que era com adrenalina porque não tinha encontrado no bloco sem adrenalina (...); eu chamei a enfermeira (...), e quando eu disse para ela que eu precisava xilocaína, que o doente já estava preparado e eu já estava lavado, escovado, fardado estava tudo pronto só para começar o procedimento, ela disse que infelizmente não tinha xilocaína e eu perguntei: o que eu vou fazer agora? Eu não sei, não é o meu problema, o problema é seu. E eu perdi todo o meu controle. (...) era um estado de greve e que ninguém queria mais que ficassem pacientes nos andares e eu só tinha um paciente que tinha que fazer uma cirurgia, que não podia ser removido para um outro hospital porque precisava de [um material] especial (...) consegui equipe cirúrgica também num horário especial, porque só se faziam emergência e não era uma emergência (...) então na hora que o paciente foi anestesiado, estava tudo pronto, na hora que eu fui cortar a pele me deu uma coisa assim na cabeça e eu perguntei: [o material específico] já está dentro da sala? e aí me disseram que não estava, daí foi procurar e foi uma coisa horrível porque [o material] não tinha sido ainda esterilizado, e eu tinha entregado em mãos para a enfermeira, ela colocou em cima de um armário onde estava; então isso me deu um estresse grande, eu acabei xingando, brigando (...), na verdade o estresse me fez levar àquela situação de perder o controle. C**

*... pelo risco de infecção, que é o que mais deixa estressado o cirurgião, nós pedimos para que o mínimo das portas sejam utilizadas por pessoas que possam entrar na sala: (...) e um anestesista insistiu em entrar e eu já estava no meio do ato cirúrgico e eu avisei que não era para entrar por ali que ele fizesse a volta, ele não gostou da maneira com que eu falei, disse que ele iria entrar por ali e eu disse que não ia entrar se não ele ia me desautorizar na frente do meu residente e dos funcionários do bloco cirúrgico, ele disse que não dava importância para isso e eu simplesmente empurrei ele para fora da sala da porta e fechei a chave a porta, ele ficou esmurrando a porta pelo lado de fora com o vidro e me xingando e aí o estresse causado por aquilo que poderia ter ficado ali, mas o estresse que eu estava eu acabei abrindo a porta e dando um soco nele e derrubei ele no chão...C**

... já vi discussões severas na sala de cirurgia, (...) um cirurgião brigou com um colega anestesista uma vez por causa do sangue, eu tive a sensação de que iam se tapear em determinado momento, então isso foi uma coisa que me marcou, que eu achei que chegou ao extremo, quase de agressão física, foi importante. (...) eu me lembro bem desse detalhe, talvez foi o que mais me marcou. A2

... um médico me fez chorar muito já aqui dentro (...), eu fui falar sobre um material com ele e citei o nome de um outro médico que estava precisando de um determinado material, se ele podia emprestar o dele coisa e tal, mas ele disse que não precisava de mensageiro, (...) chorei muito, depois na saída ele me xingou mais ainda, foi um horror, um horror; até hoje eu tenho trauma com esse médico... E2

... no caso do Dr. (...) ele costumava passar pela frente dos pacientes todos sem camisa, sem jaleco e fui conversar com ele e ele me agrediu verbalmente dizendo que eu era uma guriazinha de m(...) e que eu não deveria estar chamando a atenção dele; (...) então são coisas assim que vão ficando na nossa vida, fora outras, (...) a agressividade das pessoas, que se julgam no direito de escolher quem querem para a sala de cirurgia, fato que aconteceu aqui dentro (...) então são coisas bem negativas e que marcam a gente... E3

... eu fiz um comentário e a anestesista entendeu mal, me interpretou mal, me chamou no corredor, botou o dedo no meu nariz, foi uma situação muito ruim para mim (...) porque eles começaram a assim: a paciente tem que pagar; e aí eu disse para a paciente, se ela não pagasse ela não ia fazer; daí ela disse: mas eu pago; aí eu fui avisei: ó, a paciente vai pagar, para sair a cirurgia; [ela] interpretou mal o que eu estava falando... E2

... a [anestesista] começou a reclamar, reclamar, reclamar, reclamar, e eu comecei a dizer para ela que as coisas não eram daquele jeito e que essas coisas aconteciam daquela maneira ali e ela disse que não, que não podia ser assim tinha que ser do jeito dela e no final das contas eu mandei ela calar a boca porque o paciente já estava na sala e ela continuou discutindo. E6

...eu vi aqui um conflito, que me marcou, entre uma enfermeira e um residente e tiveram um bate boca tão fora de propósito da parte dos dois, porque foi realmente uma discussão muito séria, discutiram por um motivo que não tinha nem muita importância, mas eu acho que isso foi uma coisa que atrapalhou toda a equipe, me deixou angustiado na hora, eu não gosto de brigas, (...) é uma coisa que eu acho assim que estressa muito na sala de cirurgia quando acontece... A6

Todas as categorias profissionais pesquisadas relataram casos de conflitos entre a equipe multiprofissional. Beck (2001) coloca que o trabalho de equipe nas unidades críticas, muitas vezes, gera descompassos pelas peculiaridades de cada profissional e pela dificuldade de trabalhar de forma interdisciplinar sem que surjam imposições de poderes; em decorrência disso, é gerada a tensão e o conflito.

Através dos depoimentos do grupo pesquisado pode-se inferir ser o nível de estresse tão elevado que situações muitas vezes pouco relevantes geram conflitos marcantes nos profissionais que atuam em Bloco Cirúrgico.

Ambiente estranho

A subcategoria denominada *ambiente estranho* apareceu somente nos mapas dos médicos. Refere-se às situações em que o cirurgião e o anestesista realizam cirurgias ou anestésias em Bloco Cirúrgico diverso do usual, o qual não é seu “habitat”. Pelas próprias características profissionais, os cirurgiões e os anestesistas atendem em vários hospitais, podendo estar sujeitos a este tipo de situação.

Tanto os cirurgiões como os anestesistas apontaram o ambiente estranho como gerador de estresse, conforme alguns relataram.

*... durante uma época da minha vida eu operei muito fora, cirurgias demonstrativas e então, o pessoal queria uma cirurgia demonstrativa (...) na Bahia, no Ceará, Fortaleza, em Salvador, sempre nos grandes centros, e isso é um estresse extremamente grande porque tudo é estranho ao cirurgião, e quando a gente está num lugar onde tudo é estranho, então aí estresse é uma coisa (...) C**

... quando eu entrei aqui, meu primeiro dia de residência, em que eu estava na sala com um contratado e era uma nefrectomia e que essas coisas, talvez o paciente não tenha sido monitorizado adequadamente para a gravidade da situação, o paciente teve um sangramento importante, mais de seis litros na cirurgia e como foi a minha primeira anestesia aqui, meu primeiro dia, num ambiente estranho, com uma pessoa estranha, uma situação completamente adversa as que eu tinha vivido, aquilo foi uma coisa que me marcou bastante... A2

Sentimentos decorrentes das vivências de estresse

Na subcategoria denominada *sentimentos decorrentes das vivências de estresse* aparecem sentimentos comuns emergidos entre os sujeitos e outros diferenciados.

Apresento inicialmente as categorias profissionais que apresentaram coincidência nos sentimentos manifestados e, após, os sentimentos exclusivos de algumas categorias profissionais:

Quadro 3 - Sentimentos decorrentes das vivências de estresse apresentados pela equipe multiprofissional que trabalha na sala cirúrgica.

Categorias Profissionais	Sentimentos apresentados pela equipe
Todas as categorias profissionais	Ansiedade, estresse, medo e tensão
Cirurgiões, anestesistas e enfermeiras	Angústia
Cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem	Tristeza
Cirurgiões e anestesistas	Conformismo, descontrole e preocupação
Cirurgiões e técnicos de enfermagem	Sufrimento
Anestesistas e enfermeiras	Chateação e desgaste
Anestesistas e técnicos de enfermagem	Insegurança, impotência e raiva
Enfermeiras e técnicos de enfermagem	Machucada e mágoa
Cirurgiões	Crescimento, choque, culpa, depressão, descontrole, incerteza, sensações ruins e trauma
Enfermeiras	Desgosto, desrespeito, descontentamento, falta de reconhecimento, injustiça e reconhecimento;
Técnicos de enfermagem	Dor, menosprezo, não valorização, pena e rejeição

Fonte: Caregnato, Rita Catalina Aquino. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Também apareceram nas falas de alguns médicos sentimentos de impotência quando um cirurgião manifesta que o *erro fere a própria essência*, ou quando um anestesista revela que às vezes tem a *sensação de estar falhando*.

O *estresse*, o *medo*, a *ansiedade* e a *tensão* são sentimentos comuns aos profissionais que trabalham na sala de cirurgia. Selecionei alguns depoimentos que ilustram esses sentimentos.

... isso é uma situação extremamente grave, ansiogênica. São coisas desse tipo assim que marcam. C3

... a intercorrência cirúrgica em si gerou muita ansiedade, muita apreensão... C6

... então foi uma situação de bastante estresse que eu tive em sala e que me marcou bastante, esse tipo (...) de situação que me deixou com estresse. C5

... para resolver o problema do aneurisma, mas foi muito... muito estressante, muito estressante. C7

... isso me deu um estresse muito grande, eu passei 2 ou 3 dias que eu não conseguia comer, falar quase nada... C1

... uma situação bastante estressante, nós tentamos reanimar a paciente, fizemos todas as manobras possíveis para o caso e a paciente não sobreviveu, isso foi uma situação muito angustiante para mim na hora porque estava tudo bem e foi uma coisa que aconteceu muito repentinamente... A3

... cria um estresse muito grande porque a gente fica com medo que aquele paciente vá morrer, que tu não consiga recuperar... A6

... quando eu não sei alguma coisa eu fico bem estressada, quando me pedem alguma coisa: aonde é que está tal coisa assim e eu deveria saber e eu não sei, eu fico estressada, sabe assim, eu fico me cobrando e isso me gera estresse ... E2

Nos depoimentos relatados foram apresentados sentimentos de *estresse*, *medo*, *ansiedade* e *tensão*. Acredito ser importante para uma melhor compreensão definir a diferença entre cada um deles.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 545) tentam fazer uma distinção entre medo e ansiedade. Os autores descrevem o medo como um sinal de alerta similar à ansiedade, sendo que o primeiro diferencia-se do último *por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não-conflituosa. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa*. Esta distinção é complexa, porque, muitas vezes, também o medo pode ser causado por um objeto interno, inconsciente. Os mesmos autores ainda afirmam que a distinção entre medo e

ansiedade foi acidental, e que Sigmund Freud ignorava esta distinção, ocasionada inadvertidamente nas primeiras traduções da literatura alemã de Freud, onde os tradutores traduziram *angst*, que em alemão significa medo, como ansiedade. As manifestações da ansiedade são inespecíficas e, por isso, são confundidas muitas vezes com outras emoções, como o medo, a ira, a expectativa e excitação (Louzã et al., 1995). Nunes Filho, Bueno e Nardi (1996) consideram puramente uma questão teórica a diferença entre medo e ansiedade. Já Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 546), dizem que *a principal diferença psicológica entre as duas respostas emocionais é a natureza aguda do medo e o caráter crônico da ansiedade.*

No capítulo 2.4 desta pesquisa foi comentado o uso das palavras ansiedade e estresse como sinônimos. Relembrando a definição apresentada por Freud (1976), a ansiedade é algo que se sente, é um estado afetivo, e tem um caráter muito acentuado de desprazer, acompanhada de sensações físicas referidas a órgãos específicos do corpo. O mesmo autor afirma que nem todo o desprazer é gerado pela ansiedade, pois outros sentimentos, tais como tensão, dor e luto também provocam o desprazer. Freud (1976, p.157) diz que *a ansiedade surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete.* Não só a ansiedade e o estresse são acompanhados por manifestações físicas, mas também a tensão, pois, conforme Ransom (1981), esta talvez seja a reação psicofisiológica mais visível, geralmente manifestada pela tensão muscular.

Da mesma forma que não é fácil a distinção entre medo e ansiedade, também é muito difícil estabelecer o limite entre ansiedade e o estresse (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997), pois em ambos os conceitos existem os estímulos (internos/externos) e respostas. A diferença entre os dois construtos parece residir na fase de seleção da resposta do sujeito ao estímulo. Freud atribui ao ego o desencadeamento dos mecanismos de defesa a fim de proteger-se. No modelo apresentado por Selye, o sujeito utiliza sua cognição e emoção para avaliar o estímulo, bem como valora os recursos que dispõe para enfrentar as demandas. Enquanto que Freud voltou-se para o aspecto psicoanalítico, Selye enfatizou o aspecto cognitivo.

Concluo que os sentimentos de *estresse, medo, ansiedade e tensão* apresentados pelos sujeitos são muito similares, pois até mesmo a academia tem dificuldade de fazer a diferenciação, conforme foi apresentado. Os sujeitos perante as vivências significativas

de estresse manifestaram um emaranhado de sentimentos que muitas vezes se confundem.

As vivências geradoras de estresse desencadearam também sentimentos de culpa, depressão, trauma, choque, incertezas, descontrole e crescimento, manifestados exclusivamente pelos cirurgiões. Ellis e Hartley (1998, p. 351), afirmam que podem ocorrer sentimentos de culpa, raiva e depressão quando o indivíduo não consegue atingir suas expectativas de realizar um *trabalho perfeito*.

É interessante fazer uma inferência sobre esses sentimentos, que vêm ao encontro das falas dos cirurgiões, na seqüência deste estudo, quando eles colocam claramente que são os maiores responsáveis pelos pacientes.

*... um paciente (...) precisava fazer esvaziamento cervical do lado direito; eu posicionei ele na mesa e fiz esvaziamento do lado oposto; isso me causou uma culpa muito grande, talvez a maior que tenha me causado na vida, eu procurei o paciente e os familiares e disse a eles que eu tinha cometido um erro, e que a única coisa que podia fazer era dentro de uma semana fazer o outro lado, que era o lado indicado no caso dele e foi aceito pelo paciente (...) ninguém se deu conta do erro ...C**

... foram mais aspectos sempre ligados a algo complexo e a incerteza de que a alternativa escolhida tenha sido a mais adequada no momento. C6

... mas no momento que tu entra em estresse tu perde o teu controle (...) a vida é uma sucessão de experiências, umas boas e outras ruins; (...) nas minhas experiências ruins, eu acho que foram [com] elas que eu mais cresci... C1

Flaherty, Davis e Janicak (1995) dizem que episódios transitórios de tristeza, experimentados pela maioria das pessoas em graus variados, diferenciam-se da depressão por esta ser de maior duração e gravidade. A depressão caracteriza-se por acentuada perda do prazer. Os mesmos autores relacionam o estado deprimido à baixa auto-estima, culpa, morte e punição, entre outros. Observa-se nos relatos que o sentimento de depressão mencionado por um dos cirurgiões foi desencadeado pela culpa e punição de ter cometido um erro, confirmando o que foi descrito pelos autores anteriormente citados.

Observei que os sentimentos de insegurança, impotência e raiva, manifestados pelos anestesistas e técnicos de enfermagem, podem estar ligados à dependência que estes profissionais têm da tomada de decisão do cirurgião, quando estão em cirurgia. Ransom (1981) considera bastante comum que, perante situações na vida consideradas injustas

ou ainda nos *golpes do destino*⁶, para poder manter-se em equilíbrio interno, o indivíduo projete sua raiva para o ambiente externo.

... nós tivemos que fazer um thio porque realmente não tinha mais nada para fazer no paciente a não ser aprofundar o plano anestésico e parar tudo; na verdade foi a sensação, uma sensação de impotência extremamente grande. A1

É interessante comentar que os sentimentos de desvalia foram manifestados exclusivamente pela enfermagem. Nas falas destes profissionais evidenciei que os mesmos sentem uma disputa de poder entre as enfermeiras e os médicos, bem como a imposição de poder do professor na sala. A dificuldade da enfermeira conquistar seu espaço no Bloco Cirúrgico também aparece como vivências significativas do estresse destas profissionais. Seligmann-Silva (1994) diz que a falta de percepção de um reconhecimento social pelo desempenho do trabalho gera desgaste da identidade do trabalhador. A mesma autora considera o reconhecimento como uma questão relevante no campo da saúde mental do trabalhador, pois ele (o reconhecimento) encontra-se intimamente associado à dinâmica da identidade ao longo da vida laboral. Paradoxalmente, o único sentimento positivo emergido nas entrevistas foi o de reconhecimento, manifestado pelas enfermeiras, como pode-se observar nos depoimentos que seguem.

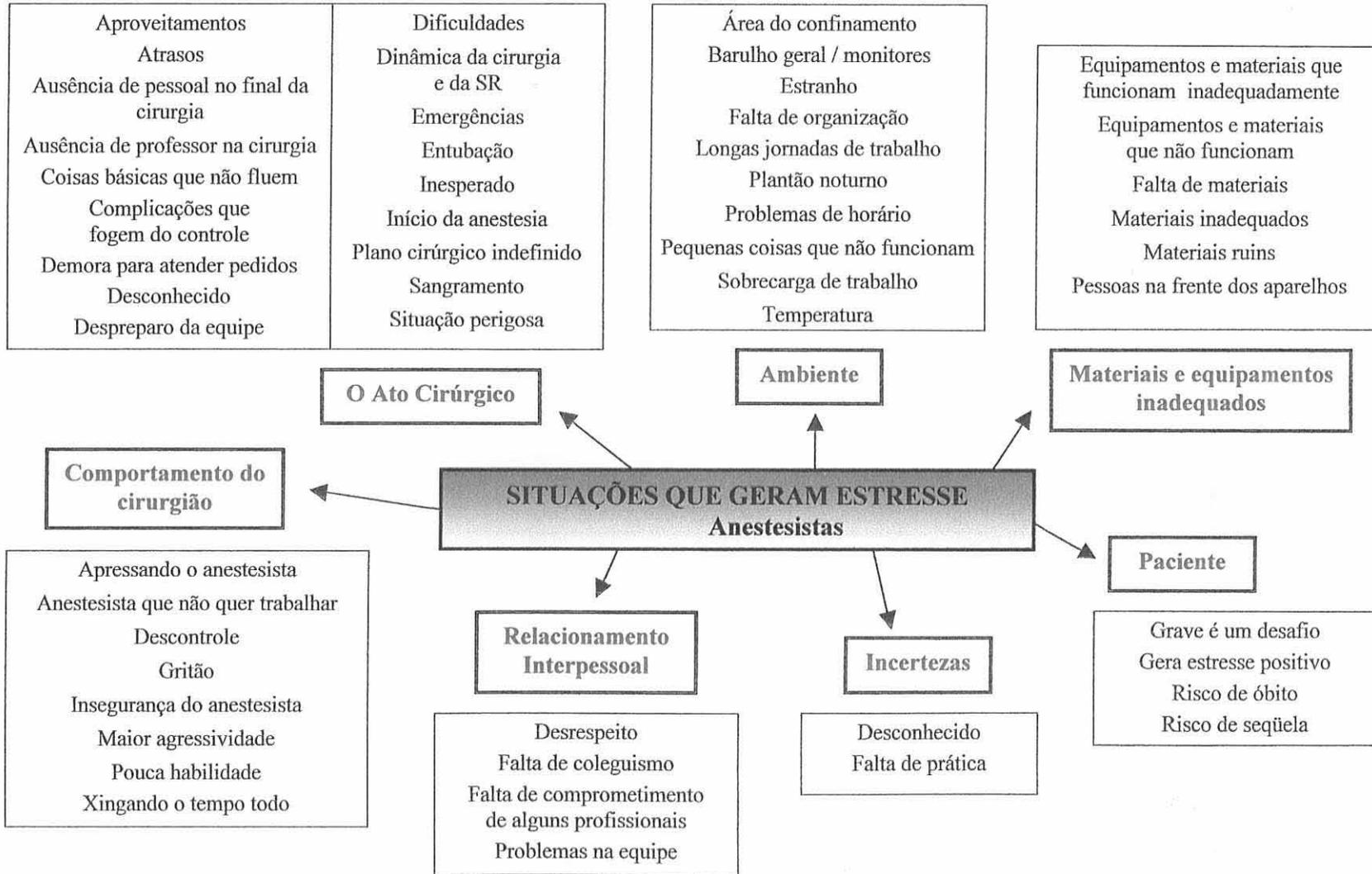
... fazer com que o teu trabalho passe a ser reconhecido, é árdua a caminhada mas se tu consegues um reconhecimento, ninguém tira esse reconhecimento da gente depois que tu conquista, só que ele precisa ser mantido e para se manter tu têm que batalhar muito... E3

... uma coisa importante para mim foi quando eu me fiz parecer (...) no momento que eles me reconheceram como enfermeira daquela sala, daquela especialidade, isto é muito importante, (...) eu me sinto reconhecida, isto é um ponto muito relevante ... E8

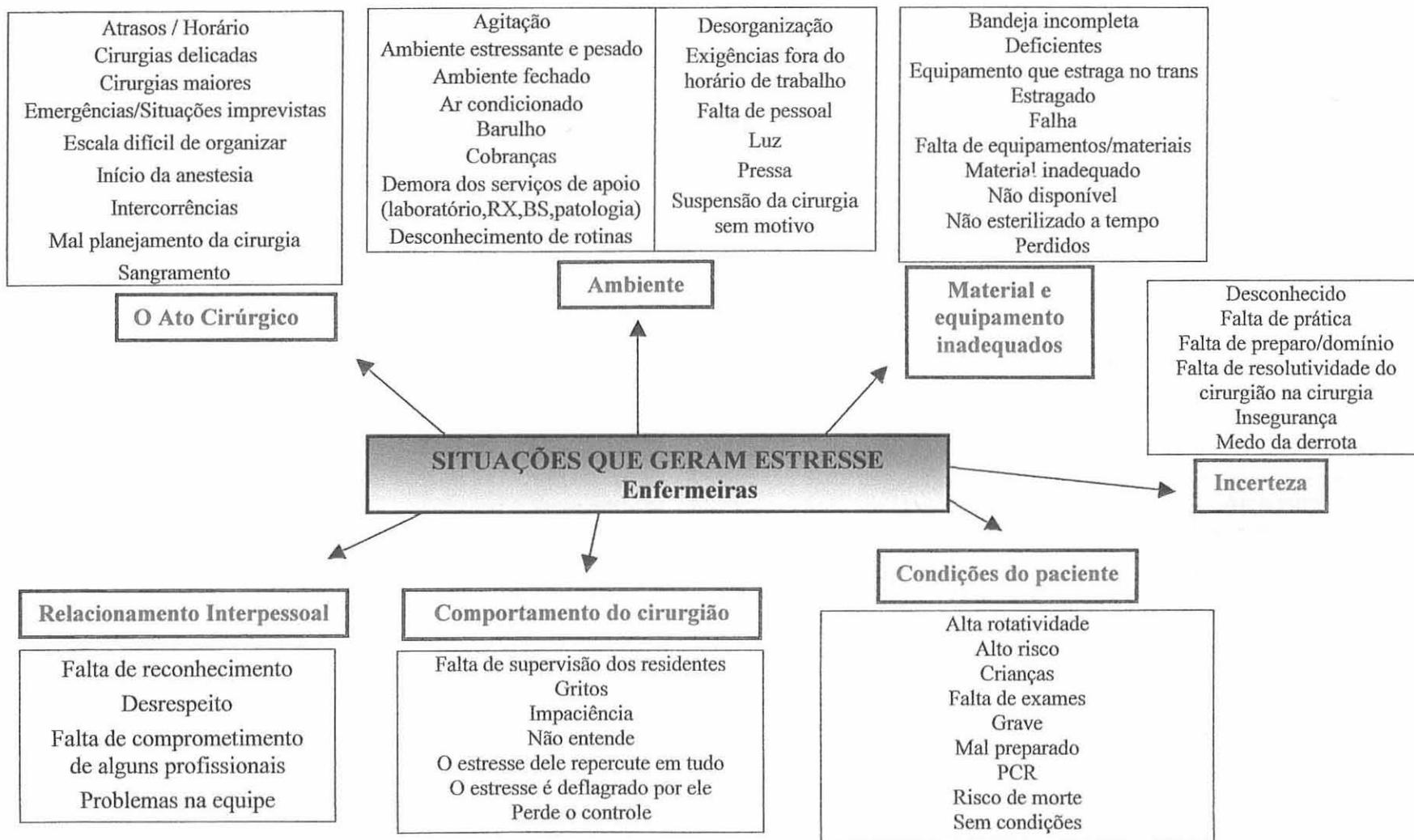
Bianchi (2000), fazendo uma análise de algumas pesquisas que foram realizadas com enfermeiros que trabalham em Bloco Cirúrgico, verificou que entre outros estressores comuns encontrados na maioria das pesquisas estava a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado pela enfermeira e conflitos destas com os médicos. Esta pesquisa confirma os dados encontrados nos outros estudos. A falta de reconhecimento da importância do profissional da enfermagem também é apontada por Massaroni (1999) como um dos fatores estressores para a enfermagem que atua nos

⁶ Ransom (1981) – itálico do autor.

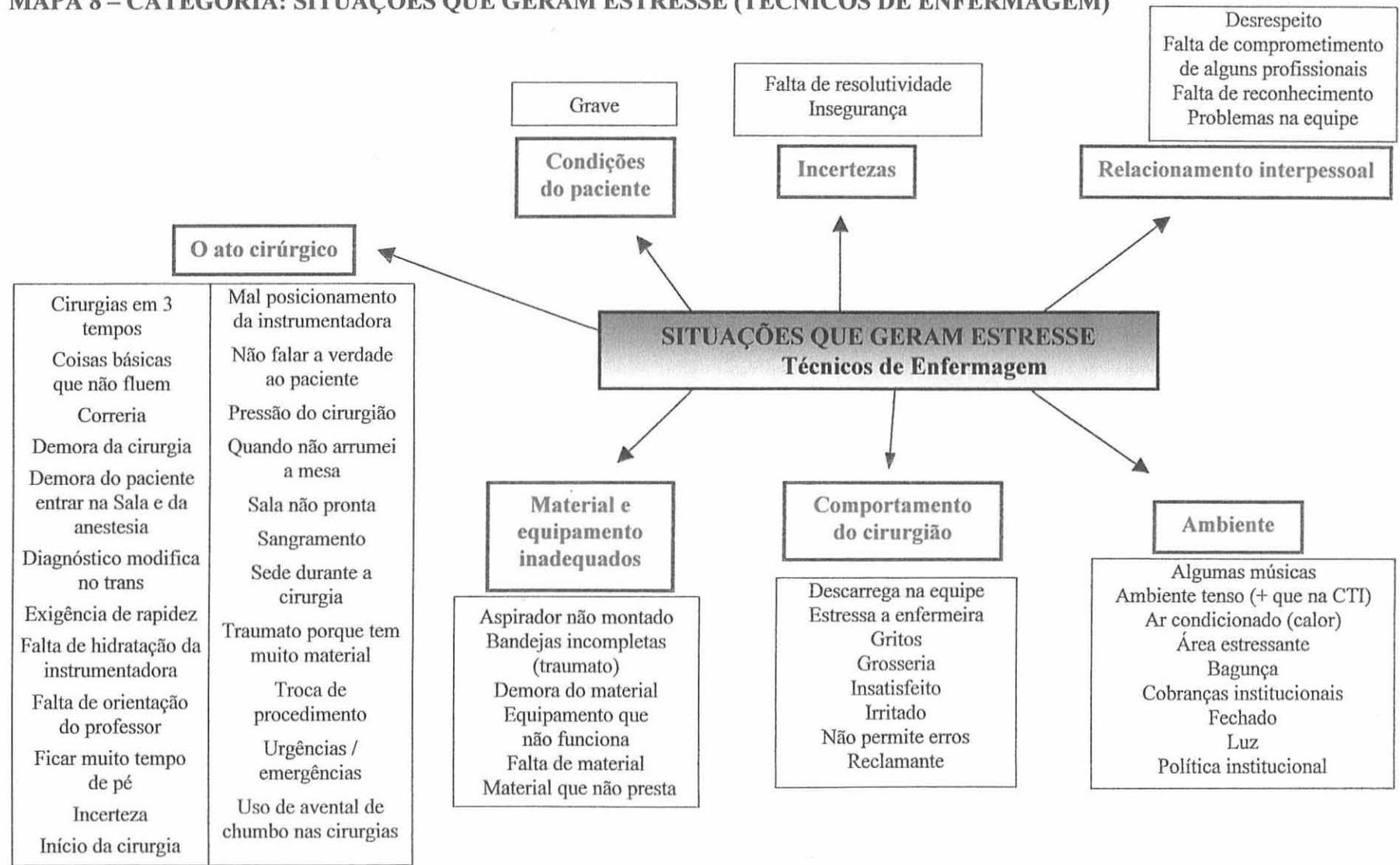
MAPA 6 – CATEGORIA: SITUAÇÕES QUE GERAM ESTRESSE (ANESTESISTAS)



MAPA 7 – CATEGORIA: SITUAÇÕES QUE GERAM ESTRESSE (ENFERMEIRAS)



MAPA 8 – CATEGORIA: SITUAÇÕES QUE GERAM ESTRESSE (TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)



4.2.3 Comportamento individual na sala de cirurgia

A categoria denominada *comportamento individual na sala de cirurgia* expressa como os profissionais comportam-se no dia-a-dia do seu cotidiano de trabalho, podendo ser subdividida em três subcategorias: *autopercepção do comportamento*, *envolvimento com o trabalho* e *comportamento frente ao estresse*.

Os mapas referentes a esta categoria, com suas subcategorias, estão numerados como 9, 10, 11 e 12, correspondendo aos depoimentos dos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem. Cada mapa apresenta as três subcategorias com as manifestações diferenciadas e comuns encontradas entre os sujeitos dos grupos A e B de cada categoria profissional.

Nesta categoria trabalhei com o conceito de padrão de comportamento estabelecido por Friedman e Roseman, definidos como do tipo A e do tipo B (França, Rodrigues, 1997; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997). Separei as manifestações relatadas pelos sujeitos e coloquei nos mapas conforme o tipo de comportamento, classificando-os nos grupos A ou B, permitindo assim realizar comparações e verificar as diferenças existentes entre eles.

Autopercepção do comportamento

Na primeira subcategoria, os cirurgiões do grupo A autoperceberam-se como: *agressivo, autoconfiante, autocrítico, concentrado, chato, determinado, dominador, egocêntrico, exigente, falante, franco, formação rígida, inflexível, organizado, pavio curto, seguro, comportado e geralmente tranquilo*. Ainda outros disseram que são *uma soma de qualidades e defeitos, preocupado com o resultado, tem o super ego muito forte, dócil com quem ajuda, não se considera brigão, pede desculpas, nunca está de mau humor, nunca reclama sem razão, conversa no momento adequado e tem picardia*. Apresento recortes dos depoimentos dos cirurgiões classificados no grupo A, os quais definiram seu comportamento individual.

... perco o controle (...) brigo, xingo, agrido as pessoas (...) perco a cabeça (...) sou extremamente estressado (...) tenho pavio curto (...) boto para fora a angústia (...) controlo tudo e todos (...) quero dominar tudo (...) tudo tem que ser na mão... C1

... tenho franqueza (...) formação rígida (...) reação agressiva (...) brigo, reclamo (...) chamo a atenção (...) sou exigente (...) ajo friamente (...) dou meus ranços (...) pego o comando da situação (...) sou às vezes grosseiro, inadequado e ríspido (...) sou frio (...) estou preparado (...) estou acomodado com o sistema... C2

... sou exigente (...) geralmente sou tranqüilo mas às vezes tenho reação intempestiva e agressiva (...) descontrolo (...) às vezes exagero nas atitudes (...) brigo (...) grito (...) tentei mudar as coisas e não consegui, agora estou acomodado e conformado, mas sofro por não compactuar com tudo (...) não permito que ninguém interfira (...) falo bastante durante a cirurgia, mas fico quieto, menos sociável, menos agradável, mais inquisidor e demandador quando as coisas não estão funcionando... C3

... estou preparado para o sucesso (...) sou exigente, chato, pouco flexível, agressivo (...) tenho uma autocritica maior quando erro (...) cobro às vezes em tom agressivo (...) meu superego é muito forte (...) sou organizado, determinado e seguro (...) cobro, controlo (...) sou egocêntrico (...) confio muito em mim e pouco nos outros (...) chamo a atenção dos outros se necessário, brigo pouco (...) sou enérgico (...) minha atitude depende do momento... C4

Também relativo à primeira subcategoria, os anestesistas do grupo A autoperceberam-se como: *chato, concentrado, organizado, perfeccionista, ritualístico, quieto e não submisso*. Alguns disseram *falo muito* e outros *falo pouco*. Outros relataram que o tempo vai amadurecendo e modificando as pessoas. Alguns anestesistas disseram: *antes era mais rígido agora sou mais maleável*; outra diz que antigamente *era irritada e não funcionava*; *antes era espontânea*; *agora contorno melhor os problemas*. Quanto à autopercepção do seu comportamento rotineiro na sala durante a cirurgia, os anestesistas do grupo A disseram o seguinte: *o momento e a equipe determinam a minha postura*; *nas cirurgias longas caminho muito na sala*; *leio nas cirurgias estáveis*; *fico sentado em cirurgias curtas*; *faço e não peço*; *na indução fico mais atento e após mais descontraído*; *fico em pé na cabeceira do paciente*; *fico circulando o tempo todo*; *saio da sala e volto quando tem residente*; *só me afasto quando confio no residente*; *equipes difíceis fico na minha, só falo o necessário*; *converso com pessoas educadas*; *agüento incompetência*. Apresento alguns recortes dos depoimentos dos anestesistas do grupo A que definiram seu comportamento individual.

... não tenho perfil habitual de anestesista que muitos têm um papel de submissão (...) tenho um comportamento que alguns acham chato e até se estressam comigo (...) sou perfeccionista e ritualístico (...) gosto de controlar (...) nas intercorrências sou rápido, preciso e objetivo... A1

... talvez eu seja mais estressado do que eu acho, é meio difícil de quantificar (...) controlo todas as variáveis (...) sou mais vigilante no início da anestesia (...) indução é um momento delicado, foco toda minha atenção (...) depois eu falo bastante (...) muita

atenção no começo depois fico descontraído (...) nas intercorrências mando, sou ativo, fico em posição de defesa ou ataque... A2

... vou atrás daquilo que preciso e não peço para ninguém (...) não xingo (...) fico circulando o tempo inteiro na sala (...) olho, reviso, converso muito pouco, fico de boca calada, quieto (...) fico concentrado e me desligo do resto... A3

... evito ficar furiosa com algo que deu errado (...) fico bem agitada, às vezes procuro exteriorizar uma conduta socialmente aceita, politicamente correta (...) procuro não gritar, procuro falar de maneira mais dura (...) revido o grito do cirurgião (...) a parte anestésica eu comando, faço a minha parte, na parte cirúrgica não me meto... A4

Ainda sobre a primeira subcategoria, as enfermeiras do grupo A autoperceberam-se como: *adaptável, ágil, agitada, amável, amiga, ansiosa/nervosa, batalhadora, com bom humor, determinada, estressada por natureza, explosiva, fala ligeiro, franca, organizada, possessiva, receptiva, teimosa e transparente*. Quanto à autopercepção dos seus comportamentos rotineiros as enfermeiras do grupo A disseram: *aceito as pessoas como são; de bem com todos; gosto de agradar; gosto de brincar; imponho minha vontade; ligada no lado humano; me cobro; deveria saber mais; mostro semblante alegre; muitas vezes estou tranqüila; não gosto de mentiras; não imponho; não sou de muita conversa; não sou política; nunca estou tranqüila; tenho reações inesperadas; tento ser brincalhona; tento ser delicada; tenho tiques nervosos; sou difícil de aceitar críticas; e sou camaleão*. Apresento recortes dos depoimentos das enfermeiras do grupo A, as quais definiram seu comportamento individual como:

... o meu comportamento depende se eu estou equilibrada ou não, se eu não estou e fico ansiosa eu vou me alterar; quando estou equilibrada eu consigo viver o estresse (...) quero resolver as coisas na hora (...) me adapto... E1

... sou estressada por natureza (...) sou super nervosa (...) tenho uns tiques nervosos (...) sempre fico me cobrando, achando que não fiz tudo que deveria (...) me cobro (...) eu nunca estou tranqüila (...) fico me controlando o tempo todo, não me largo (...) sou facilitadora (...) a minha tendência é não responder... E2

... tenho uma certa rapidez, um raciocínio rápido para improvisar, para conseguir organizar as coisas e levar adiante (...) sou mandona, muito rápida e ágil (...) sou organizada, possessiva e teimosa (...) gostaria que tudo girasse em torno do que eu penso (...) sou super disponível (...) não sou de muita conversa (...) não sou nada política (...) sou muito batalhadora (...) para mim é uma surpresa a minha própria reação (...) eu nunca sei como vai ser minha reação (...) sou uma pessoa muito explosiva, de pavio curto (...) eu não deixo para amanhã, eu tenho que resolver agora (...) eu faço impor minha vontade... E3

... entro no meio ambiente, me envolvo (...) chego sempre de bom humor, aí vou fazer a escala e começo a me estressar (...) me relaciono sem dificuldade (...) sou amigosa (...) agitada (...) falo ligeiro, mais agitado (...) sou franca... E4

Os técnicos de enfermagem do grupo A, na primeira subcategoria (*autopercepção do comportamento*), definiram-se como: *dedicada, dinâmica/ágil/rápida, discreta, educada, franca, jeito explosivo, obsessiva e preocupada*. Uma profissional deste grupo disse que os outros profissionais *acham que sou estressada, mas não sou e também dizem que sou estúpida, mas eu não sou*; com esta fala fica evidente que o grupo de trabalho tem uma percepção diferente daquela que a profissional diz ter. Quanto aos comportamentos rotineiros autopercebidos, os profissionais disseram que: *sou quieta na hora de instrumentar; escuto; não gosto de fofocas; respondo; era durona agora sou chorona; tenho bom relacionamento com colegas; brinco na hora certa; cumprimento, converso e me identifico para o paciente; não discuto com o cirurgião ou o anestesista; não rio quando contam piadas; não gosto que me mandem; não mando ninguém; não esquento; no início da cirurgia sou mais frágil; nunca briguei; nunca tive atritos com colegas; respeito a todos; e respeito o paciente*. Apresento recortes dos depoimentos dos técnicos de enfermagem do grupo A que definiram seu comportamento individual.

... tenho o jeito explosivo (...) não guardo as coisas (...) digo o que tenho para dizer (...) respondo (...) procuro manter a calma (...) às vezes eu me irrita (...) sou organizada ... T1

... sou dinâmica e ágil (...) organizada (...) limpa (...) peço ajuda (...) sou prestativa (...) tenho postura neutra (...) estabeleço prioridades (...) deixo eles gritarem, não bato de frente... T2

... sou rápida e ágil (...) fico na minha (...) sou quieta, discreta, não opino, não me meto (...) pensativa (...) fico nervosa... T3

... me relaciono bem com todos (...) sou educada (...) calada (...) preocupada (...) cri-cri (...) dedicada ... T4

Analisando os depoimentos dos profissionais do grupo B, verifiquei uma autopercepção diferente do seu comportamento em relação aos que foram manifestados pelos sujeitos classificados no grupo A. Os cirurgiões do grupo B definiram-se como: *alegre, agregador, apaziguador, adequado para a cirurgia, administra a vaidade, ajuda, bonzinho, brincalhão, controlado, cordato, crescimento contínuo, extrovertido, forma light, humilde, neutralizador, pacífico, tranqüilo e tolerante*. Ainda alguns disseram que: *não magoa ninguém, não muda de comportamento na sala cirúrgica, não reclama, não é grosseiro, não é rancoroso, não tolera coisas mal feitas e trata as pessoas com carinho*. Quanto ao tipo de comportamento autopercebido disseram que:

conto piadas; converso amenidades; converso um pouco; gosto de música enquanto outro respondeu que não ligo para música. A seguir apresento alguns depoimentos dos cirurgiões do grupo B para exemplificação.

... sou pouco estressado (...) mantenho o controle (...) me adapto logo a situação (...) sou tranquilo (...) compartilho (...)brinco (...) controlo (...) eu decido (...) eu faço (...) não deixo que ocorra briga (...) sou muito bem sintonizado com o pessoal que trabalha comigo... C5

... me estresso quietamente (...) não sou agressivo externamente (...) não sou explosivo (...) entendo minhas limitações (...) admito o erro (...) administro a vaidade (...) aceito (...) sou flexível (...) confio (...) flexibilidade (...) humildade (...) na tensão tenho o comando mais forte tentando ter o domínio da situação... C6

... sou apaziguador (...) controlado (...) tolerante (...) sou bonzinho e alegre (...) não reclamo (...) trato as pessoas com carinho (...) não sou grosseiro (...) sou pacífico (...) cuido para não magoar ninguém (...) ajudo... C7

... sou cordato (...) apaziguador (...) não sou rancoroso (...) não fico remoendo (...) esqueço rápido (...) sou agregador (...) trabalho em equipe (...) dou atenção a todos (...) extrovertido (...) não grito (...) tenho uma personalidade adequada para cirurgia (...) sou absolutamente concentrado nos momentos críticos da cirurgia e descontraído na abertura e fechamento ... C8

Os anestesistas do grupo B definiram-se como: *apaziguador, calmo, não é lento, pontual, quieto, tenho uma carapaça, tranquilo e nunca descuido do inter-relacionamento com as pessoas.* Quanto à autopercepção de seus comportamentos rotineiros durante as cirurgias, descreveram: *converso quando a cirurgia está tranqüila, da metade para o final; fico quieto para não atrapalhar; fico observando o andamento; no início me envolvo mais, depois relaxo e no fim me envolvo de novo; não consigo ler durante a cirurgia; tenho três fases que são: quieto na indução, brinco, conto piadas e dou risadas na manutenção e fico concentrado no término; prefiro o silêncio ou música em volume normal.* Exemplificando apresento recorte de falas dos anestesistas do grupo B.

... procuro cuidar as coisas que não são da minha competência (...) consigo manobrar conflitos interpessoais (...) não me abalo muito com a agressividade, tenho uma carapaça (...) tenho autodefesa, entra por um ouvido e sai pelo outro (...) me preocupo com o meu comportamento (...) procuro administrar meu relacionamento, ver se estou me relacionando bem (...) nunca descuido meu inter-relacionamento... A5

... sou tranquilo (...) não brigo (...) sou pontual (...) trabalho com calma sem atropelar (...) não sou lento (...) no início da cirurgia me envolvo muito mais, depois que começou dou aquela relaxada não me envolvo muito, vou preencher os papéis, depois me envolvo novamente (...) gosto muito de participar da cirurgia, olhar o que está acontecendo (...) converso e fico quieto numa fase mais difícil para não atrapalhar... A6

... dificilmente eu brigo com alguém (...) não me envolvo nos conflitos (...) sou apaziguadora (...) tento ajudar (...) sou mais quieta, fico observando o andamento, converso da metade para o final (...) nas intercorrências checo tudo, peço ajuda rápido e aviso a equipe (...) na PCR eu controlo a respiração, eles da massagem... A7

... tenho três fases durante a cirurgia: na indução sou quieto; na manutenção interajo com a equipe, conto piadas, brinco, dou risadas; terminou a cirurgia eu volto a ser o ostra, me concentro somente no paciente ... A8

As enfermeiras do grupo B definiram-se como: *aglutinadora, agradável, brincalhona, colaborativa, falante, dócil, humor estável, imatura, não sou muito rápida, pavio curto, prestativa, simpática, tenho bom senso e tranqüila*. Cito recortes dos seus depoimentos.

... eu estou sempre brincando, contando piada, interagindo com toda a equipe, fazendo de tudo, atenta para tudo (...) tento resolver os problemas ... E5

... converso o tempo todo, brinco bastante, conto piadinhas (...) participo (...) não sou muito rápida mas ajo de maneira meio ágil (...) mantenho humor estável (...) ajudo sem atrapalhar (...) sou presente sem me intrometer demais na situação... E6

... tenho um comportamento participativo (...) compartilho (...) no começo eu me envolvia mais, batia boca, hoje em dia tento me retirar (...) em sala tento não responder, fora da sala eu enfrento bem mais (...) se tem alguém que me agride eu respondo e isso me ameniza... E7

... sou tranqüila, agradável, simpática e dócil (...) imatura, prestativa, colaborativa e humilde (...) me faço presente (...) converso... E8

Os técnicos de enfermagem do grupo B definiram-se como: *alegre, apaziguadora, adaptável, calma, calada, cobradora, dedicada, dominadora, exigente, esquecida, fechada, lenta, humana, positiva, observadora, tranqüila, tolerante, forte, segura, falo muito, falo baixo, tenho muitos defeitos e não sou nem rápida nem lenta*. Ainda um profissional deste grupo disse que *antes era respondona, agora converso*. No comportamento autopercebido no dia a dia, na sala cirúrgica, os técnicos disseram que: *tenho convivência harmônica; exijo respeito e educação da equipe; há momentos em que brinco; não gosto de agito e voz alta; não gosto de música; tenho bom relacionamento; trato a equipe todos bem*. Recortes de depoimentos ilustram o que foi apresentado.

... sou tranqüila e lenta (...) prestativa (...) calma (...) tolerante (...) adaptável (...) humana (...) tento ser rápida... T5

... sou dedicada (...) quieta (...) tenho capacidade de trabalho grande (...) cobradora,

organizada, limpa e exigente (...) sou forte e dominadora (...) calma e observadora (...) ansiosa... T6

... falo muito (...) ajudo (...) sou apaziguadora (...) alegre (...) tranqüila (...) penso rápido (...) tenho bom convívio com a equipe (...) nas intercorrências fico quieta... T7

... sou quieta (...) respondo o que me perguntam (...) ajudo (...) não sou rápida nem lenta (...) sou organizada (...) nas situações de estresse tento ficar calma e agir, às vezes dá um branco (...) trabalho em equipe... T8

Entre as categorias profissionais pesquisadas, somente entre os técnicos de enfermagem identifiquei características de comportamentos comuns na autopercepção entre os sujeitos pertencentes aos grupos A e B. As características comuns encontradas entre eles foram: *limpa, organizada, prestativa e quieta*.

Fazendo uma análise comparativa entre os profissionais dos grupos A e B dentro de cada profissão, não identifiquei características comuns, mas ao contrário, os pesquisados classificados no grupo A reconhecem em si e relatam características próprias da personalidade que vem ao encontro da definição feita por Friedman e Roseman, quando dizem que as pessoas com padrão de comportamento do tipo A têm excesso de urgência de tempo e hostilidade competitiva, enquanto as designadas para o grupo B exibem um comportamento diferente, ou seja, *são calmas, menos agressivas, sem pressa e menos propensas a lutarem vigorosamente para atingirem um objetivo* (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997, p. 221). É interessante apontar que os anestesistas, enfermeiras e técnicos do grupo B disseram que não são rápidos nem lentos enquanto que nos depoimentos do grupo A aparecem manifestadas a urgência temporal, a agilidade e a rapidez.

Quando ao contrário, comparei os profissionais de formação profissional diferente, porém classificados no mesmo grupo de comportamento, encontrei entre estes alguns aspectos comuns. Percebi que a maioria das características descritas pelos sujeitos desta pesquisa definidos como do grupo A são as mesmas definidas por Sánchez e Bermúdez citados por Lautert (1995, 2001), para Padrão de Conduta Tipo-A. Estes autores apontam três grandes conjuntos de expressões de conduta que definem este padrão de comportamento: competitividade, impaciência e hostilidade. Para eles, os sujeitos pertencentes a esse tipo apresentam reações como ira, agressividade e hostilidade perante qualquer obstáculo que os impeça ou simplesmente ameacem seus objetivos.

As características predominantes do tipo A, definidas por Friedman e Rosenman, são a competitividade, devoção para trabalhar, urgência no tempo, ira e hostilidade.

Consideram que o padrão tipo A é também uma resposta para um desafio no ambiente; por conseguinte, na ausência de uma situação desafiadora o padrão de comportamento Tipo-A pode não se manifestar (Lazarus, Folkman, 1986; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997; França, Rodrigues, 1997).

Constatei que nos grupos dos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem existem características comuns de comportamento correspondentes aos grupos A e B. A seguir apresento um quadro com as características comuns identificadas entre as equipes.

Quadro 12 – Características comuns entre os profissionais dos grupos A e B quanto à autopercepção do comportamento rotineiro.

Profissionais	Grupo A	Grupo B
Cirurgiões – Anestesistas Enfermeiras - Técnicos de enfermagem	Organizado	Tranquilo
Cirurgiões – Anestesistas	Chato – Concentrado	-----
Cirurgiões. Enfermeiras. Técnicos de enfermagem	Franco	-----
Cirurgiões. Anestesistas. Técnicos de enfermagem	-----	Apaziguador
Cirurgiões – Técnicos de enfermagem	-----	Alegre - Tolerante
Cirurgiões – Enfermeiras	-----	Brincalhão
Anestesistas – Técnicos de enfermagem	-----	Calmo
Anestesistas – Enfermeiras Técnicos de enfermagem	-----	Nem rápido nem lento
Enfermeiras – Técnicos de enfermagem	Explosiva – Ágil	Prestativa - Falante

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Ainda um ponto que achei interessante e merecedor de comentário específico foi que tanto para os anestesistas quanto para os técnicos de enfermagem o passar do tempo gerou mudanças no padrão de comportamento, ficando evidente quando eles relatam que antes apresentavam um tipo de comportamento diferente do apresentado atualmente.

... era durona agora estou chorona ... T3

... o tempo vai deixando mais maleável a pessoa (...) atualmente contorno politicamente melhor os problemas que antigamente... A2

... antes era mais espontânea, brincava mais (...) já me irritei muito, era muito irritada e não funcionava (...) ficar sempre brigando repercute negativamente para a gente (...)... A4

... antes meu estresse era imperceptível, hoje deixo transparecer... A5

Envolvimento com o trabalho

Na subcategoria denominada *envolvimento com o trabalho* apresento os dados levantados com os sujeitos pesquisados em relação ao seu envolvimento com o trabalho executado diariamente. Nesta subcategoria encontrei em todas as classes profissionais características comuns entre os profissionais da mesma categoria pertencentes aos grupos A e B.

Os cirurgiões, independente de pertencerem aos grupos A ou B, disseram que em relação ao envolvimento com o trabalho se sentem: *chefe da equipe, responsável pelo paciente, tem o controle da situação, são comprometidos com o resultado, gostam do trabalho e tem prazer no que fazem e são concentrados.*

... operar é um hobby para mim (...) me dá prazer... C1

... sou preocupado com o resultado e com a qualidade no atendimento (...) gosto muito do que faço (...) o trabalho não me gera estresse... C4

... vibro com a cirurgia (...) o desiderato é o paciente (...) sou o responsável (...) sou o chefe da equipe (...) gosto muito de Bloco Cirúrgico (...) não acho que o BC seja estressante (...) BC não me estressa... C5

... sou comprometido com o resultado (...) assumo a responsabilidade... C6

... faço do trabalho um prazer (...) trabalho de uma forma light... C7

Em relação ao envolvimento com o trabalho, as características comuns encontradas no grupo dos anestesistas, independente de pertencerem aos grupos A ou B, foram: *chego mais cedo, faço previsão, olho os aparelhos, primordial é o paciente, gosto, sinto prazer e tenho satisfação no trabalho que realizo.*

... chego uma hora e meia antes da cirurgia e organizo tudo (...) faço previsão, levo para a sala tudo que possa precisar (...) olho os monitores (...) quero que o paciente seja conduzido adequadamente (...) peço para respeitar o paciente... A3

... gosto de cirurgias grandes, me sinto gratificada (...) quando está demorado não olho para o campo, fico sentada esperando a cirurgia terminar... A4

... procuro oferecer conforto e segurança para o paciente (...) o paciente é o mais importante, nós existimos por causa dele... A5

... gosto muito do meu trabalho (...) faço previsão de sangramento, me preparo psicologicamente... A6

... chego mais cedo que o cirurgião, facilita, pode fazer com mais calma (...) não consigo ler, fico sempre olhando os aparelhos e equipamentos... A7

As características comuns identificadas no grupo das enfermeiras quanto ao envolvimento com o trabalho foi: *ajudar/auxiliar, gosta do trabalho, sente prazer em trabalhar no Bloco Cirúrgico, resolve problemas, deixa os problemas lá fora e não gosta de escrever*. As enfermeiras acham que somente elas não trazem seus problemas de fora e dizem que *tanto os funcionários quanto os médicos trazem seus problemas particulares para dentro do BC*.

... deixo meus problemas lá fora (...) gosto de ajudar(...) tento resolver os problemas o melhor possível. E2

... gosto do que faço, gosto do trabalho (...) sempre vou ajudar (...) não gosto de escrever... E3

... tento resolver e solucionar o problema... E5

... detesto fazer é evolução (...) gosto de estar ao lado do paciente ajudando (...) procuro não trazer os meus problemas de fora para aqui... E6

... a gente tem que resolver (...) a resolução quase sempre é a gente que tem que dar... E8

Os técnicos de enfermagem dos grupos A e B disseram que: *ajudo, faço previsão e sinto prazer no trabalho*.

... ajudo a todas, procuro sempre ajudar... T1

... torno-me prestativa e ajudo... T2

... faço previsão (...) tento ajudar... T3

... gosto do que faço... T4 - T5 - T6

... faço previsão do material... T6

... ajudo (...) tento ajudar e resolver... T7

...ajudo... T8

Percebi, portanto, como característica comum entre os todos os sujeitos pesquisados na subcategoria *envolvimento com o trabalho*, que trabalhar no Bloco Cirúrgico proporciona satisfação e prazer para a equipe de profissionais incluída neste estudo e, em conseqüência, sentem-se comprometidos com o trabalho e com os pacientes, independente de pertencerem ao grupo A ou B.

Os cirurgiões pertencentes ao grupo A referiram ser: *adaptável com a rotina; acomodado com o sistema; tem bom entrosamento com quem conheço; depende muito*

do momento; estou preparado; confio só em mim; gosto de conhecer o ambiente e as pessoas; gosto de rotina; o interesse sempre é o paciente; mostro o que faço; pequenos erros me excitam; preparado para o sucesso; qualidade; e também relatam que o trabalho em si não gera estresse.

Os anestesistas do grupo A definem assim seu envolvimento com o trabalho: *comando a anestesia; ensino os residentes; exijo respeito ao paciente; faço anestesia em todas as especialidades; levo tudo para a sala; quanto pior o paciente mais atenção; preservo a circulante; reviso a pasta e os exames; sou vigilante no início da anestesia; controlo a dor.*

As enfermeiras do grupo A falaram sobre seu envolvimento com o trabalho e disseram que: *escuto as pessoas; sou facilitadora; checo; me controlo o tempo todo; não deixo para amanhã, resolvo; respeito; se não sei pergunto; séria na hora de ficar séria; trabalho em grupo; tenho bom relacionamento com o funcionário; verifico tudo.*

Os técnicos de enfermagem do grupo A quanto ao envolvimento com o trabalho dizem: *acompanho todos os passos da cirurgia; arrumo tudo (sala, material, mesa, etc.); aprendi com boa vontade; controlo tudo; estabeleço prioridades; faço meu trabalho; falo com o paciente, explico, chamo pelo nome; mantenho hierarquia com o cirurgião; peço ajuda quando preciso; penso no bem estar do paciente; pergunto e consulto; tenho uma postura neutra; tento fazer o melhor; paciente não estressa.*

Lazarus e Folkman (1986) apontam três fatores encontrados no Padrão de Conduta Tipo-A e que atuam com uma variedade de contextos sociais: conjunto de crenças sobre si mesmo e sobre o mundo; conjunto de valores convergentes em um modelo de motivação ou de compromisso (como o comprometimento com o trabalho) e um estilo de conduta de vida impaciente e competitivo. Os mesmos autores (id., 1986) apontam vários pesquisadores considerando os indivíduos que apresentam Padrão de Conduta Tipo-A como pessoas que baseiam suas recompensas no êxito e na satisfação de sua ambição mais do que na socialização. Outros pesquisadores também citados por Lazarus e Folkman (1986) diferem ligeiramente, qualificando estes indivíduos como possuidores de uma orientação baseada no medo do fracasso.

No caso dos sujeitos estudados, verifica-se entre as enfermeiras e técnicos de enfermagem do grupo A preocupação com a equipe como um todo, enquanto que entre os médicos (cirurgiões e anestesistas) a preocupação centra-se no desempenho próprio

fazendo poucas menções ao grupo de trabalho.

Já os sujeitos pertencentes ao grupo B relataram diferenças no envolvimento com o trabalho em relação aos seus colegas do grupo A. Os cirurgiões do grupo B disseram que: *o meu trabalho é artesanal; faço o auto-elogio; compartilha responsabilidades; começo a cirurgia no oba-oba; confio nos outros; descontraído; ligo o automático; mostro a anatomia; papel teatral; sintonizado com o pessoal; toco o serviço; trabalhar em equipe.*

Os anestesistas do grupo B expressaram seu envolvimento com o trabalho da seguinte forma: *envolvo-me com a cirurgia; fico integrado com a equipe; cuido também as coisas que não são da minha competência; faço as coisas com calma sem atropelar; participo da cirurgia olhando; preparo-me para o pior; procuro acalmar o paciente; procuro oferecer segurança e conforto para o paciente; administro meu relacionamento.*

As enfermeiras do grupo B falaram em relação ao seu envolvimento com o trabalho, dizendo: *antes me envolvia mais; aprendo; atenção ao paciente; atenta; classifica prioridades; compartilho; alguns dias está mais motivada outros menos; envolvo-me com que acontece na sala; faço a coisa andar; faço de tudo; faço o meio de campo; faço o que está ao meu alcance; interagindo com a equipe; me divido; participativa; presente no início da cirurgia.*

Os técnicos de enfermagem do grupo B disseram: *alcanço o material sem pedir; checo; chego cedo; entro no jogo; faço minhas atribuições; não faço diferença entre os pacientes; paciente é o mais importante; tenho domínio da sala; tenho grande capacidade de trabalho; tento fazer o melhor.*

Quanto ao envolvimento com o trabalho constatei que os médicos (cirurgiões e anestesistas) do grupo A são mais auto-suficientes, mais individualistas e enfrentam as situações mais difíceis como excitantes e desafiadoras, já os do grupo B preocupam-se com os relacionamentos e trabalham em equipe compartilhando responsabilidades; as enfermeiras e técnicos de enfermagem, não notei uma diferença marcante no envolvimento com o trabalho quando comparei os grupos A e B.

Encontrei entre cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem características comuns de envolvimento com o trabalho tanto entre sujeitos do grupo A quanto do B. A seguir apresento um quadro com estas características comuns identificadas entre a equipe.

Quadro 13 – Características comuns entre os membros da equipe quanto ao envolvimento com o trabalho entre sujeitos dos grupos A e B.

Profissionais	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B
Cirurgiões - Anestesiastas Enfermeiras Técnicos de enfermagem	-----	Paciente (mais importante, atenção, segurança)	Sentem Prazer Gostam do trabalho
Cirurgiões Técnicos de enfermagem	Interesse no Paciente	-----	-----
Cirurgiões Enfermeiras	-----	Compartilhar Trabalhar em equipe	-----
Anestesiastas Técnicos de enfermagem	-----	-----	Previsão
Anestesiastas/Enfermeiras	Respeito	-----	-----
Enfermeiras Técnicos de enfermagem	-----	-----	Ajudar

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

É interessante comentar que um cirurgião do grupo A disse que *o trabalho em si não gera estresse*, e uma técnica de enfermagem também do grupo A concorda com este cirurgião quando disse *paciente não estressa*. Estes profissionais deixaram subentendido que são outros motivos que causam o estresse no Bloco Cirúrgico e não o paciente ou o trabalho em si. É importante ressaltar que o trabalho pode ser uma atividade muito gratificante quando possui um significado especial para o trabalhador e quando oferece condições e desafios à altura de suas capacidades. No entanto, diversas pressões podem ocasionar elevado estresse, provocando um desgaste no trabalhador.

É importante destacar que embora o Bloco Cirúrgico tenha sido definido, pelos próprios sujeitos, como uma área estressante com muitas dificuldades enfrentadas, todos os profissionais que fazem parte da equipe, independente do grupo, disseram que gostam muito trabalhar neste local e que sentem um imenso *prazer* no seu trabalho. Krahl (2001, p. 43) quando discute na sua dissertação o prazer e o sofrimento do enfermeiro no cotidiano do Centro Cirúrgico, define *prazer* como sendo uma *sensação de bem-estar, alegria ou euforia que aparece como resposta positiva do ser humano a certas situações*. Embora Krahl (2001) tenha somente pesquisado os enfermeiros que trabalham em Centro Cirúrgico, determinou duas grandes categorias que a autora denominou *prazer* e *sofrimento*. Constatado nesta pesquisa que estas duas sensações descritas por Krahl (2001), *prazer* e *sofrimento*, estão presentes não só nas enfermeiras que trabalham

em Centro Cirúrgico, mas em todos os indivíduos que fazem parte da equipe cirúrgica e que atuam na sala de cirurgia. Observei que estas sensações ambivalentes, encontradas nos relatos dos profissionais desta pesquisa, foram produzidas pelas mesmas situações vivenciadas pelos enfermeiros do estudo de Krahl (2001), ficando evidente que o conflito é o mesmo.

Concordo ainda com Krahl (2001, p. 79) quando diz que o prazer das enfermeiras que trabalham no Centro Cirúrgico provém *do reconhecimento e do conhecimento que o centro cirúrgico lhes propicia, fazendo com que se sintam a elite da enfermagem*.

Nesta subcategoria *envolvimento com o trabalho*, destaco alguns aspectos que considero importante comentar. Ficou claro nos depoimentos dos cirurgiões que eles consideram-se o chefe da equipe e o responsável pelo paciente. Esta opinião é semelhante entre os outros profissionais (anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem), os quais consideram ter grande responsabilidade com o paciente, mas nunca assumiram a posição de chefia da equipe. Os anestesiologistas deixam claro que são responsáveis por controlar a dor dos pacientes, as enfermeiras destacam a importância no seu papel de resolver problemas e autodefinem-se como facilitadoras enquanto os técnicos deixam evidentes que fazem o seu trabalho hierarquicamente dependentes do cirurgião.

Krahl (2001) diz que o Centro Cirúrgico tem seus próprios rituais, mitos e “deuses”. Concordo com a autora e constato, através dos depoimentos dos cirurgiões nesta pesquisa, que estes consideram-se semideuses, donos dos pacientes, com uma sabedoria e uma onipotência superior aos demais profissionais membros da equipe. Isto ficou evidente principalmente nos cirurgiões do grupo A, pois os do grupo B, embora também se julguem chefes da equipe, disseram que compartilham e confiam na equipe, o que se subentende por dividir responsabilidades. Quando Dejours (1992) descreve a estrutura mental dos pilotos de caça, comparei as características destes descritas pelo autor, muito semelhantes aos dos cirurgiões. O autor diz que os pilotos de caça são a:

... elite em relação à nação e admirada por todo mundo. (...) O elitismo é admitido, cultivado, e os pilotos de caça têm um profundo desprezo por todo o resto da humanidade, miseravelmente reduzida ao seu estado terrestre. A admiração de que eles são objeto e o orgulho inigualável em relação às outras profissões são precisamente fundados na confrontação com este perigo exemplar da profissão. Admiração, orgulho, façanha e domínio da angústia são indissoluvelmente ligados (...) a tarefa ... (Dejours, 1992, p. 87).

Identifico muitas semelhanças entre a descrição feita por Dejours (1992) e os cirurgiões, pois ambos no seu trabalho lidam entre a vida *versus* morte, porém com uma diferença peculiar: os primeiros têm sua própria vida e os cirurgiões a vida dos outros nas suas mãos, por isso são tão venerados e endeusados.

Krahl (2001) constatou que o enfermeiro no centro cirúrgico percebe-se como subalterno ao médico, mais especificamente ao cirurgião, sendo este considerado “sagrado”⁷ e devendo ser referenciado e servido, pois é a partir dos seus desejos e necessidades que as tarefas são realizadas, e não em função do paciente como deveria ser. A autora refere que esse “endeusamento”⁷ talvez se deva ao sentimento de inferioridade gerado em função da falta de conhecimento geral existente em muitos profissionais da enfermagem.

Comportamento frente ao estresse

Finalizando a análise da categoria *comportamento individual na sala cirúrgica*, vou apresentar a terceira e última subcategoria, denominada *comportamento frente ao estresse*.

Os cirurgiões do grupo A relataram que ao enfrentarem situações que desencadeiam estresse apresentam comportamento de: *agressividade, descontrole, rapidez e agir friamente*. Quanto à *agressividade* disseram: *fico brabo, grosseiro, brigo, xingo, coloco a angústia para fora, grito, irritado, intempestivo, menos agradável, menos sociável, perco meu direito, ranço, reclamo e fico ríspido*. Os comportamentos de *descontrole* citados foram: *perco a cabeça, exagero nas atitudes, fico inadequado, falo coisas inoportunas e ri*. A *rapidez* foi relatada como outro comportamento frente ao estresse, quando disseram: *fico mais rápido e quero tudo na mão*. Também citaram que frente à situação de estresse eles vão *agir friamente, corrigir o erro e agem com serenidade nas emergências*.

Entre os anestesistas do grupo A identifiquei os seguintes comportamentos frente ao estresse: *agressividade e comando*. Na *agressividade* os comportamentos citados foram de *irritação, não engolir, revido o grito do cirurgião e fico em posição de defesa*

⁷ Aspas da autora citada.

ou ataque. No comando foi dito *falo mais duro e mais firme e sou objetivo*. É importante lembrar que na autopercepção um anestesista do grupo A disse que *o momento e a equipe determinam a minha postura*.

As enfermeiras do grupo A relataram apresentar comportamentos de *agressividade, envolvimento, disponibilidade, cobrança, defesa*. Na *agressividade* além de aparecer a *agressão* apareceu também *perda de paciência, briga e cara "torta" e precipitação*. No *envolvimento* as enfermeiras disseram: *me envolvo no ambiente, esqueço de mim e vou elaborando, organizando e vendo o que posso fazer*. Na *disponibilidade* foi dito *não espero eles pedirem, vou fazendo e fico super disponível*. Identifiquei a *cobrança* na fala *cobro e acaricio* e a *defesa, me defendo e defendo minha equipe*. Os comportamentos frente ao estresse dependem muito *do momento* segundo a opinião de uma enfermeira que também disse *depende se estou equilibrada ou não vou ter alteração ou não*. Ainda algumas enfermeiras do grupo A disseram que frente ao estresse *improvisam, tem dificuldade de pedir ajuda, penso e começo a fazer cada coisa por vez e se errei peço desculpas*.

A *agressividade* aparece como comportamento frente ao estresse tanto nos cirurgiões quanto nos anestesistas e nas enfermeiras do grupo A. Kaplan (1984) descreve ser a *agressão* uma forma de comportamento e não uma emoção. Diz, ainda, que a *agressividade* pode ser acompanhada por afetos como raiva, vingança ou outros. O autor relata que a natureza da *agressividade* é atribuída a três perspectivas teóricas: 1) impulsos inatos; 2) impulsos eliciados externos; ou 3) condições sociais e ambientais, juntamente com aprendizagem social prévia. A perspectiva teórica mais antiga é a primeira, e diz que a *agressão* é um comportamento essencialmente de natureza instintiva, ocorrendo porque os seres humanos estão genética e constitucionalmente programados. A segunda, geralmente conhecida por teoria do impulso agressivo, rejeita que a energia agressiva seja inata e gerada espontaneamente, mas acredita que a *agressão* se origina da exposição a uma condição de frustração particular do meio, que elicia a motivação para iniciar a *agressão*. A terceira abordagem teórica pressupõe ser a *agressividade* originada por estímulos externos, sendo um comportamento socialmente adquirido e mantido como outras formas de comportamento. Nesta perspectiva entende-se que os indivíduos agredem os outros porque: 1) *adquiriram respostas agressivas através da experiência passada*, 2) *também recebem ou antecipam várias formas de*

recompensa por desempenhar tais ações e 3) são diretamente incitados para a agressão por condições sociais ou ambientais específicas (Kaplan, 1984 p. 59).

Particularmente, identifico a terceira perspectiva teórica, que vê a agressão como um comportamento socialmente adquirido, como a que melhor explica o comportamento agressivo da equipe do Bloco Cirúrgico. De forma diferente das outras teorias, a teoria da aprendizagem social diz que os sujeitos são agressivos somente em *condições sociais ou ambientais apropriadas que tendem a encorajar tal comportamento. Alterem-se essas condições, sugerem os teóricos, e a agressão pode ser facilmente prevenida ou reduzida* (Kaplan, 1984, p. 59). Acredito que esta perspectiva teórica seja a mais adequada para interpretar o fenômeno da agressividade que ocorre no Bloco Cirúrgico. Na minha vivência, tive oportunidade de presenciar cirurgiões que em determinados Blocos Cirúrgicos são mais comedidos, não manifestando tanta agressividade. Um anestesista aborda outro aspecto que também vem ao encontro da perspectiva da aprendizagem social, em que a agressão é uma forma aprendida de comportamento social, quando diz:

... existem pessoas que lá fora são extremamente simpáticas e agradáveis, e no BC sofrem transformação, se tornam agressivas (...) o ambiente exerce uma ação transformadora na pessoa (...) aqui no BC existe o que eu chamo de síndrome da primadona, que ocorre quando o indivíduo quer ser o mais importante de todos. Alguns não conseguem aceitar que os outros possam ser mais importantes e se transformam em foco de agressividade e desentendimento (...) Têm pessoas que querem atrair para si toda a atenção, é muito comum aqui no BC, mais comum entre os cirurgiões... A5

Segundo Kaplan (1984, p. 59 e 61), a agressão pode ser originada por determinantes sociais, ambientais e situacionais. Os determinantes sociais que desencadeiam a agressão poderão ser: *frustração, provocação física ou verbal e exposição às ações de modelos agressivos vivos ou filmados*; os ambientais poderão ser: *efeitos do ruído, efeitos da multidão e efeitos do calor*; e os situacionais podem ser vários aspectos do contexto geral.

Tanto nos depoimentos dos anestesistas quanto das enfermeiras apareceu que o comportamento e a reação frente a uma situação dependerão muito do momento. França e Rodrigues (1997) dizem que a maneira pela qual a pessoa avalia e enfrenta um estímulo dependerá das suas características individuais e do tipo de ambiente no qual está inserido. É importante destacar que o mesmo agressor que determina estresse numa pessoa poderá ser neutro para outra, e um acontecimento que pode ocasionar estresse

em uma determinada ocasião, pode não ser estressante em outro momento (Klamen, Doblin, 1995; Lipp, 1996).

Deve-se considerar o estresse como o desequilíbrio entre as demandas externas que se impõem sobre um indivíduo e a capacidade deste em manejá-las em determinado momento. O estressor por si só não é suficiente para desencadear estresse e provocar uma disfunção significativa na saúde. Para que isso ocorra, é necessário associar outras condições, como a forma de avaliar e enfrentar a situação estressante, a qual dependerá muito do momento vivido. O estresse é um estado produzido no organismo, com manifestações fisiológicas e psicológicas, como resposta à manifestação do meio ambiente percebida pelo organismo como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio (Lipp, 1996).

Os técnicos de enfermagem do grupo A relataram seus comportamentos diferenciados frente ao estresse de *atenção, não envolvimento, disponibilidade e alteração do humor*. O *não envolvimento* fica evidente nas seguintes manifestações: *não bato de frente, não me envolvo, nunca me meto, observar e olhar*. A *disponibilidade* aparece na fala *torno-me prestativa* e a *alteração do humor* quando dizem *às vezes me irritado e às vezes retruco*. Ainda alguns técnicos do grupo A disseram que em frente ao estresse *improvisam, penso positivo, não chamo a atenção da pessoa na frente da outra, coloco para fora o estresse, chamo a circulante e peço para trazer o necessário e chamo a pessoa em particular, converso, explico até entender*.

Os comportamentos agressivos foram relatados em menor número pelos técnicos de enfermagem, apesar de alguns terem sido mencionados. Considerando a teoria da aprendizagem social, pode-se inferir que esta categoria profissional apresenta menos episódios de agressividade comportamental uma vez que encontra-se hierarquicamente subalterna aos outros profissionais da equipe, sendo responsável por resolver a situação.

Os cirurgiões do grupo B relataram em seus depoimentos que ao enfrentarem situações desencadeadoras de estresse eles apresentam comportamento *flexível, controle, resolubilidade e domínio da situação*. O *controle* manifesta-se por comportamentos tais como: *adapta-se a situação, mantenho o controle, não deixo que ocorram brigas, não extravaso, não grito, não sou agressivo e não sou explosivo*. A *resolubilidade* foi identificada quando disseram: *resolvo o problema, assumo a responsabilidade, admito o erro, fico direto e objetivo, faço, chamo a enfermeira e*

papéis a cumprir. O domínio da situação gera os comportamentos de não demonstrar contrariedade, procurar transparecer tranqüilidade e procurar não transparecer impacto. Apenas um cirurgião do grupo B relatou que manifesta um comportamento de discreto descontrole ou nervosismo quando diz que, frente ao estresse, ao solicitar o instrumental para a instrumentadora, em vez de pedir o material falo o nome da instituição.

Nos anestesistas do grupo B identifiquei os seguintes comportamentos, diferenciados de seus colegas do grupo A, frente ao estresse: *aceitar, compartilhar e resolver*. Em relação ao *compartilhar* os anestesistas disseram que *tentam ajudar e aviso a equipe*.

As enfermeiras do grupo B citaram comportamentos de *ação, não envolvimento, introversão e tolerância* frente ao estresse. Na *ação* elas disseram que *priorizam, faço muita coisa, faço remanejo e trabalho muito*. Identifiquei nos depoimentos a alienação manifestada por comportamentos de *não envolvimento* quando dizem: *me retiro, fico mais de fora e espero que me solicitem, não me envolvo, não participo de comentários, na sala não respondo mas fora enfrento, oculto as dificuldades, me faço presente sem interromper e às vezes me queixo*. Ellis e Hartley (1998) dizem que algumas enfermeiras frente ao estresse do trabalho desenvolvem um escudo pessoal que tende a separá-las do contato real com a equipe e o paciente. A *introversão* manifestou-se quando uma disse *falo pouco* e a tolerância nas falas *suporto o mal humor, suporto a falta de trabalhar das pessoas*. Somente uma enfermeira do grupo B disse que *responde a agressão, não fico quieta*. Este tipo de comportamento frente ao estresse remete a alguns aspectos que identificam os traços da Síndrome de Burnout. Lautert (1995) define Burnout como uma síndrome de estresse emocional crônico que decorre do ambiente de trabalho gerando uma resposta inadequada do indivíduo. A mesma autora descreve como traços principais da síndrome: *desgaste emocional, despersonalização e a falta de realização profissional*. A alienação demonstrada por este grupo de profissionais pode ser considerada típica da despersonalização. Lautert (1995) afirma que na despersonalização, o indivíduo desenvolve uma atitude fria e distanciada, isolando-se dos outros, com o intuito de adaptar-se à situação. O profissional assume este comportamento para proteger-se da ansiedade que experimenta quando outras formas de enfrentamento não são eficazes.

Os técnicos de enfermagem do grupo B relataram comportamentos diferenciados frente ao estresse tais como *agilidade, agitação, bloqueio, presença, impaciência e*

introversão. Na agilidade os sujeitos disseram: *rapidez de ação e pensamento, quero tudo rápido e fazer tudo o necessário*. O *bloqueio* caracteriza-se por frases expressadas pelos profissionais como: *as palavras não saem, dá um branco e fico desnorteada*. A *presença* é um comportamento que se manifesta ao dizer *não saio da sala. Não gosto de esperar* ilustra a *impaciência*. *Fico quieta e engolir seco* expressa a *introversão*. Ainda alguns disseram que frente ao estresse têm *alteração na fala, fica carinhosa e compreensiva, tento manobrar, mando, esqueço as diferenças e identifico os fatores estressores*. É interessante lembrar que na reação aguda ao estresse poderão ocorrer alguns desses sintomas dissociativos: *sentimento subjetivo de anestesia; distanciamento ou ausência de resposta emocional; redução da consciência sobre o que o cerca; desrealização, despersonalização ou amnésia* (Cordioli, 1998). Portanto, quando a técnica diz *as palavras não saem, dá um branco e fico desnorteada*, pode-se afirmar que estes são sintomas característicos da reação aguda ao estresse.

Nos cirurgiões identifiquei os comportamentos comuns frente ao estresse entre os grupos A e B de *introversão* e *comando*. Nos cirurgiões do grupo A *introversão* é manifestada por ficar *calado e quieto*, já o *comando* é manifestado por *cobrança, comando da situação, não permito que interfiram, demandador e inquisidor*. Igual aos seus colegas do A, os do grupo B disseram que frente ao estresse ficam *introvertidos*, ou seja, *monossilábico, quieto e calado, não gosto de barulho nem conversas, concentrado, piadas e amenidades abolidas*. Também o *comando* foi igualmente citado por ambos os grupos de cirurgiões, relatando que *fico com o comando mais duro, mais ríspido e mais forte, decidido e tenho condicionamento*.

Com os anestesistas identifiquei comportamentos comuns frente ao estresse de *agilidade, atenção, controle, introversão e pedir ajuda* entre os grupos A e B. Os anestesistas do grupo A ao relatarem *agilidade* disseram que ficam com *maior velocidade de agir, agitação, fica mais rápida, dinâmica e não ficar parado*. Quanto a *atenção* disseram que a *atenção é constante para evitar erros* e citaram também que ficam *concentrados*. O *controle* é manifestado nas seguintes falas: *exteriorizo uma conduta socialmente aceita, controle sobre si mesmo, evito ficar furiosa, não grito, não xingo e sou preciso*. Na *introversão* disseram *retraído, penso e fico quieto*. Ambos os grupos disseram que pedem *ajuda* quando ficam frente a uma situação de estresse. Já os anestesistas do grupo B manifestam a *atenção aumentada* quando relatam que *aumenta*

a atenção, checo tudo novamente, confirmo os dados e fico de pé atenta olhando. O controle aparece nas seguintes falas: *agir como se fosse rotina, dificilmente brigo, não demonstro ansiedade, não me abalo com a agressividade, na PCR tomo conta e controlo, manobro os conflitos interpessoais, fico com sangue frio e uso a autodefesa (entra por um ouvido e sai por outro)*. Percebe-se a *introversão* quando dizem: *não me envolvo com conflitos, falo num canto e recolher-se*.

Os comportamentos frente ao estresse comuns no grupo das enfermeiras dos grupos A e B foram: *agilidade, controle, ajudar, fazer-se presente, mandar, não responder, nunca se ausentar e resolver*. Na *agilidade* as enfermeiras do grupo A disseram: *exijo mais pressa dos outros, não fico parada, fico mais rápida, com o raciocínio rápido, falo mais e atuo*. As do grupo B também disseram: *agir mais*. O *controle* foi encontrado nas seguintes falas das enfermeiras do grupo A: *tomar conta de tudo, tranqüilidade aparente, respiro fundo, mais incisiva, raciocinar e manter o controle, fria e determinada e educada*; e nas do grupo B: *controlo meu pessoal, tento acalmar as pessoas, tento amenizar e converso em grupo*.

Os técnicos de enfermagem apresentaram como comportamentos comuns frente ao estresse *não revidar, deixar os médicos gritarem e xingarem, chamar a enfermeira, tentar resolver, pensativa, ajudar e tentar manter a calma*.

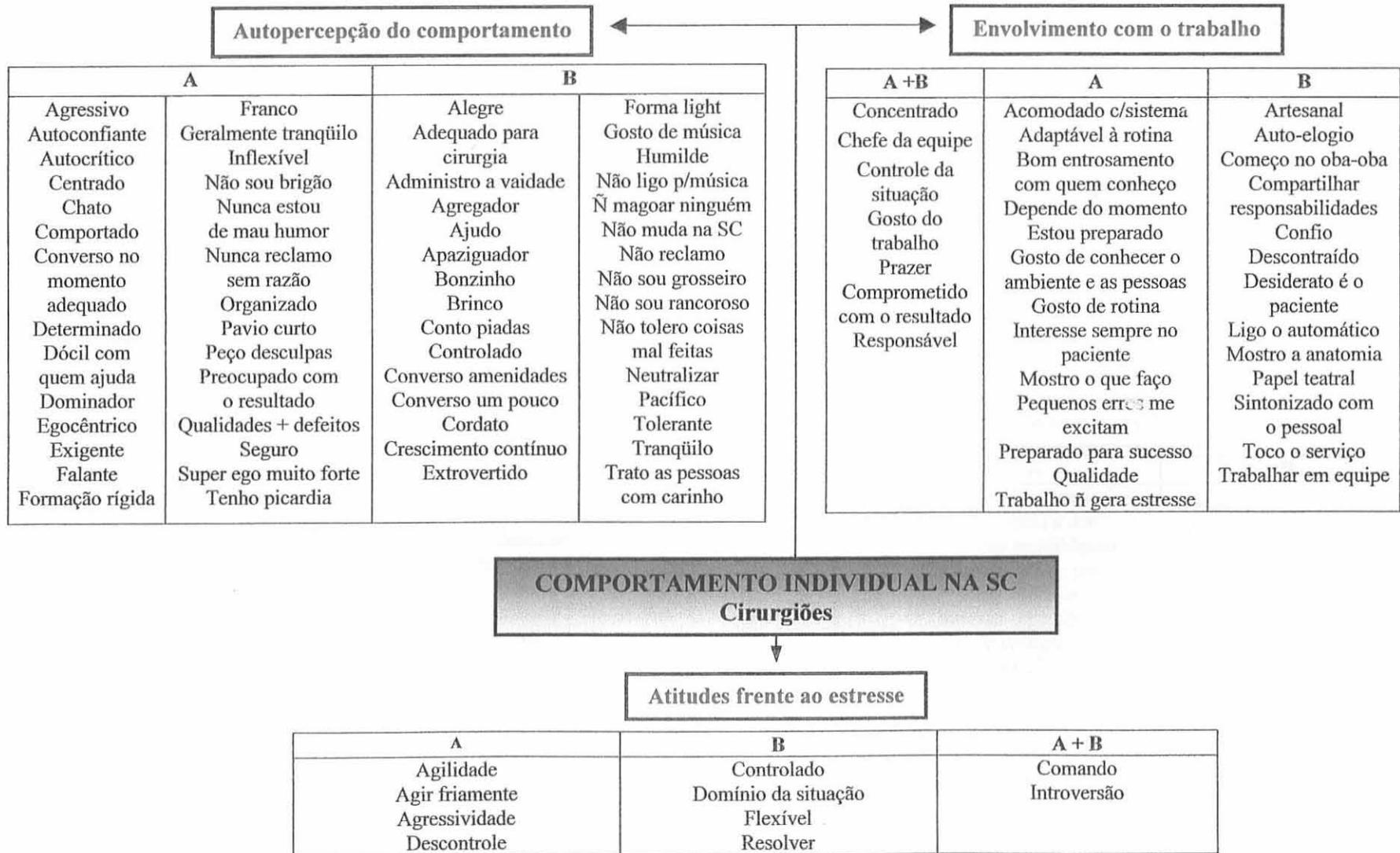
Encontrei entre cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem algumas características comuns nos comportamentos apresentados frente ao estresse, tanto entre sujeitos do grupo A quanto do B. A seguir apresento um quadro com estas características comuns identificadas entre a equipe.

Quadro 14 – Características comuns entre a equipe quanto aos comportamentos frente ao estresse entre sujeitos dos grupos A e B.

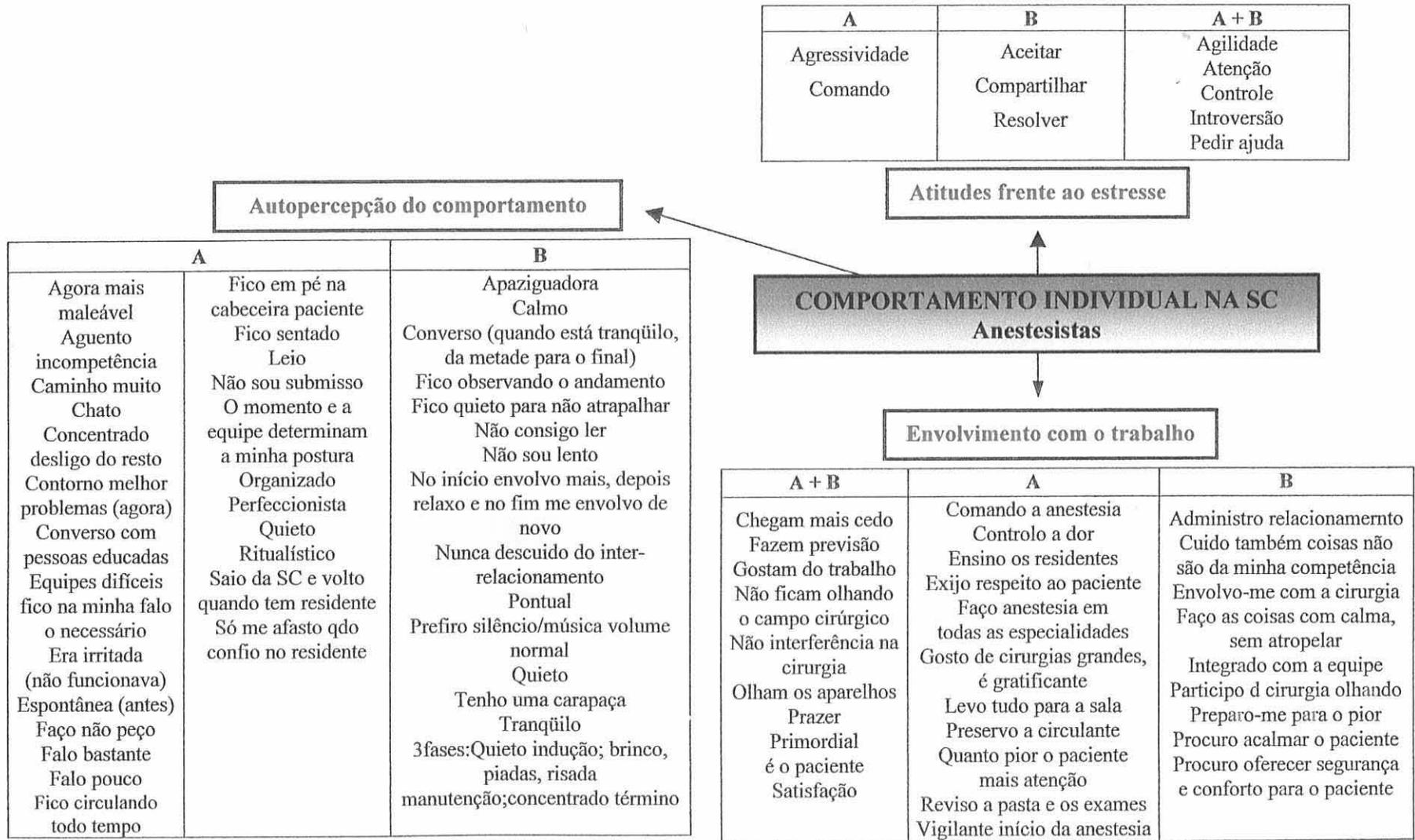
Profissionais	Grupo	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B
Cirurgiões – Anestesistas Enfermeiras		Agressividade	-----	-----
Cirurgiões – Anestesistas		-----	Resolver	Introversão
Anestesistas – Enfermeiras		-----	-----	Agilidade - Controle
Enfermeiras Técnicos de enfermagem		Disponibilidade	Introversão	Ajudar - Resolver - Nunca responder

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

MAPA 9 – CATEGORIA: COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA SALA DE CIRURGIA (CIRURGIÕES)

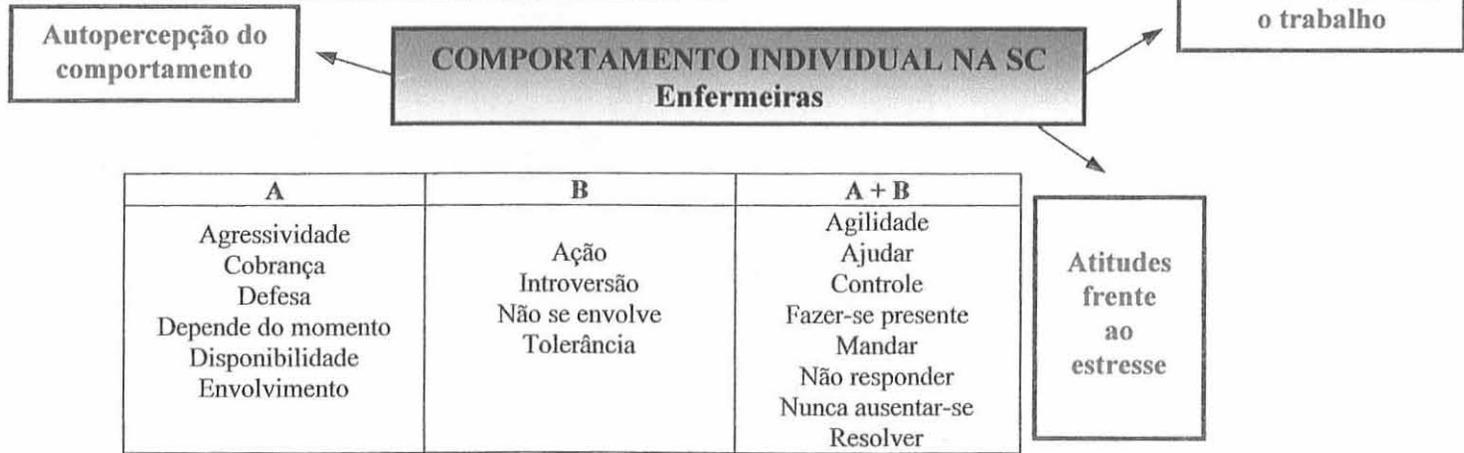


MAPA 10 – CATEGORIA: COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA SC (ANESTESISTAS)



MAPA 11 – CATEGORIA: COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA SC (ENFERMEIRAS)

	A	B		A + B	A	B
Aceito pessoas como são	Me cobro	Aglutinadora		Ajudar / auxiliar	Checo	Alerta
Adaptável	Mostro semblante alegre	Agradável		Deixar os	Escuto as pessoas	Antes me envolvia mais
Ágil	Muitas vezes tranqüila	Brincalhona		problemas lá fora	Facilitadora	Aprendo
Agitada	Não gosto de mentiras	Colaborativa		Gosto do que faço,	Me controlo o tempo todo	Atenção ao paciente
Amável	Não imponho	Converso o		adoro trabalhar	Não deixo para amanhã,	Atenta
Amiga	Não sou de muita conversa	tempo todo		no BC	resolvo	Classifico prioridades
Ansiosa (às vezes)	Não sou política	Dócil		Não gosto de	Respeito	Compartilho
Batalhadora	Nunca estou tranqüila	Humor estável		escrever	Se não sei, pergunto	Dias + motivada, outros menos
Bom humor	Organizada	Imatura		Prazer	Séria na hora de	Envolver c/que acontece na SC
De bem com todos	Possessiva	Não sou muito		Resolver	ficar séria	Fazer a coisa andar
Determinada	Receptiva	rápida		problemas	Tenho bom	Fazer de tudo
Deveria saber mais	Teimosa	Pavio curto			relacionamento com	Fazer o meio de campo
Estressada por natureza	Tenho reações inesperadas	Prestativa			funcionário	Fazer o que está ao alcance
Explosiva	Tento ser brincalhona	Simpática			Trabalho em grupo	Interagindo com a equipe
Falo ligeiro	Tento ser delicada	Tenho bom			Verifico tudo	Me divido
Franca	Tiques nervosos	senso				Participativa
Gosto de agradar	Transparente	Tranqüila				Presente no início da cirurgia
Gosto de brincar	Sou camaleão					
Ligada no humano	Sou difícil de aceitar críticas					



MAPA 12 – CATEGORIA: COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA SC (TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)

A + B	A		B	
Limpa Organizada Prestativa Quieta	Acham que sou estressada, não sou Bom relacionamento com colegas Brinco na hora certa Cumprimento, converso, me identifico p/paciente Dedicada Dinâmica, ágil, rápida Discreta Dizem que sou estúpida, não sou Educada Era durona, agora chorona Exigente Escuto Franca Jeito explosivo Ñ discuto com cirurgião / anestesista	Não esquento Ñ gosto de fofoca Não gosto que mandem Não mando ninguém Não rio quando contam piadas No início cirurgia sou mais frágil Nunca briguei Nunca tive atritos com colegas Obsessiva Preocupada Quieta na hora de instrumentar Respeito a todos Respeito paciente Respondo	Adaptável Alegre Apaziguadora Calada Calma Colaboradora Convivência harmônica Dedicada Dominadora Era respondona agora converso Esquecida Exigente Exijo respeito e educação da equipe Falo baixo Falo muito Fechado Forte	Há momentos que brinco Humana Lento Limpa Muitos defeitos Não gosto de agito e voz alta Não gosto de música Nem rápida, nem lenta Observadora Organizada Positiva Prestativa Quieta Segura Tenho bom relacionamento Tolerante Tranquila Trato toda equipe bem

A + B	A	B
Ajudar	Acompanho todos os passos da cirurgia Aprendi c/boa vontade	Alcanço material s/pedir Checo
Fazer previsão	Arrumar a sala/material Controlo tudo	Chego cedo Entro no jogo
Prazer no trabalho	Estabeleço prioridades Faço meu trabalho Falo com o paciente, explico, chamo p/nome	Faço minhas atribuições Não faço diferença entre pacientes
Tento fazer o melhor	Hierarquia c/cirurgião Paciente não estressa Pedir ajuda Penso no bem-estar do paciente Pergunto e consulto Postura neutra	Paciente é o mais importante Tenho domínio da sala Tenho grande capacidade de trabalho

Autopercepção do comportamento

**COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA SC
Técnicos de Enfermagem**

Envolvimento com o trabalho

A	B	A + B
Atenção Alteração de humor Disponibilidade Não envolvimento	Agilidade Agitação Bloqueio Impaciência Introversão Presença	Ajudar Chamar o enfermeiro Deixo eles gritarem e xingarem Não revidar Pensativa Resolver Tentar manter a calma

Atitudes frente ao estresse

4.2.4 Manejo do Estresse

A categoria denominada *manejo do estresse* expressa as formas utilizadas pelos profissionais da equipe cirúrgica para enfrentar o estresse. Esta categoria divide-se em quatro subcategorias: manejo centrado no problema, manejo centrado nas emoções, manobras de alívio e desenvolvimento das relações sociais.

Procurei apontar nos mapas desta categoria os manejos utilizados pelos profissionais dos grupos A e B, para poder identificar a existência de diferenças entre as estratégias utilizadas por estes indivíduos.

Lembrando as diferenças entre o Padrão de Conduta Tipo-A e B, Sánchez e Bermúdez citados por Lautert (1995, 2001) apontam a identificação de três grandes conjuntos de expressões de conduta que definem o Padrão de Conduta Tipo-A: competitividade, impaciência e hostilidade. Quando estes fatores não estão presentes no comportamento pessoal, o indivíduo é considerado por Sánchez e Bermúdez como personalidade Tipo-B. Os sujeitos tipo A ainda procuram destacar-se em qualquer atividade que empreendem.

Os mapas 13, 14, 15 e 16 apresentam esta categoria com suas subcategorias e estão na ordem correspondente aos depoimentos dos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem, sendo que as manifestações comuns a todos os profissionais pesquisados são apresentadas em quadros.

O manejo do estresse está vinculado diretamente ao processo de enfrentamento, que são as estratégias usadas pelos indivíduos quando expostos aos estressores. Lautert (2001) afirma que o indivíduo está diariamente exposto a estressores e, por isso, necessita criar várias formas de enfrentamento para poder sobreviver. A mesma autora diz que em ambientes onde existe um contato intenso com pessoas, o indivíduo se expõe freqüentemente a situações que o obrigam a utilizar estratégias de enfrentamento ou de adaptação e isto ocorre repetidas vezes entre os profissionais que trabalham na área humanística, mais especificamente nesta pesquisa entre os profissionais da saúde.

Em 1975 Mason demonstrou que cada organismo reage de forma diferente ao estresse e provavelmente as reações apresentadas estariam relacionadas ao grau de envolvimento emocional de cada um (Lipp, 1996; Grandjean, 1998).

Lazarus e Folkman (1986) definem o conceito de enfrentamento como sendo um conjunto de esforços cognitivos e de condutas, permanentemente mutáveis, desenvolvidos para enfrentar as demandas específicas externas e/ou internas, avaliadas como excedentes aos próprios recursos. Esta definição se refere ao que o indivíduo pensa ou faz em um contexto determinado e as trocas ocorridas quando o contexto modifica. Ainda os mesmos autores dizem que o enfrentamento serve para duas funções: manipular ou alterar o problema (enfrentamento dirigido ao problema) e regular a resposta emocional que aparece como consequência (enfrentamento dirigido a emoção).

Cada indivíduo funciona num certo nível de estresse considerado aceitável. França e Rodrigues (1997) lembram que as variações individuais e o componente situacional vão interferir muito na resposta do estresse. Também o tipo de manejo dependerá do momento de vida que o indivíduo está passando, pois o que pode ser estressor em um determinado momento, pode não mais ser mais em outro, ou também, uma situação pode ser considerada estressora para uma pessoa e para outra não.

A maneira de enfrentamento de um indivíduo vai depender dos recursos que este dispõe. Lazarus e Folkman (1986) citam como recursos à saúde a energia física, as crenças existenciais, as crenças gerais sobre o controle, os compromissos que motivam o sujeito, os recursos usados para a resolução de problemas, as habilidades sociais, o apoio social e os recursos materiais.

O manejo do estresse segundo Flaherty, Davis e Janicak (1995) pode ser feito por diversas técnicas, sendo que cada uma delas deverá ser adaptada às necessidades do indivíduo. Os autores apresentam as seguintes técnicas, podendo ser utilizadas muitas vezes combinadas: a) reconhecimento do estresse; b) psicoterapia de apoio; c) apoio social; d) lista de satisfação do estresse; e) cuidados com a saúde pessoal; f) exercícios de relaxamento; g) medicamentos; h) avaliação das opções; e i) habilidades de comunicação.

Esta subcategoria foi analisada considerando que o enfrentamento da situação estressante pode ser realizado em duas formas principais: centrado no problema e centrado na emoção (Lazarus, Folkman, 1986). Apresento a seguir as subcategorias com os manejos utilizados pelos profissionais que fazem parte da equipe cirúrgica.

Manejo centrado no problema

Lazarus e Folkman (1986, p.175) dizem que as estratégias de enfrentamento dirigidas ao problema são parecidas às utilizadas para a resolução deste, e geralmente estão dirigidas à definição do problema e à busca de soluções. Este tipo de enfrentamento é utilizado pelos sujeitos quando existe a possibilidade do indivíduo controlar a situação. Lautert (2001, p.120) entende que o enfrentamento centrado no problema *procura reduzir o estresse e altera a situação ou a apreciação que o indivíduo faz dela.*

A forma de enfrentamento centrada no problema divide-se, segundo Lazarus e Folkman (1986), em duas categorias, sendo a primeira referente ao contexto e a outra ao indivíduo. Na categoria que se refere ao contexto encontram-se as estratégias dirigidas às pressões ambientais e aos obstáculos; e na segunda, encontram-se *as estratégias de mudanças motivacionais, as variações dos níveis de aspiração, o desenvolvimento de novas formas de conduta ou a aprendizagem de novos recursos de enfrentamento* (Lautert, 2001, p. 126-127).

Referente à análise da subcategoria *manejo centrado no problema*, identifiquei que os cirurgiões são os profissionais que mais citaram estratégias para manejar o problema. Nos depoimentos dos sujeitos encontram-se várias formas de enfrentar as situações laborais estressantes. Inicialmente, apresento as estratégias identificadas como comuns, utilizadas entre os profissionais que têm a mesma ocupação, porém pertencendo aos diferentes grupos de comportamento, A e B.

Os manejos comuns centrados no problema citados pelos profissionais pertencentes tanto ao grupo A como B foram:

- Cirurgiões: *ação, chamar a enfermeira e transferir o problema, concentrar-se, comando, controle, focar e resolver o problema e ter infra-estrutura na sala;*
- Anestesiistas: *tentar resolver e reduzir ou eliminar os estressores;*
- Enfermeiras: *ajudar, ficar presente, identificar a causa e solucionar, tentar resolver;*
- Técnicos de enfermagem: *antecipando pedidos dos cirurgiões, contornando a situação, controlando o que ocorre, cortando os estressores, fazendo previsão, sugerindo e levando todo o material para a sala.*

Peiró e Salvador (apud Lautert, 2001) acreditam que a quantidade de esforço que o indivíduo utilizará para resolver o problema dependerá de como ele percebe a situação vivenciada. As várias estratégias citadas pelos profissionais demonstram que eles acreditam ser possível resolver o problema, e por isso direcionam suas estratégias neste sentido. Várias expressões retiradas dos depoimentos dos sujeitos, e citadas anteriormente, deixam transparecer que os profissionais acreditam serem as situações passíveis de controle e solução.

Lazarus e Folkman (1986) consideram quanto mais específica a situação enfrentada maior a proliferação de estratégias centradas no problema. Considerando que a maioria das situações enfrentadas no Bloco Cirúrgica é específica, não surpreende que tenham sido referidas várias formas de manejo do problema.

Quadro 15 - Manejos comuns centrados no problema utilizados pelos sujeitos dos grupos A e B frente a situações de estresse.

Profissionais	Grupo	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B
Cirurgiões Técnicos de enfermagem		-----	-----	Controlar
Anestesiastas Técnicos de enfermagem		Organização	-----	
Anestesiastas Enfermeiras		-----	-----	Tentar resolver
Enfermeiras Técnicos de enfermagem		-----	Pedir ajuda	-----

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Observei que são poucos os manejos comuns entre os profissionais de áreas de atuação diferente.

Os manejos centrados no problema citados somente pelos profissionais pertencentes ao grupo A foram:

- cirurgiões: *assumir as intercorrências, ter bom equipamento, encaminhar os problemas às pessoas certas, evitar erros, manter-se no mesmo ambiente, operar patologia que domina, usar o mesmo instrumental e equipamento e usar uniformes adequadamente;*

- anestesistas: *criar rotinas, dividir o problema, não olhar o campo operatório, organização e trabalhar com funcionários rápidos;*
- enfermeiras: *antecipar as solicitações;*
- técnicos de enfermagem: *avisar e alertar a equipe do problema, levar material a mais para a sala, não sair da sala durante a cirurgia, organização, saber o porque aconteceu e trabalhar todos os fatores.*

Lazarus e Folkman (1986) acreditam que o sujeito com padrão comportamental do tipo A pode ser considerado como possuidor de um estilo de enfrentamento que inclui características de condutas motivacionais e cognitivas. Com exceção dos anestesistas, que citaram *trabalhar com funcionários rápidos*, característica esperada do padrão de comportamento tipo A, os demais manejos centrados no problema não são exclusivos e característicos deste padrão.

Os manejos centrados no problema citados somente pelos profissionais pertencentes ao grupo B foram:

- cirurgiões: *acalmar-se, administrar o estresse internamente, afastar os estressores, assimilar, autovigilância, buscar experiências passadas, dar um tempo, fazer hemostasia minuciosa, improvisar, melhorar condições de trabalho, otimizar e ser continente para pequenas coisas;*
- anestesistas: *cercar-se de todos os equipamentos e materiais, ter um checklist, coordenar, não atropelar etapas, organizar a situação, revisar paciente, patologia e equipamentos;*
- enfermeiras: *criar soluções, detectar o problema e tentar controlar, dar um desfecho, ficar centrada, pedir ajuda e tentar suprir a falta de material;*
- técnicos de enfermagem: *manobrar as coisas, pedir ajuda, ter conhecimento e ter domínio da sala.*

Os esforços para exercer controle sobre as situações são sinônimos de enfrentamento (Lazarus, Folkman, 1986). A natureza do estressor, o estilo do sujeito e o modo como enfrentou no passado irão determinar a forma de enfrentamento que será adotada em cada situação estressante; isto fica evidente quando aparece um cirurgião dizendo que vai *buscar experiências passadas e dá um tempo.*

Analisando os manejos apresentados pelos profissionais pertencentes ao grupo B, identifiquei algumas estratégias utilizadas especificamente por sujeitos pertencentes ao padrão de comportamento do tipo B. Quando os cirurgiões revelam que tentam *acalmar-se, administrar o estresse internamente, afastar os estressores, assimilar, improvisar, melhorar condições de trabalho, otimizar e ser continente para pequenas coisas* evidenciam perceber a situação como controlável e passível de solução; por isso, tentam manter a calma e afastar os estressores para encontrar a solução. Quando as enfermeiras disseram que vão *criar soluções, detectar o problema e tentar controlar*, estão caracterizando o enfrentamento centrado no problema, tentando controlar e resolver a situação.

Manejo centrado na emoção

O manejo centrado na emoção é comumente utilizado para reduzir a ameaça (proporcionando uma sensação de bem-estar no indivíduo) e regular ou dosar a emoção que acompanha o estresse. Os indivíduos empregam este tipo de estratégia para desviar o pensamento quando se deparam com um estressor perdurável ou imodificável. Existem várias formas de enfrentamento dirigido à emoção, uma parte delas formada por processos cognitivos encarregados de diminuir o grau de transtorno emocional e incluem estratégias como a atenção seletiva, distanciamento, minimização, evitar, comparações positivas e extração de valores positivos nos acontecimentos negativos. Muitas destas estratégias são derivadas dos processos defensivos e utilizadas em praticamente todo o tipo de situação estressante (Lazarus, Folkman, 1986).

É importante ressaltar que nesta subcategoria somente na enfermagem encontrei manejos centrados na emoção comuns entre profissionais dos grupos A e B. Estes manejos comuns foram:

- enfermeiras: *retirar-se*;
- técnicos de enfermagem: *contar até dez*.

Verifiquei que tanto as enfermeiras do grupo A quanto do B utilizam uma das estratégias de despersonalização quando dizem que *se retiram* para suportar e enfrentar as situações laborais estressantes, geradoras de sofrimento e dor. Lautert (2001) diz que

a despersonalização é utilizada como estratégia de adaptação pelos profissionais que sofrem pressões no seu trabalho. Peiró e Salvador (apud Lautert, 2001, p.126) denominaram esta mesma estratégia de enfrentamento de *afastar-se da situação estressante*.

Os manejos centrados na emoção citados pelos profissionais pertencentes ao grupo A foram:

- cirurgiões: *agressividade, atitude enérgica, pouca flexibilidade e falar;*
- anestesistas: *jogo de cintura;*
- enfermeiras: *chorar, ignorar, não ultrapassar limites, parar e pensar e resgatar o prazer;*
- técnicos de enfermagem: *afastar-se, deixar o médico falar sozinho, falar comigo, manter a calma e procurar não se estressar.*

Segundo Lazarus e Folkman (1986), o conceito de padrão de comportamento tipo A incide mais na conduta comportamental adotada do que no processo pessoal; por isso, os autores dizem que o padrão de comportamento do tipo A é um estilo de conduta de vida. Os sujeitos pertencentes a este grupo têm desenvolvido um grande compromisso com o controle das situações, tornando-se totalmente vulneráveis quando perdem ou diminuem este controle.

Os cirurgiões do grupo A citaram manejos centrados na emoção, característicos de indivíduos que apresentam padrão de comportamento tipo A, quando relataram nos seus depoimentos a *agressividade, atitude enérgica, pouca flexibilidade*. Conforme Sánchez e Bermúdez citados por Lautert (1995, 2001), os indivíduos com este tipo de comportamento são definidos como pessoas que apresentam reações como agressividade, hostilidade e ira perante qualquer obstáculo que os impeça ou simplesmente ameacem seus objetivos.

Lautert (2001) quando estudou o processo de enfrentamento do estresse utilizado por enfermeiras no trabalho hospitalar, relatou que treze das vinte enfermeiras pesquisadas mencionaram a agressividade da equipe de saúde presente no cotidiano de trabalho no hospital. Para suportarem e conviverem com essas situações e conflitos, a despersonalização foi apontada como estratégia para suportar as pressões. Nesta pesquisa constatei que tanto as enfermeiras, quando disseram que *se retiram, ignoram* quanto os técnicos de enfermagem, quando disseram *afastar-se e deixar o médico falar*

sozinho, utilizam a estratégia da despersonalização.

As enfermeiras do grupo A também relataram o enfrentamento centrado na emoção através do choro. Esta estratégia de enfrentamento também foi encontrada nas enfermeiras por Lautert (2001), em sua pesquisa. Esta autora diz que chorar é uma forma de descarregar a emoção, aliviar a tensão e regular a afetividade.

Os manejos centrados na emoção citados pelos profissionais pertencentes ao grupo B foram:

- cirurgiões: *flexibilização*;
- anestesistas: *ironias, negação e não mudo o comportamento*;
- enfermeiras: não foram encontrados manejos centrado na emoção neste grupo de profissionais;
- técnicos de enfermagem: *harmonia, mantenho a calma, não demonstro nervosismo, não mudo o comportamento, não me abalo e tranqüilidade*.

Lembrando que os sujeitos do grupo B exibem um comportamento diverso do padrão de comportamento tipo A, ou seja, *são calmas, menos agressivas, sem pressa e menos propensas a lutarem vigorosamente para atingirem um objetivo* (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997, p. 221). As estratégias citadas pelos sujeitos pesquisados pertencentes ao grupo B correspondem ao esperado para esse grupo de profissionais.

Comparando os manejos centrados na emoção identificados na equipe do Bloco Cirúrgico, verifico que somente os anestesistas e os técnicos de enfermagem do grupo B responderam usar como estratégia não mudar de comportamento frente às situações de estresse. Segundo Lazarus e Folkman (1986, p. 174), utilizamos o enfrentamento dirigido à emoção para conservar a esperança e o otimismo, para negar tanto o ocorrido como suas implicações, para não ter que aceitar o pior e para agir como se a ocorrência não nos importasse. Estes processos conduzem por si mesmo a uma interpretação de distorção da realidade.

Por outro lado, o tempo também auxilia a modificar a percepção e interpretação das fontes geradoras de estresse. Um anestesista disse: *antes enfrentava os problemas com mais esportividade, hoje com menos eficiência*. Atualmente as investigações sugerem que a percepção das fontes de estresse se modificam na medida que o indivíduo envelhece e, como conseqüência deste fato, o enfrentamento também irá variar para atender as novas demandas (Lazarus, Folkman, 1986). Este depoimento também

encontra fundamentação nos resultados encontrados na pesquisa de Bianchi e Salzano (1991), que constatou uma correlação significativa entre o nível de estresse e tempo de serviço no Centro Cirúrgico, isto é, quanto maior o tempo de serviço maior o nível de estresse, portanto, concluiu que também se torna mais difícil com o tempo manejá-lo.

Manobras de alívio

As características do trabalho na área da saúde colocam freqüentemente o profissional perante situações difíceis, predispondo o trabalhador a utilizar mecanismos de defesa, enfrentamento e resistência, para manter um equilíbrio relativo e continuar desenvolvendo suas funções laborais (Beck, 2001). Para manter a saúde física e mental, em boas condições para o trabalho, muitas vezes utiliza manobras de alívio.

Lazarus e Folkman (1986) citam as principais propriedades que o indivíduo deve ter como recursos para enfrentar as situações que lhe geram estresse: saúde e energia, crenças positivas, técnicas para resolução do problema, habilidades e apoio social e recursos materiais.

A saúde e a energia são indispensáveis para que as pessoas tenham um bom enfrentamento. Certamente será muito mais fácil ao profissional enfrentar uma situação estressante se ele estiver em boas condições de saúde física e mental. Crenças positivas são utilizadas como recurso psicológico de enfrentamento, pois a esperança e a crença de que a situação enfrentada possa ser controlada gera forças para o enfrentamento. As técnicas para resolução do problema devem ser entendidas como a habilidade de analisar as situações, examinar possibilidades alternativas, achar opções úteis para obter o resultado desejado e escolher um plano de ação apropriado. Habilidades sociais referem-se à capacidade de comunicar-se e atuar com os demais indivíduos de forma socialmente adequada e efetiva; já o apoio social significa ter alguém para proporcionar apoio emocional. Os recursos materiais referem-se ao dinheiro, bens e serviços que podem ajudar no enfrentamento das situações estressantes (Lazarus, Folkman, 1986).

Nesta subcategoria analiso as manobras de alívio utilizadas pelos profissionais como manejo do estresse. Os que mais revelaram utilizar estas manobras na pesquisa realizada foram os técnicos de enfermagem, seguidos pelos anestesistas. Os cirurgiões do

grupo A citaram manobras de alívio iguais aos seus colegas do grupo B; por isso, no mapa correspondente a categoria manejo do estresse, não aparece a coluna dos cirurgiões do grupo A nesta subcategoria.

Passo a apresentar primeiramente as manobras de alívio comuns entre os grupos A e B, por categoria profissional:

- cirurgiões: *distração, lazer fora do BC, praticar algum esporte, ter hobby, contar piadas, falar menos, silêncio, fazer profilaxia das brigas e usar profilaticamente remédios para enxaqueca;*
- anestesistas: *ambiente silencioso, chegar mais cedo, conversar com a equipe assuntos amenos, dormir em casa, deitar e descansar, exercícios respiratórios, leitura e música agradável em volume baixo;*
- enfermeiras: *brincar, contar piadas, comer e dormir;*
- técnicos de enfermagem: *distrair os cirurgiões, dormir, música ambiental baixa e tomar banho.*

Massaroni (1999) recomenda comportamentos benéficos para combater o estresse, como praticar exercícios, dieta alimentar equilibrada, técnicas de relaxamento e estimular o autocontrole. Os sujeitos relataram utilizar-se de algumas manobras de alívio que atendem às recomendações citadas pela autora para combater o estresse.

Somente os cirurgiões referiram praticar esportes. Usdin e Lewis (1981) delinearam efeitos benéficos dos exercícios físicos na reação ao estresse.

Constatai que alguns profissionais utilizam estratégias de regulação emocional quando citam como manobras de alívio brincar, contar piadas e falar amenidades. Dormir, citado por praticamente todas as categorias profissionais, pode ser considerado um modo de relaxamento. Já foi anteriormente abordada a exposição à fadiga dos profissionais da área da saúde, muitas vezes crônica, pela carga de trabalho e realização de longas jornadas, sendo, por isso, muito importante atender primeiramente as necessidades fisiológicas básicas para depois utilizar outras manobras que ajudarão a manter o equilíbrio físico-psíquico do trabalhador. As enfermeiras citaram como manobra de alívio, comer. Acredito que esta não tenha a finalidade de atender a recomendação de Massaroni, que indica dieta alimentar equilibrada, mas sim provavelmente seja usada como uma estratégia de alívio da ansiedade e do estresse.

A música aparece bastante como manobra de alívio que poderia ser incluída nas

técnicas de relaxamento. Acredito que uma música ambiental, além de acalmar e relaxar, torna o ambiente do Bloco Cirúrgico (tão frio e impessoal) mais agradável.

Alguns cirurgiões utilizam medicamentos para prevenir a enxaqueca como manobra de alívio. Usdin e Lewis (1981) dizem que outra alternativa utilizada, com efeitos benéficos no combate às manifestações físicas desagradáveis decorrentes do estresse, é o uso de uma grande variedade de medicamentos como antidepressivos, tranqüilizantes e outros.

Embora o uso de alguns medicamentos tenha indicação para aliviar as reações desagradáveis ao estresse, é muito importante que estes sejam prescritos por um colega especialista, pois evidentemente o acesso a medicações controladas é fácil aos profissionais da saúde, podendo levá-los à dependência química.

As manobras de alívio utilizadas pelos cirurgiões do grupo A são comuns a seus colegas do grupo B, tendo sido, portanto, apresentadas anteriormente. No entanto, identifiquei nos anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem pertencentes ao grupo A manobras exclusivas deste grupo:

- anestesistas: *abrir a porta lateral da sala cirúrgica e ver o sol, caminhar na sala, evitar sobrecarga de horas trabalhadas, lazer, mascar chicletes, fazer movimentos para descontrair a musculatura, mudar de atividade em um plantão e sentar na sala em cadeira confortável com apoio dos braços;*
- enfermeiras: *caminhar, desviar a atenção, fazer exercícios, ouvir música, rezar, respirar fundo, tornar a área física mais aconchegante, tornar o BC mais humanizado e usar antidepressivo;*
- técnicos de enfermagem: *realizar esportes em academia, realizar acompanhamento psicológico; brincar e rir, dar uma saída da sala, ler distrair-se com programas de lazer, esquecer, fazer outras atividades, assistir palestras, relaxar, respirar fundo, rezar, sorrir, cumprimentar as pessoas, tomar chimarrão e tomar um copo de água gelada.*

Manobras de alívio citadas pelos profissionais pertencentes ao grupo B foram:

- cirurgiões: *cantar, conversar banalidades, depende do momento de vida, ouvir música, rezar e fazer respiração profunda;*

- anestesistas: *terapia em grupo, usar bebidas alcoólicas para relaxar, chegar preparado em todos os sentidos com material e recursos humanos, diminuir o trabalho, fazer profilaxia do estresse conhecendo e evitando os estressores, não trazer assuntos estressantes, contar piadas, planejar o procedimento, programar-se para a próxima cirurgia e transferir o plantão;*
- enfermeiras: *nunca ficar engasgada, fazer palavras cruzadas e transferir responsabilidades;*
- técnicos de enfermagem: *fazer um breve isolamento em casa, comer, contar história, fumar só aqui a família nem sabe, gostar do que faz, mudar o assunto e puxar outro, ver televisão e ir para casa ouvindo rádio.*

O uso de bebidas alcoólicas e o fumo foram citados como manobras de alívio somente pelos sujeitos do grupo B. Lautert (2001) diz que o sentimento de impotência do indivíduo pode ser um fator desencadeante de depressão, levando-o por vezes ao uso de bebidas alcoólicas, fumo ou farmacodependência. Ramos, psiquiatra especialista em dependência química, citado em artigo da Revista Proteção (2002), diz que trabalhadores de profissões consideradas estressantes, como profissionais da área da saúde, policiais, jornalistas, coveiros e pilotos de avião, são mais vulneráveis ao alcoolismo. Lembrando que Leibovich (apud Camargo, 1999) cita os médicos e enfermeiros como algumas das profissões mais estressantes.

A baixa remuneração aliada à pressão da responsabilidade, capacidade de trabalho aparentemente inesgotável e relutância em reconhecer que nem sempre é possível salvar a vida torna os profissionais da área da saúde vulneráveis ao estresse típico da profissão. Assim, a exaustão física, o sofrimento psicológico e o acesso fácil a drogas podem induzi-los ao consumo exagerado de algumas substâncias (Poles, Boccia, 2000). A reportagem “Dependência química já é uma epidemia”, da Revista Proteção (2002, p. 46), diz que *o uso de álcool e drogas mais pesadas por médicos, enfermeiros, anestesistas e pessoal de hospitais e clínicas em geral já é uma epidemia.*

Lipp, Sassi e Batista (1997) também apontam o estresse ocupacional e os altos níveis de ansiedade e depressão decorrentes como responsáveis pelo uso abusivo de álcool e adição a drogas na classe médica. A facilidade de acesso ao medicamento aliado ao estresse típico da profissão, têm levado médicos a usarem drogas de uso hospitalar,

como morfina. Isto é um fenômeno mundial entre os *homens de branco*, sendo considerada uma espécie de doença ocupacional (Poles, Boccia, 2000). O psiquiatra Coombs (1997) apresenta depoimentos de médicos alcoolistas que descobriram, freqüentando os Alcoólatras Anônimos, outros colegas com o mesmo problema, ficando surpresos, pois muitas vezes consideravam-se únicos na sua categoria profissional e dificilmente compartilhavam o problema por sentirem muita vergonha. Pesquisadores acreditam que os dados desse tipo de pesquisa sejam subestimados, pois muitos profissionais têm receio de se expor (Proteção, 2002).

Finalizando a análise desta subcategoria, apresento no quadro 16 as manobras de alívio comuns identificadas entre os profissionais da equipe cirúrgica.

Quadro 16 - Manobras de alívio comuns utilizadas pela equipe cirúrgica entre sujeitos dos grupos A e B.

Profissionais	Grupo	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B
Cirurgiões – Anestesistas - Enfermeiras		-----	----	Contar piadas
Anestesistas – Enfermeiras Técnicos de enfermagem		-----	----	Dormir
Cirurgiões – Anestesistas		-----	----	Silêncio
Anestesistas – Técnicos de enfermagem		Lazer	----	Música ambiental baixa
Enfermeiras – Técnicos de Enfermagem		Brincar - Rezar Respirar fundo	Comer	-----

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Observei que os sujeitos utilizam técnicas variadas, muitas delas se enquadrando nas indicadas por diversos autores para o manejo do estresse (Lazarus, Folkman, 1986; Lipp, 1996).

Desenvolvimento das relações sociais

As ciências sociais estudam basicamente as relações do indivíduo no contexto social. Lazarus e Folkman (1986) dizem que, se a sociedade provocará as demandas para o surgimento do estresse no indivíduo, em contra partida ele precisa da sociedade para prevenir o estresse. Os mesmos autores apontam como um dos recursos para o

enfrentamento do estresse o apoio social. Constatei na segunda categoria desta pesquisa, denominada de *situações que geram estresse*, que a subcategoria mais abordada pelos sujeitos foi a denominada *relacionamento interpessoal*, sendo a situação que mais desencadeia estresse nesta equipe cirúrgica. Por outro lado, na categoria que está sendo apresentada (*manejo do estresse*), mais especificamente nesta subcategoria denominada *desenvolvimento das relações sociais*, os profissionais consideram que uma das estratégias utilizadas para manejar o estresse é resgatar as relações interpessoais como recurso de enfrentamento do estresse. Este fato vem confirmar as afirmações de Lazarus e Folkman (1986). Por um lado, os relacionamentos interpessoais prejudicam a saúde, por outro eles servem de amortizadores do estresse.

O indivíduo e a sociedade são analisados por Lazarus e Folkman (1986, p. 279) em três perspectivas diferentes: 1) sociedade é uma forma de satisfação das necessidades adaptativas básicas do indivíduo; 2) a sociedade molda as pessoas e os grupos, sendo que as regras sociais e institucionais regulam as relações e determinam as emoções e condutas; e 3) os mecanismos usados pelas pessoas e grupos influenciam o sistema social. Portanto o indivíduo e a sociedade têm um caráter bidimensional, ou seja, um influencia o outro. Analisando o Bloco Cirúrgico como um sistema social, constato que as três perspectivas encontram-se presentes no desenvolvimento das relações sociais. Apesar da influência do contexto social, devo lembrar que cada indivíduo tem inúmeras diferenças, tanto de pensamentos como de sentimentos e condutas.

Novamente nesta subcategoria os técnicos de enfermagem apresentaram mais opções para o desenvolvimento das relações sociais do que os demais profissionais. Apresento as estratégias comuns desenvolvidas pelos sujeitos dos grupos A e B por categoria profissional:

- cirurgiões: *trabalhar com equipe conhecida, manter sempre a mesma equipe, trabalhar com pessoas com empatia, trabalhar com pessoas comprometidas, colaboradoras e de confiança, desenvolver o bom relacionamento entre a equipe, compartilhar o problema, falar com as chefias e participar de festas com a equipe fora do horário de trabalho,;*
- anestesistas: *trabalhar com um grupo fixo com empatia;*
- enfermeiras: *compartilhar, conversar, falar e elogiar;*
- técnicos de enfermagem: *conhecer a equipe, adequar o perfil pessoal por*

cirurgia, ajudar a equipe quando estão estressados, chamar a enfermeira, ter uma comunicação efetiva, conversar e dividir com algum colega e trabalhar em equipe.

Analisando as estratégias comuns citadas pelos profissionais para manejar o estresse, no que se refere às relações sociais, observo que o mais importante para os médicos é trabalhar sempre com a mesma equipe, sendo que as pessoas que fazem parte desta deverão ter empatia. Trabalhar com uma equipe fixa, em que todos os componentes se conhecem, estabelece um vínculo de confiança entre os profissionais, funcionando como manejo do estresse. Lazarus e Folkman (1986) analisam também este aspecto. Os autores comentam que a troca dos profissionais na equipe desencadeia estresse porque cria novas demandas para o indivíduo, provocando a perda do que se considera familiar, criando uma sensação de isolamento ou formulando novas ameaças. Acredito que em cada cirurgia a equipe já enfrenta situações que exigem dos sujeitos contínua adaptação; se, ainda, os profissionais não se conhecem ou se não existe confiança entre eles, criam-se então constantes demandas adaptativas. Lazarus e Folkman (1986) acreditam que a troca social não deve ser vista como prejudicial porque pode favorecer a evolução, dando lugar a uma forma de vida mais satisfatória. No entanto, saber se a troca dos componentes da equipe cirúrgica cria ou não estresse (produzindo conseqüências positivas ou negativas) vai depender de como os sujeitos integrantes da equipe avaliam e enfrentam essa situação.

Os desenvolvimentos das relações sociais, referidos pelos cirurgiões do grupo A são comuns a seus colegas do grupo B e foram apresentadas como comuns aos grupos A e B. Os anestesistas, as enfermeiras e os técnicos de enfermagem pertencentes ao grupo A indicaram como desenvolvimento das relações sociais as seguintes estratégias:

- anestesistas: *manter amizade com o cirurgião fora do hospital, ter confiança na equipe, falar a verdade brincando e respeitar;*
- enfermeiras: *apoiar, conhecer a equipe, estar disponível, estimular o bom relacionamento, fazer carinho, incentivar e ouvir;*
- técnicos de enfermagem: *ter coleguismo, companheirismo, falar com a chefia, igualdade no trabalho, não gerar estresse na circulante, ouvir e tentar não entrar no estresse deles.*

Conversar, falar com a chefia e comunicação efetiva, aparecem tanto nas estratégias comuns das categorias profissionais quanto entre os sujeitos do grupo A. Lautert (2001) diz que embora o uso desse tipo de estratégia muitas vezes não resolva o problema permite aos profissionais aliviar a tensão vivenciada. Na sua pesquisa, a autora também encontrou entre a amostra pesquisada a utilização da conversa como técnica de relaxamento, e diz que *compartilhar os problemas com outras Enfermeiras, Médicos, ou amigos constitui uma boa válvula de escape para os conflitos gerados nos serviços de saúde.* (Lautert, 2001, p. 123).

Descrevo as estratégias referidas pelos sujeitos pertencentes ao grupo B como desenvolvimento das relações sociais:

- cirurgiões: *acalmar o grupo, envolver a todos, fazer da equipe grupo de amigos, ter humildade, manter a equipe atenta e paciente sempre em primeiro lugar;*
- anestesistas: *adaptar-se ao cirurgião, adequar-se a cada personalidade, consolar e apoiar a instrumentadora quando o cirurgião briga, manter postura profissional e não tomar partido em brigas;*
- enfermeiras: *falar depois do ocorrido, pedir desculpas e ser humilde;*
- técnicos de enfermagem: *apaziguar, manter bom relacionamento com a equipe, conversar com a equipe, não brigar, não responder, neutralizar e pedir calma e paciência.*

Estas estratégias citadas pelos sujeitos do grupo B são bem características de pessoas classificadas como padrão de comportamento tipo B. A calma, a humildade, a adaptação e adequação, bem como apaziguar, são condutas características das pessoas de comportamento tipo B.

Finalizando a análise desta subcategoria, apresento no quadro 17 as formas de relações sociais comuns identificadas entre os profissionais da equipe cirúrgica.

Quadro 17 – Formas de relações sociais comuns utilizadas pela equipe cirúrgica entre sujeitos dos grupos A e B.

Profissionais	Grupo	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B
Cirurgiões – Anestesiastas Técnicos de enfermagem		-----	-----	Equipe conhecida
Cirurgiões – Enfermeiras		-----	Humildade	Compartilhar o problema
Cirurgiões – Anestesiastas		-----	-----	Empatia entre a equipe
Enfermeiras – Técnicos de enfermagem		Ouvir	-----	Conversar

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Lazarus e Folkman (1986, p. 280) consideram ser o apoio social um recurso que o indivíduo deve utilizar e cultivar, usando-o para o enfrentamento. Os autores acreditam que as pessoas conseguiriam melhores resultados de adaptação se recebessem ou acreditassem que receberiam apoio do grupo quando necessitassem.

MAPA 13 – CATEGORIA: MANEJO DO ESTRESSE (CIRURGIÕES)

A + B	A	B
Agir Chamar a enfermeira e transferir o problema Comandar Concentração Controlar Focar no problema Resolver o problema Ter infra-estrutura necessária na SC	Assumir intercorrências Bom equipamento Encaminhar os problemas às pessoas certas Evitar erros Manter-se no mesmo ambiente Operar patologia que domina Usar os mesmos instrumentais e equipamentos Usar uniformes adequadamente	Acalmar-se Administrar o estresse internamente Afastar os estressores Assimilar Autovigilância Buscar experiência passada Dar um tempo Hemostasia minuciosa Improvisar Melhorar condições de trabalho Otimizar Ser continente p/peq.coisas

Manejo centrado no problema

Desenvolvimento das relações sociais

A + B	B
Bom relacionamento entre a equipe Compartilhar o problema Equipe conhecida Falar com as chefias Festas com a equipe fora do horário de trabalho Pessoas comprometidas, colaboradoras Sempre a mesma equipe Trabalhar c/pessoas c/empatia e confiança	Acalmar o grupo Envolver todos Fazer da equipe grupo de amigos Manter a equipe atenta Paciente em 1º lugar Ter humildade

A + B	B
Contar piada Distração/ lazer fora do BC Falar menos Praticar algum esporte Profilaxia da enxaqueca com remédios Profilaxia das brigas Silêncio Ter hobby	Cantar Conversar banalidades Depende do momento de vida Música Respiração profunda Rezar

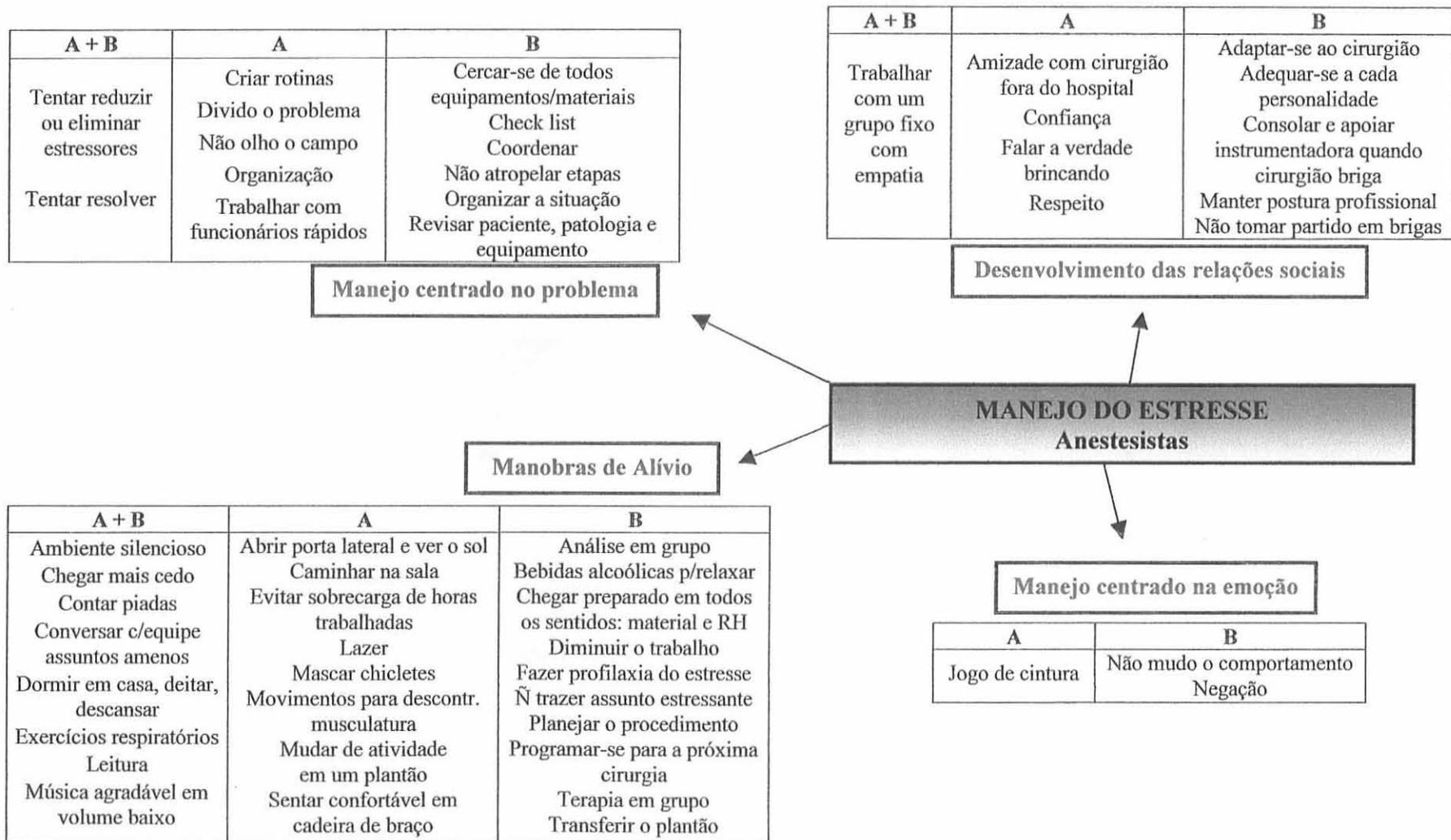
Manobras de Alívio

**MANEJO DO ESTRESSE
Cirurgiões**

Manejo centrado na emoção

A	B
Agressividade Atitude enérgica Pouca flexibilidade	Flexibilização

MAPA 14 – CATEGORIA: MANEJO DO ESTRESSE (ANESTESISTAS)



MAPA 15 – CATEGORIA: MANEJO DO ESTRESSE (ENFERMEIRAS)

A + B	A	B
Ajudar Ficar presente Identificar a causa e solucionar Tentar resolver	Antecipar solicitações	Criar soluções Dar um desfecho Detectar problema/tentar controlar Ficar centrada Pedir ajuda Tentar suprir a falta de material

Manejo centrado no problema

A + B	A
Retirar-se	Chorar Ignorar Não ultrapassar limites Parar e pensar Resgatar o prazer

Manejo centrado na emoção

MANEJO DO ESTRESSE
Enfermeiras

Manobras de Alívio

A + B	A	B
Brincar	Caminhar Desviar a atenção	Nunca ficar engasgada
Comer / lanche	Fazer exercícios Música	Palavras cruzadas
Contar piadas	Respirar fundo Rezar	Transferir responsabilidades
Dormir	Tornar área física + aconchegante Tornar o BC mais humanizado Usar antidepressivo	

Desenvolvimento das relações sociais

A + B	A	B
Compartilhar	Apoiar Conhecer a equipe	Falar depois
Conversar / falar	Estar disponível Estimular o bom relacionamento	Não me meto
Elogiar	Fazer carinho Incentivar Ouvir	Pedir desculpas Ser humilde

MAPA 16 – CATEGORIA: MANEJO DO ESTRESSE (TÉCNICAS DE ENFERMAGEM)

A + B	A	B
Antecipar pedidos Contornar a situação Controlar Cortar os estressores Fazer previsão Levar todo o material para a sala Sugerir	Aviso / alerta a equipe do problema Levar material a mais Não sair da sala Organização Saber o porque aconteceu Trabalhar todos os fatores	Manobrar as coisas Pedir ajuda Ter conhecimento Ter domínio da SL

Manejo centrado no problema

A + B	A	B
Contar até dez	Afastar-se Deixo o médico falar sozinho Falo comigo Manter a calma Procuo não me estressar	Harmonia Mantenho a calma Não demonstro nervosismo Não me abalo Não mudo o comportamento Tranqüilidade

Manejo centrado na emoção

Manobras de Alívio

A + B	A	B
Distraí-los	Academia – esportes Acompanhamento psicológico Brincar e rir	Breve isolamento em casa
Dormir	Dar uma saída da SC Distrair-se (programas)	Comer
Música ambiental baixa	Esquecer Lazer (cinema) Ler	Contar história Fumar
Tomar banho	Outras atividades Palestras Procuo relaxar Respirar fundo Rezar Sorrir / cumprimentar Tomar chimarrão Tomar um copo de água gelada	Gostar do que se faz Mudar o assunto e puxar outro Ver TV Vou para casa ouvindo rádio

**MANEJO DO ESTRESSE
Técnicas de Enfermagem**

Desenvolvimento das relações sociais

A + B	A	B
Adequar perfil pessoal p/cirurgia Ajudar a equipe quando estão estressados Chamar a enfermeira Comunicação efetiva Conhecer a equipe Consultar a equipe antes sobre o material que vão precisar Conversar / dividir c/algum colega Trabalhar em equipe	Coleguismo Companheirismo Falar c/a chefia Igualdade no trabalho Não gerar estresse na circulante Tentar não entrar no estresse eles	Apaziguar Bom relacionamento com a equipe Conversar c/a equipe Falo mais alto que eles Não brigo Não respondo Neutralizar Peço calma e paciência

4.2.5 Responsabilidade e comprometimento

A categoria denominada *responsabilidade e comprometimento* expressa as formas de como os profissionais se enxergam e percebem suas responsabilidades e o comprometimento dos demais profissionais que fazem parte da equipe cirúrgica.

Esta categoria é composta por diferentes subcategorias. Nos grupos dos cirurgiões e técnicos de enfermagem, foram definidas as subcategorias denominadas: *cirurgião, anestesista, enfermeira, técnico de enfermagem e equipe*.

Os sujeitos deixaram claro e evidente nos seus depoimentos, as responsabilidades e comprometimentos de cada classe profissional e também da equipe geral. Já nos grupos dos anestesistas e das enfermeiras isto não ocorreu porque os anestesistas referiram-se à enfermagem como um todo, não sendo possível diferenciar nos depoimentos as responsabilidades e comprometimentos das enfermeiras ou dos técnicos de enfermagem; já as enfermeiras enfatizaram as suas responsabilidades e comprometimentos, não focando o aspecto dos técnicos de enfermagem. Portanto as subcategorias referentes às áreas de enfermagem e anestesia foram nomeadas de forma um pouco diferente: no grupo dos anestesistas denominei as subcategorias: *cirurgião, anestesista, enfermagem e equipe*; e no grupo das enfermeiras as subcategorias: *cirurgião, anestesista, enfermeira e equipe*.

Os mapas 17, 18, 19 e 20 apresentam esta categoria com suas subcategorias e estão na ordem correspondentes aos depoimentos dos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem.

Neste capítulo usei criar e utilizar um padrão não ortodoxo de apresentação das falas dos sujeitos, que permitiu fazer uma análise em bloco, de várias falas dos sujeitos pertencentes à mesma área profissional. Destaquei segmentos pequenos de cada depoimento, que ilustra os sentimentos percebidos pelos profissionais, e apresento de forma compacta em um mesmo parágrafo. Desta forma, criei um discurso único aglutinando várias frases, sobre o mesmo tema, retiradas das falas de vários sujeitos da mesma profissão. Esta forma de apresentação será utilizada em todas as subcategorias desta categoria.

Equipe

A equipe cirúrgica é constituída por vários profissionais da área da saúde, porém, com formações diferentes. Fazem parte da equipe da sala cirúrgica, o cirurgião, o anestesista, o instrumentador, a circulante e a enfermeira; neste estudo o instrumentador e a circulante são técnicos de enfermagem. Nesta subcategoria os sujeitos mostram sob o seu olhar, como percebem que funciona a equipe e apontam as responsabilidades e os comprometimentos desta.

Quando falo em equipe, reporto o pensamento a um grupo unido com um mesmo objetivo, porém isto nem sempre acontece. As diferenças individuais de cada sujeito, somadas a sua história, sua formação, o contexto sócio-econômico-cultural a que pertence, fará com que cada um estabeleça seus valores e os objetivos a alcançar. *Cada um orienta sua atividade para um objetivo distinto, persuadido de que todo mundo trabalha com o mesmo objetivo*; permitindo a cada um incluir no processo seus objetivos pessoais, sem que exista possibilidade real de controle de um sobre o outro (Faure, 1992, p.66).

A interdisciplinaridade é a integração total dos sistemas disciplinares. O ideal seria trabalhar com interdisciplinaridade, ou seja, integrar e articular diversos profissionais com conhecimentos variados trabalhando sobre o mesmo objeto, *sob a ótica de uma modificação dos campos teóricos concernentes* (id., 1992, p. 65).

O sistema existente em várias áreas do conhecimento, inclusive na área da saúde, leva cada saber se erigir em bastilha com a finalidade de preservar e assegurar seu território e a manutenção dos seus meios. As instituições e a formação dos profissionais contribuem para o reforço e a manutenção desta estrutura disciplinar, portanto uma tentativa interdisciplinar, pode ser vista, como uma tentativa de intromissão (id., 1992).

Relato a seguir como atua a equipe cirúrgica, quais são suas responsabilidades e comprometimento, na perspectiva de várias categorias profissionais.

Os cirurgiões do grupo A e B percebem a equipe da seguinte forma:

... cada um tem um pensamento e são obrigados a funcionar como uma unidade; Existe uma distância muito grande entre médicos e enfermagem; Facilitaria se todas as pessoas envolvidas tivessem o objetivo comum e um grau de envolvimento semelhante com o paciente; Há pessoas que não tem a menor noção do que estão fazendo aqui; Não há um comprometimento uniforme/comum entre a equipe; O paciente depende de várias

peessoas que contribuem em graus variados; São pessoas submetidas a sistemas diferentes de formação e níveis de comprometimento diferentes; A maior dificuldade de relacionamento são com as pessoas que não são da área médica; As pessoas que participam do processo não têm idéia do produto final; É difícil outro profissional ter essa percepção; O comprometimento das pessoas com o seu trabalho passa muito pela percepção da sua importância para o produto final; Má vontade indica um não comprometimento com o produto final; Equipe cirúrgica é um grupo; Algumas pessoas contribuem muito para que a cirurgia seja efetiva.

Os anestesistas dos grupos A e B percebem a equipe assim:

... a equipe quer êxito no trabalho; Depende da colaboração e do entendimento; Existe muito individualismo e egoísmo; Precisam trabalhar em consonância; Mulher no meio cirúrgico não é respeitada; Residentes fazem coisas sem ter competência; Fomos treinados a salvar vidas e resolver problemas; Quando dá errado toda a equipe se frustra; Tem que dar tudo certo.

Enfermeiras percebem a equipe:

... precisamos aprender a trabalhar em grupo; Dividir com a equipe; Aqui no BC do HCPA nos equiparamos no mesmo nível profissional; As pessoas ficam disputando o poder que cada enfermeira tem no seu setor; BC exige um movimento coeso; Cada profissional conhece bem o seu trabalho; Cada um tem que saber o seu lugar e o seu valor; Cada um tem a sua função; Compartilhar as decisões; É a maior dificuldade todos fazerem seu papel; É difícil mobilizar todo o grupo; Falta habilidade para trabalhar em conjunto; Grupo é muito grande; Mexe de um lado vibra em tudo; Existem pessoas instáveis na equipe; Pessoas não preparadas para lidar com as outras; Pessoas com alto desenvolvimento técnico, mas vivência horrorosa; Pessoas que não sabem trabalhar em grupo; Relacionamento é complicado; Resolver os problemas em grupo; Tem equipes que dão mais liberdade, outras menos; Tem situações que não dependem da gente e sim do grupo; Todos são importantes iguais; Quando a equipe envia o paciente para CTI ou SR está resolvido, sente-se de alma lavada; Descarregam nos mais fracos – enfermeira.

Técnicos de enfermagem percebem a equipe:

... a gente não trabalha sozinha, só em conjunto; A gente se acostuma com a equipe; Às vezes ninguém se respeita; Enfermeira x cirurgião x anestesista tem que ter diálogo, senão as coisas não funcionam; Residente trabalha muito, não dá conta de tudo; Insatisfação contínua da equipe; O nível cultural afasta muito; Se cada um fizesse sua parte, as coisas funcionariam melhor, quem ganharia seria o paciente; Sou parte da equipe; Trabalho em equipe é uma corrente.

Nos depoimentos fica evidente que a equipe cirúrgica é formada por profissionais que pertencem a diversos grupos com interesses e poder diversificado, isto transparece em algumas falas de cirurgiões quando dizem: *A equipe cirúrgica, anestésica e de enfermagem são nichos separados. Não existe uma unidade com poder decisório final;* As enfermeiras têm a mesma opinião que se manifestou quando disseram: *Trabalha-se em grupo, mas se mantém tão separados, isolados uns dos outros, desconhece-se todos;*

O poder entre a equipe médica e a equipe de enfermagem é diferente.

Neste caso constatado, devo levar em consideração que além do reflexo defensivo existencial de cada profissional, existe a ameaça de prejudicar as posições adquiridas, se for colocado em prática um trabalho interdisciplinar. Cria-se então, uma guerra por trincheiras onde cada profissional que saia da sua trincheira sente-se ameaçado e torna-se um alvo vulnerável (Faure, 1992).

Faure (1992, p. 62) considera que isto ocorre porque além do receio de negociar no terreno intelectual, também as instituições determinam as regras do jogo. O autor ainda diz:

A divisão e compartimentação tornam paradoxalmente a produção do saber tributária de uma espécie de Fayolismo intelectual. Trabalhar sob a perspectiva da interdisciplinaridade consiste, em uma tentativa de operar no quadro de instituições não concebidas para tal. (...) para estas instituições interdisciplinaridade pode estar relacionada a indisciplina...

Outro aspecto que me chamou a atenção foi que tanto os cirurgiões quanto as enfermeiras percebem que os grupos trabalham de forma separadas; porém, frente a uma ameaça externa, eles se unem atuando como uma equipe, quem sabe interdisciplinar. Esta fala de uma enfermeira exemplifica: *paciente grave, todos se unem pelo mesmo objetivo, todos sabem suas atribuições*; e um cirurgião disse: *na ameaça externa a equipe se une compartilham responsabilidades*.

No campo intelectual observei que os cirurgiões expressam que existe uma diferença acentuada entre os médicos e a enfermagem quando manifestaram que *existe uma distância muito grande entre médicos e enfermagem*; os técnicos de enfermagem reconhecem que isso ocorra e disseram: *o nível cultural afasta muito*. Além de existir uma grande diferença, que deve ser considerada, entre o nível sócio-econômico-cultural do cirurgião e o técnico de enfermagem, a instituição favorece o *taylorismo* intelectual. Faure (1992, p. 63), diz que o *taylorismo intelectual faz com que a reflexão regresse ao nível das aplicações técnicas e não de uma concepção geral, com vantagens imediatas em termos de resultados assegurados*. Em uma fala uma técnica de enfermagem referindo-se aos cirurgiões disse: *eles não gostam que a gente opine*. Neste exemplo vejo que existe um estímulo ao esfacelamento do pensamento, pois os próprios cirurgiões dizem *o controle da situação deve ser do cirurgião*; e por isso consideram-se

o ser pensante, não aceitando opiniões de outros profissionais que julgam servir somente para produzir. Faure (1992, p. 62) diz que *as barreiras intelectuais e segurança psicológica se amparam mutuamente.*

O Cirurgião

Na subcategoria denominada **cirurgião**, os anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem manifestam suas percepções em relação às responsabilidades do cirurgião e os próprios cirurgiões definem suas responsabilidades e o seu comprometimento perante seu trabalho.

Ficou evidente nas falas dos cirurgiões, que eles se consideram mais responsáveis e comprometidos, com o paciente e a família, do que os outros profissionais da equipe. Esta percepção sentida pelos cirurgiões é repassada, por seu comportamento, para os outros profissionais que compõe a equipe e os quais a percebem, embora não concordem e achem que é uma percepção distorcida. Esse credo é arraigado nos cirurgiões, e se evidencia quando manifestam muito medo de serem responsabilizados em processo jurídico por falhas que não foram provocadas por eles, mas que recairão sobre eles. Eles acreditam que ficam mais expostos do que os demais profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico. Também manifestam que sentem-se como o comandante ou capitão da equipe, por isso, o controle da situação deve ser dele. Apresento a seguir fragmentos das falas dos cirurgiões, criando um discurso único, para ilustrar como eles se percebem.

Os cirurgiões percebem suas responsabilidades quando dizem:

...qualquer problema o cirurgião tem que consertar a situação; Se der errado o paciente vai cobrar do cirurgião; Tenho a responsabilidade da vida do paciente; O grau de responsabilidade que o cirurgião tem com o paciente é muito grande; O controle da situação deve ser do cirurgião; O comprometimento do cirurgião com o resultado é muito maior que de outra pessoa da equipe; O comandante/capitão é o cirurgião; O cirurgião tem que ter o comando e autoridade sobre as pessoas para poder exigir; O cirurgião fica mais exposto; O cirurgião é o responsável pelo produto final; O cirurgião e o responsável pelo paciente perante ele e a família; Tenho medo de ser processado; Cobranças e demandas judiciais em cima de atos médicos; As demandas do cirurgião são muito maiores do que o resto da equipe e isso gera conflitos; A responsabilidade do cirurgião na equipe é tão grande quanto o resultado; Quanto mais responsável, mais estresse; Quando as coisas vão bem não precisa de comando; Infecção estoura no cirurgião; Erro humano na área da medicina está mais desprotegido; O médico tem que estar mais bem treinado.

Como já foi abordado anteriormente, os outros profissionais da equipe percebem a forma que o cirurgião se sente, porém não concordam que isso seja verdadeiro. A seguir apresento, a avaliação dos cirurgiões na perspectiva dos outros profissionais que fazem parte da equipe.

Os anestesistas percebem as responsabilidades dos cirurgiões expressando:

... ele [cirurgião] acha que o paciente é dele; Acha que tudo em volta dele é insignificante; Existe uma competição entre eles; A concorrência é grande dentro da instituição; Criam confronto com os anestesistas por suspensão da cirurgia; Demarcam poder; Demarcam o seu território; Existe disputa de poder entre cirurgião e anestesista; Eles querem dizer ao anestesista o que deve fazer; Querem mandar no anestesista; Cirurgiões são especialistas em criar tumulto; Estrelismo; Competem com a enfermeira pela administração do BC; Ocupam espaço; Muitos têm perfil narcisista; A personalidade do cirurgião está associada com a especialidade; Querem ser os comandantes da SL; Querem tomar todas as decisões; Alguns sofrem da Síndrome da prima-dona: educação, cultura e personalidade; Cirurgiões acham anestesista "catimbenta"; Se o anestesista pensa no bem estar do paciente o cirurgião reclama; Professores trazem problemas particulares para dentro do BC.

As enfermeiras percebem as responsabilidades do cirurgião da seguinte forma:

... o cirurgião acha a enfermeira uma mera auxiliar; Disputa de poder é antiga, os cirurgiões querem continuar mandando; Médico versus enfermeira é secular; Ele acredita que manda; Ele determina a música; Ele se acha mais capacitado, mais médico e mais responsável pelo paciente que o anestesista; Se eles estão descontentes com os colegas, não falam, usam a enfermeira como intermediários; Eles não entendem que nós estamos resolvendo o problema deles; Ele passa seu estresse para enfermeira; Eles sentem antes o risco da morte do paciente; Ele se sente o principal ali; Estressa eles o próprio ato cirúrgico; Existe um sistema de classe unido; Ficamos muito próximos [enfermeiras e cirurgiões], cria-se uma familiaridade e o vínculo nos dá direito de nos agredir; O cirurgião acha que a enfermeira está fazendo hora; Residentes da cirurgia negligenciam aspectos importantes por medo de suspensão da cirurgia pelo anestesista; O paciente está nas mãos deles; Passam o conflito para a enfermeira; São prepotentes; Se ele não gosta de algo, ele briga e parte para a agressão; Eles são treinados tecnicamente, mas não para conviver.

Os técnicos de enfermagem percebem as responsabilidades do cirurgião assim:

... os cirurgiões acham os outros subalternos; Alguns têm dupla personalidade; Às vezes vê os outros como incompetentes; Cirurgião atira as coisas longe; Cirurgião x residentes, tempos diferentes, conflito; Cirurgiões soltam o vocabulário; Descontrolam-se quando não conseguem; Deveriam se programar; Ele é o centro e o paciente é dele; Eles dizem que nós trabalhamos para eles e eles para o paciente; Eles fazem diferença entre paciente SUS e privado; Eles não gostam que a gente diga a verdade; Eles podem gritar, xingar, dizer nomes, mas bater não podem, seria demais; São estressados e passam a angústia para a circulante; Exigem a hierarquia; Gritam, extravasam, e no fim da cirurgia agem como se nada tivesse ocorrido; Os residentes levam mais na brincadeira a hierarquia; Prevalhecimento do cirurgião desrespeitando a instrumentadora; Quando não está satisfeito rejeita a instrumentadora; Residentes não

se concentram, ficam pensando na próxima cirurgia; São todos "pá virada"; Se acha todo poderoso, dono da SL e tudo, muitas vezes não respeita o anestesista nem o paciente; Tenta controlar; Testa a instrumentadora; Trazem problemas de fora.

Pelos depoimentos verifiquei que os demais profissionais da equipe percebem no cirurgião os sentimentos que ele transparece e referiu nos depoimentos quando falou sobre suas responsabilidades e comprometimentos. Os demais profissionais sentem que o cirurgião não valoriza o trabalho dos outros profissionais da equipe, nem mesmo dos seus colegas anestesistas, querendo muitas vezes mandar em todos assumindo o papel do "comandante". Aparece claramente a disputa de poder entre todas as categorias profissionais.

Estes dados confirmam resultados de outras pesquisas, como a de Krahl (2001, p. 69), quando compara o centro cirúrgico com uma tribo, ela faz uma analogia do cirurgião com o "totem", que significa algo sagrado na linguagem indígena tribal. A autora diz: *posso considerar o médico, ou o cirurgião mais especificamente, como o totem, ou seja, a imagem do sagrado, que deve ser reverenciado e servido, pois dá-se a entender que todas as tarefas executadas devem servir a este.*

Beck (2001, p. 81) diz que se percebe no centro cirúrgico uma preocupação da enfermagem com o comportamento, desejos e insatisfações do cirurgião, tornando este o centro das atenções e fazendo com que a enfermagem se esqueça que o atendimento das necessidades do paciente deverá ser o alvo.

A baixa auto-estima, dificuldade de reconhecer sua força, a falta de reconhecimento e valorização do profissional da enfermagem são apresentados e discutidos por Gonzáles (2001). A autora comenta que a enfermagem parece estar na dependência da aprovação dos outros, principalmente do médico, que a própria enfermagem julga hierarquicamente superior.

Nesta pesquisa notei que tanto as enfermeiras quando dizem *o cirurgião acha a enfermeira uma mera auxiliar; o cirurgião acha que a enfermeira está fazendo hora;* quanto os técnicos quando falam *os cirurgiões acham os outros subalternos; Às vezes vê os outros como incompetentes;* manifestam sentimentos de baixa auto-estima, rejeição, falta de reconhecimento e valorização. Estes dados eram esperados pois já foram identificados em vários estudos de enfermagem, porém, chamou-me a atenção a percepção dos anestesistas em relação aos seus próprios colegas. Eles manifestaram que

os cirurgiões, os julgam inferiores ou seus subordinados quando dizem: *acha que tudo em volta dele é insignificante; existe disputa de poder entre cirurgião e anestesista; eles querem dizer ao anestesista o que deve fazer; querem mandar no anestesista*. Na pesquisa realizada por Lipp, Sassi e Batista (1997) quando avaliaram quantitativamente o estresse ocupacional na equipe cirúrgica, não constatarão diferença significativa entre o nível de estresse de cirurgiões e de anestesistas, ambos apresentaram grande estresse durante o procedimento cirúrgico.

Os anestesistas e os técnicos de enfermagem dizem que os cirurgiões trazem problemas de fora para o Bloco Cirúrgico. Lima e Carvalho (2000) afirmam que quando o trabalhador chega ao trabalho sobrecarregado com fatores estressantes pessoais, este estará mais vulnerável e susceptível a problemas adicionais. Seligmann-Silva (1994) também reforça a idéia que trabalhador-família é uma via de mão dupla, onde existe um fluxo de deslocamento dos problemas familiares para o trabalho e vice-versa, portanto, o profissional estará fragilizado caso tenha problemas externos ao ambiente de trabalho.

Anestesista

Nesta subcategoria demonstro o que o anestesista pensa sobre a sua responsabilidade e seu comprometimento, e também como ele é visto pelos outros profissionais. Passo a apresentar os depoimentos.

Cirurgiões percebem os anestesistas da seguinte forma: *o anestesista deveria ter mais envolvimento. Ele não sabe o que custou para o paciente chegar aqui*.

Anestesista se autopercebe:

... o anestesista é o comandante da aeronave; Responsável pelo paciente não sentir dor e despertar bem; Não existe valorização da nossa atividade; Existe confronto quando anestesista suspende a cirurgia; Cirurgião reclama se anestesista pensa no bem estar do paciente; Cirurgiões acham anestesista "catimbenta".

Enfermeira percebe o anestesista: *alguns não valorizam as enfermeiras, não as vêem como profissionais*.

Técnico percebe o anestesista:

... cirurgião e anestesista brigam por dinheiro; Disputa de poder cirurgião versus anestesista; Eles querem dinheiro; Eles são uma equipe organizada, eles se ajudam; Ficam lendo; Não precisa disputar o poder, o anestesista tem um certo poder e o

cirurgião principalmente; Os residentes colocam paciente na escala e o anestesista nem sabe – desconsideração; São acomodados.

Notei que todos os profissionais tiveram necessidade de falar sem serem estimulados sobre o cirurgião e a equipe, porém sobre o anestesista e a enfermagem não apurei este fato. Parece que o anestesista não mexe tanto com os sentimentos dos demais profissionais os quais consideram que esta categoria profissional é muito motivada pela remuneração. Talvez isso ocorra porque na instituição pesquisada, o anestesista seja assalariado e, por isso, é considerado pelos demais profissionais não tão comprometido, como diz um cirurgião: *o anestesista nesta estrutura tem baixo nível de comprometimento; Na clínica privada é diferente, existem interesses mútuos financeiros.*

Enfermagem: Enfermeira e Técnico de Enfermagem

Para fins de análise, agrupei as enfermeiras e os técnicos de enfermagem em uma mesma subcategoria, embora em alguns mapas apareçam desmembrados, pois além da enfermagem ser um grupo que muitas vezes não fica claro nos discursos dos sujeitos pois não identificam se estão se referindo a enfermeira ou aos técnicos de enfermagem. Observei nesta subcategoria que as enfermeiras sentiram muita necessidade de destacar o seu papel. Parece que sentem a necessidade de relatar que fazem muitas coisas, e que sua função é importante. Tive a impressão, que elas tem a necessidade inconsciente de auto-afirmação do seu papel e sentem a necessidade de convencer, a elas mesmas, que são importantes no processo cirúrgico.

Notei que a impressão de inferioridade da enfermeira é percebida pelo cirurgião, anestesista e a própria enfermeira, porém, isso não foi identificado nos depoimentos dos técnicos de enfermagem, que se referem às enfermeiras colocando-as no mesmo nível de conhecimento e poder decisório do cirurgião.

Passo a seguir apresentar as falas dos profissionais para posterior análise.

Cirurgião vê a enfermeira com o seguinte olhar: *a enfermeira é só administrativa, é só um instrumento; As enfermeiras seguem normas administrativas.*

Bianchi (2000), em uma recente pesquisa, comparando o nível de estresse do enfermeiro de Centro Cirúrgico (CC) ao de outras unidades fechadas, constatou que os

enfermeiros do CC atribuíram o mais alto escore às atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade, seguida das atividades relativas à administração de pessoal, ficando em último a assistência prestada ao paciente. Portanto, quando os cirurgiões classificam a enfermeira com o papel administrativo, não estão errados, pois dentro de um Bloco Cirúrgico geralmente as enfermeiras exercem mais as atividades administrativas e em consequência apresentam maior nível de estresse.

González (2001) concorda com a opinião dos cirurgiões quando estes dizem que *é mais fácil seguir o que está escrito do que assumir a responsabilidade*; a autora diz que assumir decisões é mais difícil porque é preciso pensar, ter conhecimento e arcar com a responsabilidade, e isto se torna mais difícil quando se tem uma carga pesada para carregar.

Guedes, Felix e Silva (2001, p. 23) entendem que o sistema implantado nos hospitais onde na maioria concebe o enfermeiro de Centro Cirúrgico (CC) como *instrumento resolutório de problemas*, contribui para a descaracterização da enfermeira perante os demais profissionais. Muitos passam a ver a enfermeira como uma mera *governanta* do Bloco Cirúrgico e não como administradora e responsável pela assistência do paciente no perioperatório, resultando uma disfunção das atribuições da enfermeira. Foi exatamente dessa forma que um cirurgião definiu o papel da enfermeira quando disse: *a enfermeira é só administrativa, é só um instrumento; As enfermeiras seguem normas administrativas.*

Os cirurgiões falam sobre a enfermagem deste modo: *enfermagem é sem preparo, sem visão; têm exceções. No exterior isso não ocorre. A responsabilidade da instrumentadora deve ser tão grande quanto a responsabilidade do cirurgião.*

Anestesistas dizem que:

... o funcionário não tem responsabilidade pelo paciente; Pequenos detalhes são importantes e pessoas não percebem; Pessoal paramédico não tem consciência da gravidade do caso nem da sua função, às vezes por ignorância. Anestesistas

Tanto os cirurgiões quanto os anestesistas percebem uma grande distância entre os profissionais de enfermagem. Acredito que essa distância no nível de formação seja real, porém, não concordo que exista omissão de responsabilidade com o paciente devido à formação deficitária. Poderá isso sim, haver diferentes graus de comprometimentos dos profissionais em relação ao paciente, porém isto não significa que os profissionais de

menor nível cultural sejam aqueles com menor responsabilidade. A responsabilidade é uma qualidade ou condição, de uma pessoa consciente em relação aos atos que ele pratica voluntariamente (Ferreira, 1999).

A Enfermeira se autopercebe da seguinte forma:

... era serviçal do cirurgião, hoje conquistamos nosso espaço; O papel da enfermeira é diferente do médico. Sou treinada para observar coisas que o médico não vê, faço coisas que ele não faz; Não tem como manter o controle sempre; A enfermeira tenta fazer o melhor; Enfermeira faz pontos de ligação; Enfermeira é uma mãezona; A enfermeira está sempre fora do campo cirúrgico; Qualquer coisa que não funciona chamam a enfermeira; Somos ensinadas a manter o controle; A enfermeira tem o papel de líder da equipe de enfermagem; Ela recebe os gritos antes de perceber o risco; Quando a gente percebe o risco, o médico já percebeu, porque ele está envolvido diretamente; A gente é um grupo, tem que assinar embaixo do que o outro fez; A enfermeira conduz a equipe; Ela delega; Existem muitos conflitos entre o grupo de enfermagem; Devemos cuidar o que se fala para não ser mal interpretada; Enfermagem é geradora de menos conflitos dentro do BC; É um jogo de poder muito grande; Nossa classe é totalmente desunida; Somos humanas antes de sermos enfermeiras; Não sei porque procuramos essas coisas tão estressantes; Exigências recíprocas enfermeira versus funcionários; Faço porque gosto, não para ser endeusada; Falta comando; Falta integração do grupo; Falta supervisão; Mínima coisa é motivo de discussão entre o grupo; O coração do grupo é sempre a chefia. Se ela está bem, o grupo também está bem; A chefia não precisa saber técnica; A chefia não consegue fazer com que o grupo trabalhe em harmonia; A chefia tem que ser humana, sensível, apoiar o grupo, estar presente em todos os turnos; Tem que ficar sempre entendendo e colocando panos quentes; Tudo que estressa os outros, temos que tomar uma atitude. Enfermeiras

Fica evidente nas falas das enfermeiras o sentimento de inferioridade e o papel subalterno executado por elas. Krahl (2001) coloca que esse tipo de sentimento gera sofrimento passando a se transformar em fonte de prazer quando recebem o reconhecimento, principalmente quando for da equipe médica. Gonzáles (2001) diz que a enfermagem almeja ser valorizada pelos outros profissionais, porém ela mesma não se valoriza.

A valorização do trabalho é muito importante para o bem-estar do ser humano. Krahl (2001) reconhece que esta necessidade está presente no grupo das enfermeiras que trabalham em Bloco Cirúrgico, elas sentem a necessidade de ser reconhecidas pelos seus pares. A autora embasa seus dados, utilizando a fundamentação de Dejours, que afirma ser importante o julgamento dos colegas de trabalho, principalmente, dos que estão mais próximos, porque eles possuem competência para avaliar a qualidade do trabalho. Este julgamento é o mais temível e severo, porém, ele é decisivo para a auto-estima do trabalhador.

O sentimento de rejeição da enfermagem, sentido ao chegar no setor e ser aceito pelo grupo, encontrado por Krahl (2001) em sua pesquisa, também foi evidenciado neste estudo. Um exemplo muito significativo que exemplifica esse sentimento emergido foi relatado na análise da primeira categoria das *vivências significativas do estresse*, onde uma enfermeira relatou como sua vivência, mais marcante de estresse, o sofrimento gerado pelo não reconhecimento e a rejeição que sofreu ao entrar no Bloco Cirúrgico, sendo que este sofrimento transformou-se posteriormente em prazer quando ela conseguiu ser reconhecida, marcando tanto que foi relatado como vivência significativa do estresse.

Nas falas das enfermeiras, desta pesquisa, também foi evidenciado o prazer e o sofrimento encontrados por Krahl (2001, p. 76), quando os enfermeiros apresentavam-se ora submissos e assustados, ora poderosos e fortes, pois *ora referiam sofrimento, quando se colocavam como caça, ora prazer, como caçadores. Ou seja, confirmando a visão dialética do mundo, a vida e o viver, bem como o trabalho, não geram só sofrimento ou somente alegria.*

Krahl (2001, p. 79) identificou que os enfermeiros de Bloco Cirúrgico se sentem a *elite da enfermagem*, devido ao seu elevado conhecimento da tecnologia de última geração, e o grande conhecimento técnico específico exigido, diferenciam-nos dos demais colegas da sua classe profissional. A sensação de bem-estar, proporcionada pelo poder do conhecimento, determina uma autovalorização gerando uma sensação de prazer. Embora Krahl (2001) tenha considerado este aspecto altamente relevante criando a categoria do prazer e a subcategoria do conhecimento elevado, nesta pesquisa encontrei o sentimento acentuado de inferioridade no grupo das enfermeiras, perante a equipe, pois elas mesmas dizem: *a enfermagem é vista como profissão inferior; Admito a limitação e aceito, não me desespero; A enfermeira está em segundo plano; A enfermagem não é responsável no primeiro momento, ela se sente a segunda pessoa responsável.*

A disputa de poder foi identificada entre várias categorias profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico. As várias falas percebem a existência da disputa do poder entre cirurgião e anestesistas; cirurgiões e cirurgiões; cirurgiões e enfermeiras; e enfermeiras e enfermeiras. Tenho que considerar ser o Bloco Cirúrgico uma área que exige bastante conhecimento dos profissionais que lá trabalham. Foucault (1996) afirma

que o saber assegura o exercício de um poder. O autor diz que o saber e o poder se implicam mutuamente, não havendo relação de poder sem constituição de um campo de saber, e vice-versa, todo saber constituirá novas relações de poder.

Considerando aspectos anteriormente abordados, encontro o sentimento de superioridade dos cirurgiões em relação aos demais profissionais, inclusive até mesmo aos seus colegas anestesistas. Vou inferir que eles acreditam possuir mais saber e por isso se julgam no direito de ter mais poder. Acredito que na disputa de poder entre as enfermeiras, ocorra semelhante. Foucault (1996) considera que todo saber é político, portanto nenhum saber é neutro. Uma vez que as enfermeiras sentem-se desvalorizadas e inferiorizadas, sentem a necessidade de conquistar seu espaço através do saber para que ocorra a valorização dos seus pares, principalmente dos médicos, por isso, existe uma competição tão grande entre elas: *não me assusta o poder médico versus enfermeira, me assusta o jogo de poder entre enfermeiras da mesma instituição e setor; Aqui é comum puxar o tapete do colega; Existe competição entre as enfermeiras; Existe entre as enfermeiras muita inveja e ciúmes.*

Os depoimentos deixam claro que as enfermeiras realizam muitas atividades, uma enfermeira disse *a enfermeira controla, supervisiona, corrige, orienta e ajuda seus funcionários; a gente se envolve com tudo na SL;* mesmo com todas essas funções as enfermeiras dizem que *as funcionárias não conhecem tudo o que a gente faz.* Ellis e Hartley (1998, p. 351) dizem que *os enfermeiros vêem a si mesmos como responsáveis por todas as coisas a todas as pessoas e freqüentemente assumem mais e mais responsabilidades, aumentando dessa forma seu próprio nível de tensão.* As próprias enfermeiras reconhecem que *é impossível ter o controle de tudo,* porém relatam que *a enfermeira tem que dar conta de todo o resto que não seja a cirurgia;* e também *a enfermeira tenta fazer o melhor.* Ellis e Hartley (1998) ainda afirmam que nas áreas críticas a exigência para realizar um ótimo trabalho é constante, e por isso, muitas vezes, o enfermeiro tenta realizar além das suas responsabilidades permanecendo além do seu horário de trabalho, nem que para isso tenha que abrir mão do seu almoço e seu intervalo, correndo durante todo o expediente. As autoras concluem que *apesar desse esforço, há pouca satisfação profissional devido às coisas que são deixadas por fazer ou que não são bem feitas e que parecem se sobressair mais que todas as que foram bem realizadas* (id., 1998, p. 351).

Quanto à responsabilidade relacionada ao paciente, a enfermeira sente uma distância que não é sentida pelo cirurgião. Por isso, o cirurgião se sente mais responsável pelo paciente do que os outros profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico, pois ele conhece toda a história do paciente. Isto fica evidente comparando as colocações dos cirurgiões com as das enfermeiras, quando os mesmos falam:

... o cirurgião é quem vai indicar a cirurgia, só por isso o paciente vai entrar em contato com o anestesiologista; O cirurgião acompanha todo o processo do paciente, chegada, indicação cirúrgica, preparação psicológica e da família; A enfermeira é só administrativa, é só um instrumento. Cirurgiões

... a enfermagem não é responsável no primeiro momento, ela se sente a segunda pessoa responsável; Não se conhece o paciente, sua história de vida, só o nome e a cirurgia que vai fazer; Vamos conhecer o paciente na porta do BC; A enfermeira está sempre fora do campo cirúrgico; Dificilmente se recebe um retorno. Enfermeiras

Segundo Beck (2001), o médico neste caso, o cirurgião, faz o diagnóstico e a escolha terapêutica, por isso cabendo a ele a coordenação e o controle do processo de trabalho, relegando aos enfermeiros a mera execução do trabalho. Outro aspecto importante discutido pela mesma autora é, o afastamento da enfermagem que trabalha no Bloco Cirúrgico do paciente. Segue dizendo que a enfermagem conhece o paciente através do mapa cirúrgico, tendo somente o acesso ao prontuário no momento que ele entra na sala cirúrgica, sendo que na maioria das vezes, não há tempo para revisar o prontuário, pois se encontram envolvidas no preparo da infra-estrutura necessária para que ocorra a cirurgia. Isso segundo a autora traz insatisfação ao trabalhador de enfermagem, *uma vez que a maior parte do seu tempo é destinado ao trabalho com equipamentos e materiais cirúrgicos. (...) pacientes (...) praticamente, desconhecem as pessoas que o cuidaram nesta unidade, não tendo contatos posteriores* (Beck, 2001, p. 80). Essa distância entre a enfermagem e o paciente faz com que os pacientes dificilmente dêem um retorno, como foi falado pelas próprias enfermeiras. Portanto o único reconhecimento esperado é o dos seus pares, se este não ocorrer, instaura-se o sentimento de desvalia no profissional.

Os técnicos de Enfermagem percebem da enfermeira:

... ela sabe tudo o que o cirurgião faz; Ela tem que deixar tudo à mão para eles; Algo que aconteça eles cobram dela; Algumas choram quando eles xingam; A primeira coisa, chamo a enfermeira; Chamá-las nas situações de estresse; Quando falta material, a gente chama a enfermeira; Duvidas vou até a enfermeira; Nada melhor do que ela para tomar a cabeceira da situação; O residente gritava, a enfermeira se posicionou; Tem

gente que não sabe tomar decisões em SL, precisa da enfermeira; Tem que ser neutra; Tem uma visão ampla de todo o conjunto.

Como foi comentado anteriormente, observo que nos depoimentos dos técnicos não aparece o sentimento de inferioridade em relação à enfermeira, nem a eles próprios. O grupo parece reconhecer que o profissional melhor preparado na equipe de enfermagem para assessorá-los é a enfermeira, por isso, quando estão em uma situação que precisam de auxílio recorrem a ela. Também fica claro que os técnicos de enfermagem reconhecem que a responsável em conduzir o grupo de enfermagem é a enfermeira, confirmando a fala das enfermeiras quando disseram: *A gente é um grupo, tem que assinar embaixo do que o outro fez; A enfermeira conduz a equipe.*

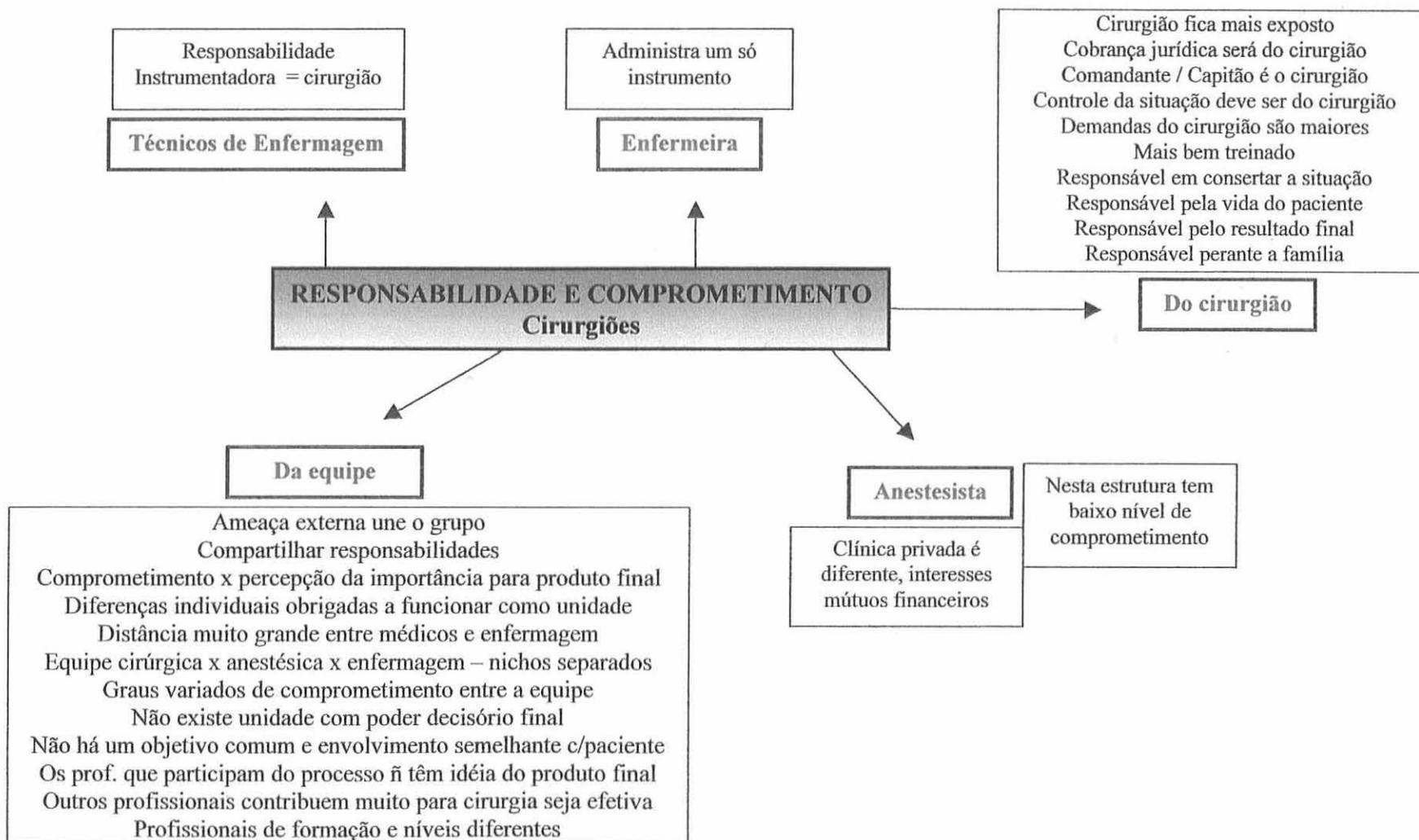
Os técnicos de Enfermagem se autopercebem da seguinte forma:

... circulante assume uma carga grande; Circulante é a vítima; Eles não pedem o material porque circulante sabe do que eles precisam; Instrumentadora deve posicionar frente ao desrespeito; Muitas colegas ficam bitoladas; Muitas vezes falta coleguismo; Na retirada de órgãos, eles não se envolvem. A enfermagem se envolve mais no preparo do corpo; No início foi difícil, fui me apossando; Eles pedem, a gente coloca a música que eles querem; Os residentes gostam de outro tipo de música, eu não coloco, mas outras colocam; A enfermagem tem uma panelinha.

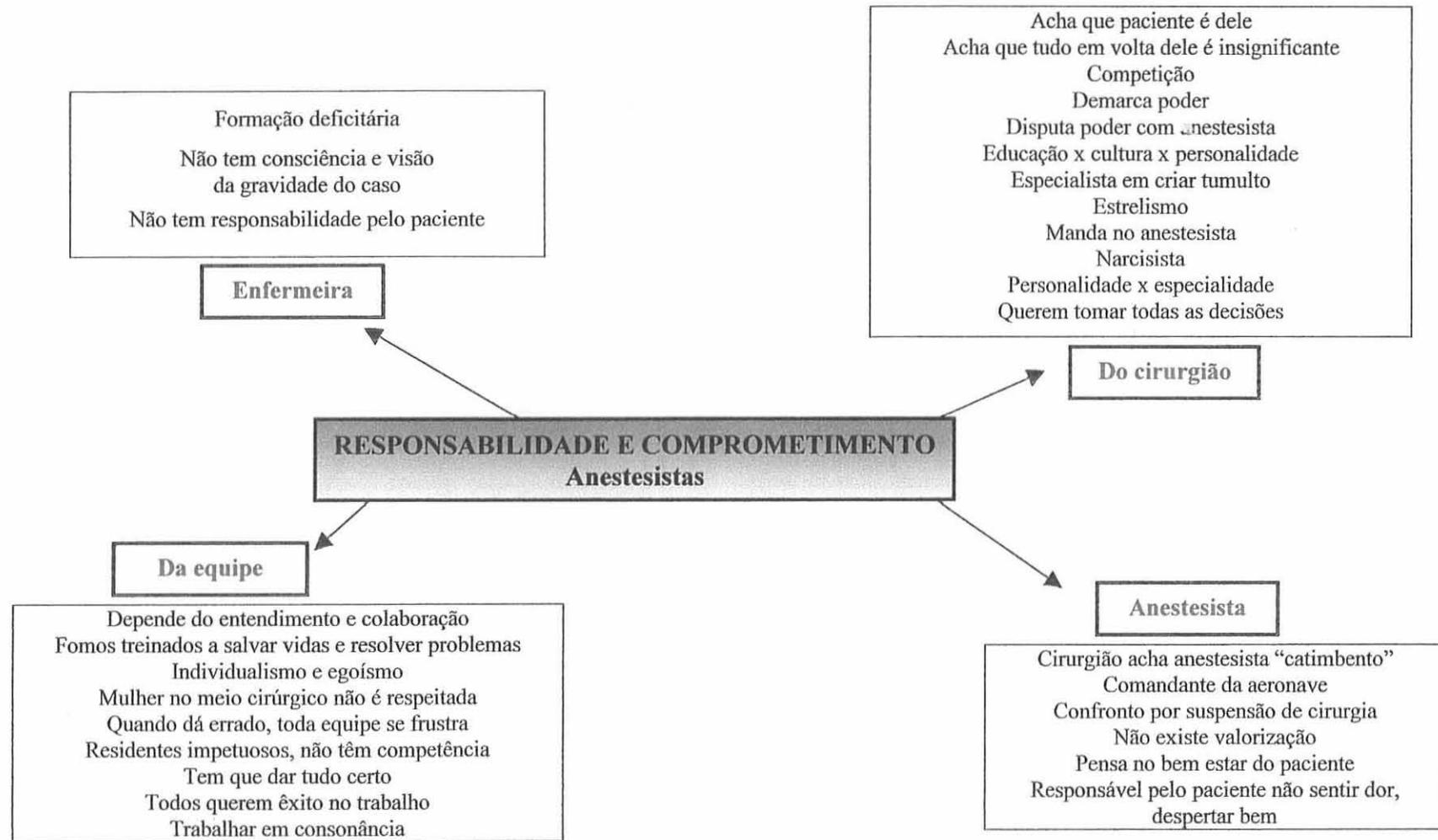
Na categoria *situações que geram estresse* identifiquei como estressor da equipe cirúrgica a circulante. Na autopercepção dos técnicos de enfermagem eles reconhecem que a circulante tem uma carga grande dentro da sala cirúrgica. Eles também tiveram a mesma opinião dos cirurgiões que disseram: *a responsabilidade da instrumentadora deve ser tão grande quanto a responsabilidade do cirurgião.* Os técnicos em outras palavras disseram a mesma coisa quando falaram: *instrumentadora e cirurgião têm responsabilidade muito grande com a contaminação; Instrumentadora tem que estar sempre atenta.*

Um aspecto que emergiu no grupo dos técnicos de enfermagem, não só nesta categoria, foi o envolvimento marcante com as retiradas de órgão. Os técnicos envolvem-se muito mais, pois são eles que têm que prestar os cuidados pós-morte, enquanto que a equipe médica faz a retirada dos órgãos pensando basicamente no receptor, e após a retirada abandonam o campo cirúrgico, muitas vezes até para outras equipes. Os técnicos além de acompanhar todos os processos cirúrgicos de várias equipes durante a retirada de múltiplos órgãos no mesmo paciente, muitas vezes não vê o receptor e ainda no final precisam preparar o corpo.

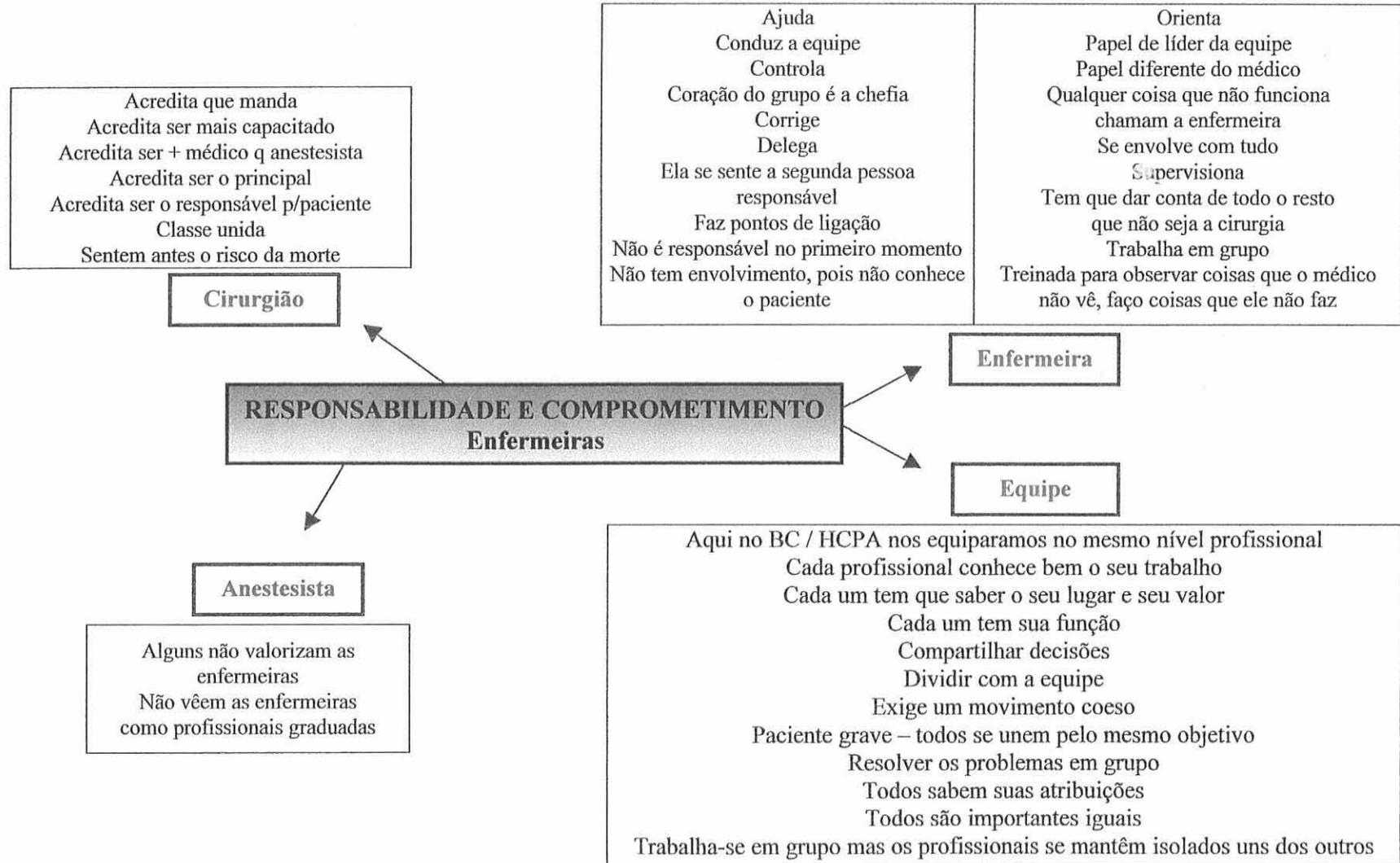
MAPA 17 – CATEGORIA: RESPONSABILIDADE E COMPROMETIMENTO (CIRURGIÕES)



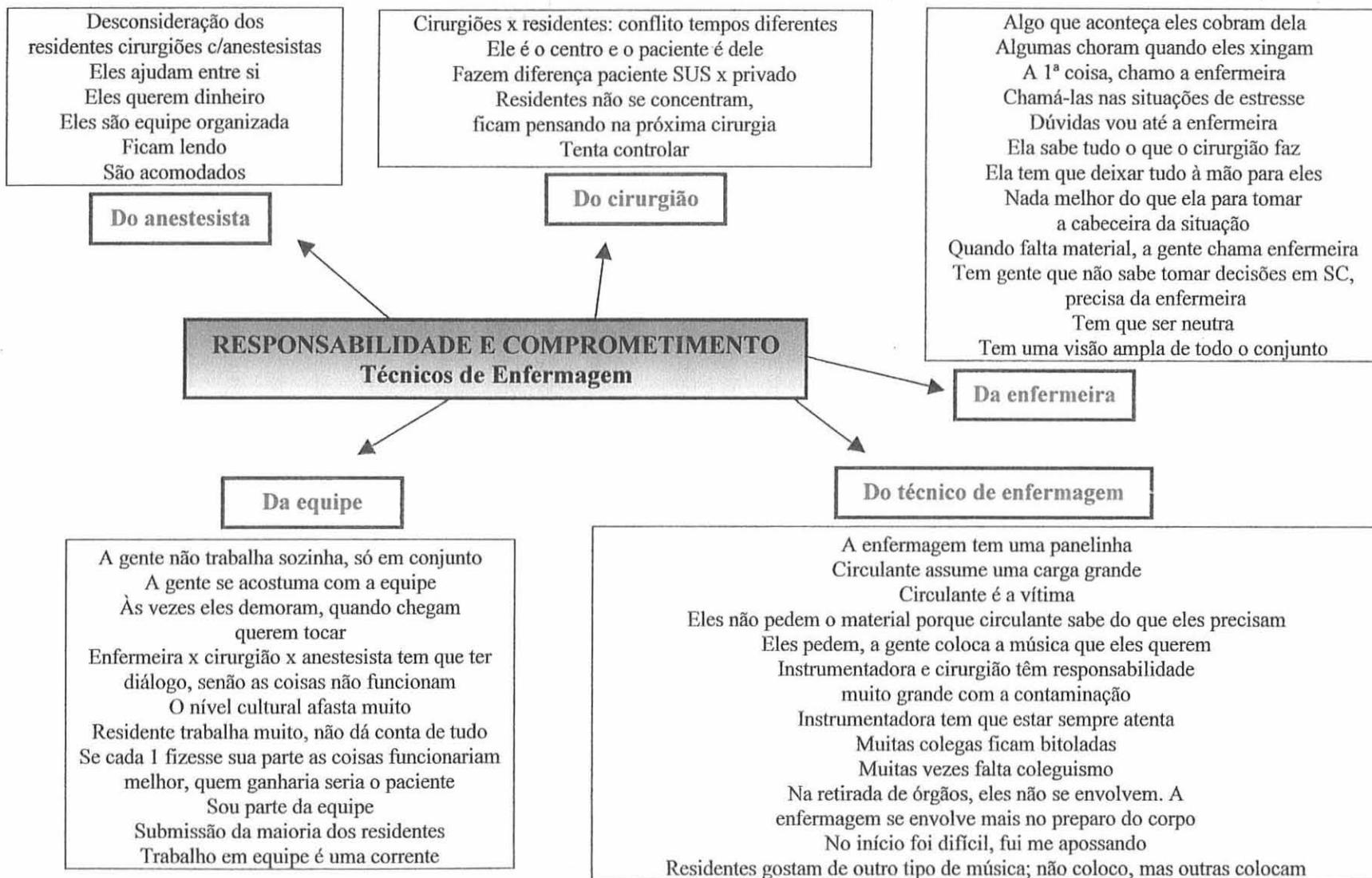
MAPA 18 – CATEGORIA: RESPONSABILIDADE E COMPROMETIMENTO (ANESTESISTAS)



MAPA 19 – CATEGORIA: RESPONSABILIDADE E COMPROMETIMENTO (ENFERMEIRAS)



MAPA 20 – CATEGORIA: RESPONSABILIDADE E COMPROMETIMENTO (TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)



4.2.6 Manifestações físicas e psíquicas em situações de estresse

A última categoria denominada *manifestações físicas e psíquicas* divide-se em duas subcategorias: *físicas* e *psíquicas*. Como nesta pesquisa orientei-me pelo padrão de comportamento estabelecido por Friedman e Roseman (França, Rodrigues, 1997; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997), para selecionar e trabalhar com os sujeitos nesta categoria separei as manifestações relatadas pelos profissionais pertencentes ao grupo A e ao grupo B, traçando um paralelo comparativo e verificando as diferenças e semelhanças.

Os mapas referentes a esta categoria com suas subcategorias são os 21, 22, 23 e 24, correspondendo aos depoimentos dos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem, sendo que as manifestações comuns aos profissionais pesquisados são apresentadas nos quadros 18 e 19.

A reação fisiológica que o estresse provoca no organismo através da química hormonal foi definida por Selye (Albrecht, 1988; Grandjean, 1998). O aumento de alguns hormônios (adrenalina e noradrenalina) desencadeia manifestações fisiológicas e psicológicas variadas (Lipp, 1996).

Ellis e Hartley (1998) descrevem que o estresse provoca tanto alterações fisiológicas quanto angústias psicológicas, e a medida em que ele progride diminuem as condições do indivíduo para tomar decisões e resolver problemas. Essas autoras citam como mudanças físicas comuns no organismo desencadeadas pelo estresse a exaustão, fadiga, cefaléia, lombalgias e insônia; as alterações psíquicas manifestam-se por mudanças na disposição, irritação ou demonstração excessiva dos sentimentos. Todos os profissionais pesquisados, independente se pertenciam ao grupo A ou ao B, manifestaram alterações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o estresse.

A seguir apresento um quadro com as manifestações físicas e psíquicas dos sujeitos do grupo A e posteriormente outro, com as do grupo B. Identifiquei algumas manifestações comuns entre as categorias profissionais e outras não comuns, apresentadas somente pelos profissionais que as relataram.

Quadro 18 – Manifestações físicas e psíquicas do estresse relatadas pela equipe de profissionais do grupo A que trabalham na sala de cirurgia. Porto Alegre, RS, 2002.

Profissionais do Grupo A	Manifestações Físicas	Manifestações Psíquicas
Cirurgiões – Anestesiastas Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Taquicardia	-----
Anestesiastas – Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Sudorese	Tensão
Cirurgiões – Anestesiastas Técnicos de enfermagem	Dor (cefaléia, enxaqueca, cervicalgia ou mialgia)	-----
Cirurgiões – Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Cansaço físico ou Fadiga	-----
Cirurgiões – Anestesiastas	-----	Tristeza – Raiva
Cirurgiões – Técnicos de enfermagem	Insônia	-----
Cirurgiões – Enfermeiras	-----	Medo - Deprimido(a)
Enfermeiras / Técnicos de enfermagem	Agitação - HAS	Nervosa
Cirurgiões	Ofegante - Aumento da FR e do colesterol - Perda de apetite	Atento/Atenado/Ligado Excitação - Frustrado Irritado – Intranquilo
Anestesiastas	Boca seca - Mal-estar “Frio na barriga”	Vontade de gritar Vontade de ser ruim
Enfermeiras	Dispnéia Aumento na diurese Alteração na voz Olhos arregalados Sensação Paralisante	Conflito interno - Cabeça não bloqueia - Desestruturada Pronta para luta - Sente-se mal - Transtornada
Técnicos	Agilidade	Nó na garganta

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados por entrevistas. Porto Alegre, 2002.

A manifestação *física* comum relatada por todas as categorias profissionais foi a taquicardia. Somente um cirurgião disse que não apresenta manifestações físicas perante situações que geram estresse e uma enfermeira disse que ficava como se levasse um susto quando estava enfrentando situação de estresse.

Quadro 19 – Manifestações físicas e psíquicas do estresse relatadas pela equipe de profissionais pertencentes ao Grupo B que trabalham na sala de cirurgia. Porto Alegre, 2002.

Profissionais do Grupo B	Manifestações Físicas	Manifestações Psíquicas
Cirurgiões - Anestesistas Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Taquicardia	-----
Cirurgiões - Anestesistas Enfermeiras	-----	Medo / Pavor
Cirurgiões - Anestesistas Técnicos de enfermagem	Tremores - (mão trêmula)	Tensão
Cirurgiões - Anestesistas	Cansaço físico - Fadiga Boca seca - Dor muscular	Ansiedade
Anestesistas Técnicos de enfermagem	Sudorese - HAS - Pico hipertensivo	-----
Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Agitação	-----
Cirurgiões	Agressão defensiva - Cacoetes Cólica intestinal - Sede Sensação Paralisante	Atordoado - Chateado Deprimido - Negação Raciocínio difícil
Anestesistas	Cefaléia Debilitado Moleza (depois) Palidez Pressão nos ouvidos	Alteração do humor - Abalado (não demonstro) - Debilitado (não demonstro) - Estressado (não demonstro) - Escurece / Dá um branco Impacto (inicial e fugaz)
Enfermeiras	Calor Fome (depois) Pele vermelha	Angústia - Insegurança Inibição - Magoada Peito apertado
Técnicos de enfermagem	Tudo acelera Tudo modifica	Esquecimento - Nó (algo tranca) - Preocupada Sensação insuportável Sufocada

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados por entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Idêntico a um único cirurgião do grupo A, um técnico de enfermagem do B disse não apresentar manifestações físicas perante situações que geram estresse.

Comparando os dois quadros 18 e 19 com as manifestações físicas e psíquicas dos sujeitos dos grupos A e B, notei que existem manifestações comuns a ambos. Nas manifestações físicas os sujeitos apontaram em comum à *taquicardia*, *sudorese*, *cansaço físico/fadiga*, *dor muscular*, *cefaléia*, *boca seca*, *HAS*, *agitação* e *sensação paralisante*. Como manifestações psíquicas comuns aos dois grupos foram mencionadas a *tensão* e a *depressão*.

... [o estresse causa] até uma fadiga e ao mesmo tempo vai desencadeando, no meu caso, me desencadeia um caso de enxaqueca.(...) rapidamente eu fico brabo, (...) eu sinto que fico taquicárdico, fico ofegante, aumentam os batimentos não só cardíacos, mas os movimentos respiratórios aumentam bastante. C1

... eu diria que fisiologicamente eu sinto cefaléia, eu sinto tremor, mais um estado de cansaço agudo, com dores musculares, eu diria que esses são os mais importantes; houve épocas em que eu sentia, talvez, algum pico hipertensivo, que eu sentia sudorese e pressão nos ouvidos, mas ultimamente, eu não sei porquê, eu não tenho tido isso, apesar de não tomar nenhum tipo de medicação; hoje em dia o que me dá mais é uma resposta fisiológica mais intensa de cansaço excessivo; um dia de estresse eu a noite, simplesmente não sirvo para fazer mais nada. (...) via de regra o que eu tenho é isso cefaléia, algum grau de tremor e cansaço muito intenso, (...) me dá uma irritação e eu diria que me dá uma sensação de mau humor, muito mau humor, capacidade de aceitar mal as coisas minhas ...A5

... biologicamente: primeira coisa, taquicardia e o primeiro sintoma eu acho que é a sudorese nas mãos, não sei se a minha pressão sobe, acredito que sim, (...) então, eu sou muito rápida nesses momentos de crise, de indecisão, eu já consigo raciocinar e tentar manter uma linha de controle. Aumenta a minha diurese também, depois quando passa o estresse; eu acho que é efeito normal pela descarga de adrenalina que a gente tem... E3

... eu fico suando, tremendo e taquicárdica, parece que o coração vai sair pela boca, eu fico bem taquicárdica. (...) às vezes, dá raiva... T8

Sabe-se que as alterações desencadeadas no organismo como resposta ao estresse manifestam-se por meio de respostas fisiológicas que podem evoluir para manifestações doentias e que uma das reações psicofisiológicas mais visíveis do estresse é a tensão muscular, como relatado a seguir.

... fisicamente (...) eu tenho tensão muscular, tensão na cintura escapular assim pescoço, que são para mim estruturas de choque, contraturado, dolorido, certamente já tem aquele componente que é próprio da cirurgia do vício de postura, mas certamente assim somados ao momento de estresse se multiplica, esses dias que ocorre essas coisas são muito mais difíceis de recuperar fisicamente. C6

Lipp (1996), França e Rodrigues (1996) afirmam que a contração, rigidez e tensão muscular, cefaléia e sudorese, são percebidas pelo indivíduo como reações psicofisiológicas do estresse, porém outras manifestações passam despercebidas, sem que ele tenha consciência dessas modificações, como aumento da pressão sangüínea, da glicemia e dos lipídeos.

Quando E3 relatou as manifestações físicas que apresenta durante o estresse, confirma o que referiram os autores anteriormente citados. Ela acredita que a sua pressão sangüínea altere, mas não tem certeza, pois nunca testou. Certas manifestações não percebidas no momento do estresse são relacionadas a ele, como o cirurgião C1

referiu: *...eu acho que essa subida do colesterol foi por aumento do estresse que aumentou o colesterol...*

A cefaléia, independente se sua causa for primária básica ou psicológica, geralmente é exacerbada pelo estresse (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997). Esta afirmação dos autores é confirmada por um cirurgião quando diz:

... eu fico extremamente estressado e uma das coisas, como sou enxaquecoso, a minha primeira sensação, eu começo a sentir que eu vou ter dor de cabeça e acabo tendo crises de enxaqueca e eu sou consumidor de (...) ormigreïn que é um desses remédios para os problemas vasculares da enxaqueca e que certamente me atrapalham depois, porque todos esses remédios têm efeitos colaterais, te dão taquicardia, te dão enjôo e às vezes o estresse cirúrgico faz com que isso aconteça. C1

Um dos transtornos mais estudado por psicólogos do trabalho é a fadiga. Seligmann-Silva (1994, p. 80) considera que a fadiga mental é indissociável da fadiga física, por isso, atualmente utiliza a expressão *cansaço geral*. Quando o cansaço torna-se crônico, ocorrem distúrbios do sono, irritabilidade, desânimo, dores diversas e alteração do apetite. A autora afirma que quanto maior o cansaço menor a participação social, desencadeando o início da alienação. Um anestesista deixou claro, no seu depoimento, que a fadiga mental é indissociável da fadiga física, como afirma Seligmann-Silva (1994), quando disse:

... eu fico física e emocionalmente assim debilitado, fico cansado, me cansa, isto [o estresse], me cansa, fisicamente não deveria, mas emocionalmente também, eu fico cansado, fico assim, eu não sei exatamente te explicar, mas me deixa devagarinho, cansando, cansando, quando tu vê tu tá a ponto de estourar, só que eu não estouro... A6

As manifestações relatadas pelos sujeitos desta pesquisa quando confrontadas com a bibliografia sobre o estresse vêm ao encontro das reações descritas por Rossi (1991), que apresenta como uma das primeiras reações manifestadas pelo corpo a alteração da respiração, seguida de perturbações de natureza funcional do trato gastrointestinal ou do sistema cardiovascular. Contratura muscular, incluindo espasmos musculares desencadeando dores músculo-articulares e cefaléia também são freqüentes. Outros sintomas são: insônia, dificuldade de concentração, palpitação, taquicardia, mãos e pés frios e suados, suor na testa e axilas, secura na boca, distúrbios digestivos, fadiga crônica, fraqueza, aumento no consumo de cigarros e bebidas alcoólicas. Ainda a mesma autora diz que, mantendo esses sintomas por muito tempo, a tendência do organismo é piorar o quadro, aumentando a possibilidade de doenças cardiovasculares, tonturas,

enxaquecas, úlceras e colite (id., 1991). Lipp (1996) também aponta como doenças e disfunções frequentes desencadeadas pelo estresse a hipertensão arterial, tensão pré-menstrual, obesidade, psoríase e úlceras gastroduodenais. Alguns profissionais confirmam em seus depoimentos esses sintomas.

... eu notei que quando eu estou numa situação de estresse muito grande, às vezes me dá cólica intestinal; mas eu consigo me controlar; (...), mas é uma das coisas que eu notava quando ficava com muito estresse, às vezes eu sentia cólica (...) também me acelera o coração; (...) é taquicardia e cólica. C5

... a manifestação é através do que a adrenalina faz com a gente: vai deixar com a boca seca e começa a sentir sede, a mão fica muito trêmula, em algumas situações de estresse maior, fica trêmula, eu fico, e a gente sabe disfarçar isso em relação aos outros, sabe que os outros estão vendo mas procura tremer menos do que realmente está tremendo, calçando contra, segurando mais firme as coisas para não haver tremor; mas é quando há complicação, aí vem o tremor. C7

...tensão e tristeza.(...) sintoma físico dor, normalmente é o meu sintoma físico, e eu também, quando estou muito no racha eu sinto, eu suo, tenho sudorese. Dor, dor localizada, normalmente, dor cervical. Raiva e tensão. A1

... eu fico taquicárdico, tenho sudorese, fico sudorético, taquicárdico e percebo que a minha boca fica seca (...) e fico extremamente quieto, eu me retraio... A3

... a primeira coisa que eu sinto é taquicardia. Eu me agito, fico agitada, mas é basicamente taquicardia e uma agitação. E6

... eu sinto muita dor na nuca; muita pressão; (...) taquicardia, eu me sinto bem taquicárdica; bem, talvez eu tenha [outros], mas não perceba, meus sintomas, mas uma das coisas que eu já percebi, é a dor na nuca, e teve uma época que eu, quando eu fiz os exames, eu estava um pouquinho, a minha pressão sempre abaixo, e ela estava um pouco alta porque devido a esse monte de estresse daquela época, (...) daquele residente; então, eu já não dormia no dia anterior, quando eu sabia que tinha aquela cirurgia grande não tanto pelo trabalho que tinha que desenvolver, mas pelo estresse que essa pessoa desenvolvia, já ficava tensa, antes da cirurgia eu já não dormia, eu vinha cansada, eu não conseguia dormir... T4

... eu acho que tudo modifica, tudo se acelera, é sudorese, suar nas mãos, e o esquecimento também aparece, porque daí tu fica todo agitado, dá um branco mesmo, dá um branco; eu falo baixo também falo mais baixo tu não entende porque daí eu acho que falo da altura correta mas as palavras não saem com eu gostaria de escutar... T5

Massaroni (1999) lembra que a enfermagem é uma das profissões mais estressantes e, quando o profissional enfrenta situações seja de perigo, raiva ou felicidade, seu organismo irá exigir uma adaptação provocando um conjunto de alterações físicas e químicas. Essas alterações poderão provocar manifestações fisiológicas, emocionais e comportamentais. Massaroni (1999, p. 5) diz que as manifestações fisiológicas podem se

manifestar por dilatação da pupila, alteração da motilidade intestinal, náuseas, vômitos, flatulência, aumento de pressão arterial, enrubescimento, frigidez, impotência e outras.

... a impressão que eu tenho é que meus olhos ficam arregalados, não enxergo, mas parece que meus olhos ficam arregalados... E2

... a minha estrutura interna fica desestruturada, a ponto de fazer crise hipertensiva e parar na emergência, em situações de estresse; foi a primeira crise hipertensiva que eu fiz foi por uma situação de estresse, fui a 220 por 180.(...) No trabalho por uma situação de estresse não no dia, mas uma situação de estresse cumulativa que veio a uma crise de hipertensão, tornando-me dependente de medicação. E3

... eu sinto pavor e eu sinto que eu fico vermelha, eu sinto um calorção... E8

As manifestações emocionais poderão ser manifestadas por sentimento de inferioridade, a rejeição, o pânico, preocupação excessiva, irritabilidade, falta de humor, distúrbios do sono[e] depressão. As manifestações comuns são a desordem alimentar, hiperatividade, tentativa de suicídio, pensamentos obsessivos, aumento de dificuldades no trabalho, acompanhado de improdutividade ou, até mesmo, absenteísmo (Massaroni, 1999).

... fisicamente, eu acho que eu fico mais agitada;(...) parece que eu vou fazendo tudo mais agitado(...) corro mais, falo mais, ajo mais rápido, vou mais ligeiro (...) eu acho que eu fico mais agitada... E4

... me estressando, sofrendo, sofrendo bastante, deprimindo, até chorando. E2

... quando eu fico frente a um estresse, eu fico mais ágil, eu fico mais atenta às coisas que estão acontecendo, (...) observando para ver o que vai acontecer... T2

É importante lembrar que muitas vezes uma pessoa, enfrentando uma situação de pânico, fica totalmente paralisada porque seu cérebro simplesmente desliga perante a reação de estresse, não conseguindo enfrentar a situação. Tanto uma enfermeira quanto um cirurgião disseram que frente ao estresse apresentam uma sensação paralisante.

... eu acho que é uma coisa assim de medo, aquela sensação paralisante... C8

... aí mais tu fica parada, mais tu fica bloqueada, quanto mais pior; isso aí me deixa muito tensa... E3

As manifestações físicas e psíquicas, relatadas pelos sujeitos pesquisados perante as situações de estresse, representam o conjunto de modificações que ocorrem no organismo e que Selye denominou Síndrome Geral de Adaptação. Relembrando que esta

síndrome é composta por três fases, reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão, observei que alguns sujeitos relataram manifestações características da reação de *Alarme*, quando o sujeito apresenta aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, aumento da frequência respiratória, dilatação dos brônquios e ansiedade. A esta fase segue-se outra, a de *Resistência*, na qual se manifestam ulcerações no aparelho digestivo, irritabilidade, insônia e mudanças no humor, todas citadas pelos sujeitos. A terceira e última fase é a de *Exaustão*, representando falhas dos mecanismos de adaptação; há um retorno parcial e breve à fase de *Alarme* seguido de esgotamento por sobrecarga fisiológica, podendo levar à morte do organismo se o estímulo estressor permanecer potente (França, Rodrigues, 1997). Percebo que os sujeitos pesquisados relataram as reações características das duas primeiras fases.

Existe uma correlação entre os aspectos físicos e psicológicos quase que inseparável durante a resposta ao estresse.

O estresse age no processo de pensamento interferindo sobre a saúde mental das pessoas. Albrecht (1996) diz que em presença dos estressores, as faculdades mentais conscientes (verbais, lógicas e analíticas), de nível mais elevado, ficam um pouco de lado em favor das funções cerebrais mais primitivas (raiva, desespero e frustração). Os sujeitos acometidos de sentimentos de raiva, culpa ou desamparo podem expressar suas aflições de diversas formas. A linguagem usada para manifestar o sofrimento poderia ser verbal ou comportamental. Algumas formas verbais comuns entre os sujeitos dos grupos A e B foram manifestadas como *medo, tensão e depressão*.

... acho que eu me deprimio. Eu fico triste. Fico calado. C2

... o medo de cometer erros isso me deixa tensa fazer uma medicação errada ou fazer alguma coisa que prejudicar o paciente, isso eu tenho muito medo, existem muitas situações que me deixam tensa, acho que é mais tensão, do que tranquilidade. E2

... eu só fico preocupada, só fico pensando, tensa (...) mas não muda também meu comportamento... T7

Lipp (1996) diz que o desalento, desânimo, depressão, apatia, agressividade, hostilidade, ansiedade, angústia, raiva e irritabilidade, podem ser desencadeados pelo estresse, inclusive crises neuróticas e surtos psicóticos. A E5 falando sobre suas reações frente ao estresse disse que tem *taquicardia sempre e angústia*. É possível verificar que

as maiorias das emoções apontadas por Lipp (1996), também foram relatadas pelos profissionais que fizeram parte desta pesquisa.

Algumas formas verbais como *raiva, frustrações, irritação* foram manifestadas somente pelos sujeitos do grupo A para expressar seu sofrimento.

... eu fico muito irritado, (...) e tenho uma sensação de frustração, de que tu não estás conseguindo fazer o que tu quer fazer, essas são as coisas que tem absolutamente tudo a ver uma com a outra, talvez tu fica frustrado e irritado, nessa seqüência das coisas. C3

... taquicárdica [e também] eu fico com raiva, fico com muita raiva, (...) a vontade que eu tenho (...) é de dar um grito... A4

De acordo com a teoria de Selye, o organismo sempre tenta adaptar-se ao evento estressor, e neste processo existe um consumo grande de energia adaptativa. Na primeira fase, a de alarme, *o organismo se prepara para a reação de luta e fuga, que é essencial para a preservação da vida. Os sintomas presentes nesta fase se referem ao preparo do corpo e da mente para a batalha* (Lipp, Guevara, 1994, p.44). O depoimento de uma enfermeira que referiu ficar *pronta para a luta* frente a uma situação de estresse, ilustra bem o que ocorre no nosso organismo, tendo sido relatado por E1 da seguinte forma:

... o meu corpo fica em prontidão para luta (...) Quando a gente fica pronta para luta, eu não fico relaxada, eu fico tensa, eu fico presente, a taquicardia só depois que a gente pára e começa a ouvir, mas na hora não dá tempo, porque tu tem que reagir, é como se tu levasse um susto, na verdade, tu tem que reagir, (...) eu vou alterar a voz certamente, eu vou pedir a coisa não com a mesma tranqüilidade: eu quero agora, eu vou ser mais incisiva (...) eu vou ter mais rapidez... E1

A *vontade de gritar* e *vontade de ser ruim* foram citadas por anestesistas do grupo A. Lembro o que foi dito por Sánchez e Bermúdez citados por Lautert (1995, 2001), que na luta constante por destacar-se, os indivíduos com comportamento do Tipo A apresentam reações como ira, agressividade e hostilidade perante qualquer obstáculo que os impeça ou simplesmente ameacem seus objetivos. Quando estes fatores não estão presentes no comportamento pessoal, o indivíduo é considerado como personalidade Tipo-B.

Observei que as manifestações psíquicas dos sujeitos classificados como grupo B, nesta pesquisa, foram reações mais contidas, como negação, abalo, debilidade, inibição, insegurança e chateação, sendo que por várias vezes disseram que *não demonstram* seu sentimento.

... eu fico assim, com uma certa ansiedade, mas eu procuro transparecer uma tranqüilidade para não deixar que aquela ansiedade tome conta de todos os participantes da sala. (...) eu procuro manter o controle para não deixar a coisa cair; eu não deixo transparecer, eu procuro me controlar para não deixar transparecer... C5

... eu fiz uma espécie de autocondicionamento para não extravasar acho, e para não demonstrar a contrariedade, (...) então às vezes isso até pode ser confundido com a falta de reação, mas acho que mais é uma questão de controle e condicionamento, fico menos bravo só, acho que é um comportamento mais socialmente aceito, dentro de padrões mais civilizados. (...) acho que eu sempre fui mais ou menos assim, não me lembro de ter programado para ter um conduta, uma proposta mais agressiva assim frente à diversidade, eu sempre fui na verdade assim, (...) então não faz parte do meu perfil pessoal, esse tipo de coisa. C6

... eu por dentro posso estar muito abalado, mas eu procuro manter o meu abalo meio inaparente porque talvez eu vá transmitir esse estresse para pessoas que naquele momento poderiam me dar um auxílio maior. Eu diria que eu até demonstro, mas talvez eu não demonstre na intensidade do meu estresse, eu acho que é impossível eu não demonstrar algum grau de estresse, mas eu acho que se o meu estresse é 9, a minha demonstração é em torno de 3, 4, não é proporcional ao grau de estresse que eu estou sentindo. A5

... talvez até fique estressado internamente mas não manifesto, não demonstro, não costumo demonstrar, eu procuro não demonstrar. A6

... eu procuro (...) fazer com que as pessoas não pensem que eu não (...) estou sabendo dominar a situação... E8

... [frente à situação de estresse] não mudo o comportamento... T7

Portanto, evidenciei nesta categoria que embora tenham sido identificados manifestações, tanto físicas quanto psíquicas, comuns entre os sujeitos dos grupos A e B, houve também muitas diferenças entre eles, principalmente no que se refere às manifestações psíquicas dos sujeitos. O mesmo tipo de profissional, porém com padrão de comportamento diferente, relata eventualmente manifestações totalmente opostas perante a mesma situação estressante, como por exemplo: os cirurgiões do grupo A, disseram que ficam *atentos, atentos, ligados e com grande excitação* enquanto os cirurgiões do grupo B disseram que ficam com *raciocínio difícil, com sensação paralisante, negação e deprimido*.

... no momento em que o cirurgião sente que está num terreno hostil, que ele está pisando num terreno lamacento ou que ele está numa areia movediça, ele começa a se debater e se debater, para o cirurgião é ter que ficar atestado, é ter que tentar controlar tudo e todos, e isso vai te levando realmente a uma excitação muito grande... C1

... acho que esses momentos de estresse tu fica sem saber o que vai fazer, a boca fica seca, o raciocínio fica difícil, é uma situação que eu acho que quando se está num estado

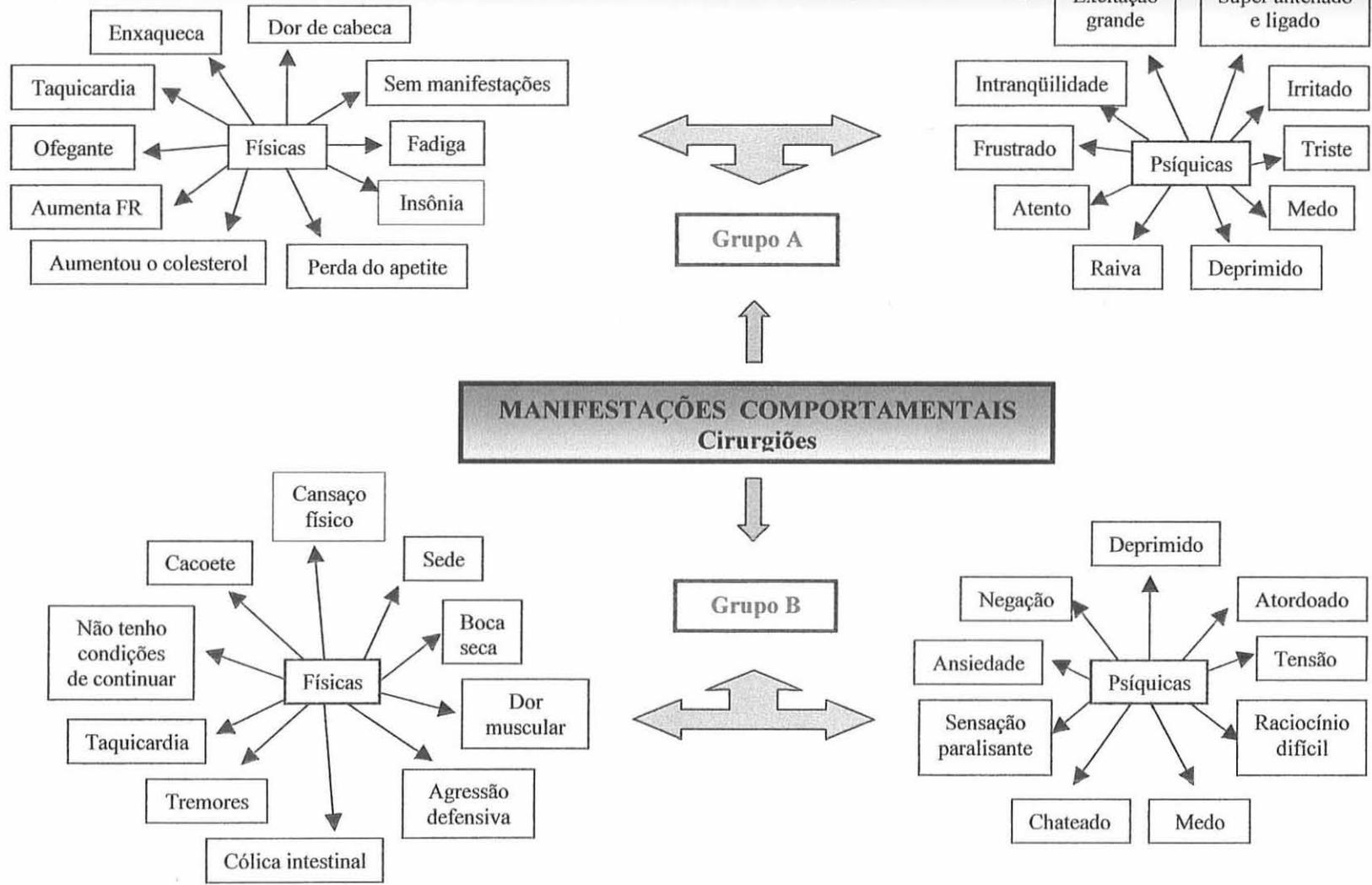
de estresse desse, é muito bom que tenha uma outra pessoa que tenha o mesmo nível de conhecimento, que possa continuar a cirurgia que a gente está fazendo, porque aí tu fica atordoado, não dá, não tem condições de continuar; mas às vezes tem que continuar, mesmo sem condições. C7

Lazarus e Folkman (1986) consideram que a negação é uma conduta que pode diminuir o grau de transtorno emocional, mas também pode impedir que o indivíduo enfrente de forma realista o problema que é possível de solução mediante uma ação correta. Isto ocorre com muitos profissionais que trabalham na área da saúde e enfrentam situações estressantes, tendo sido relatado no depoimento de um cirurgião do grupo B quando disse:

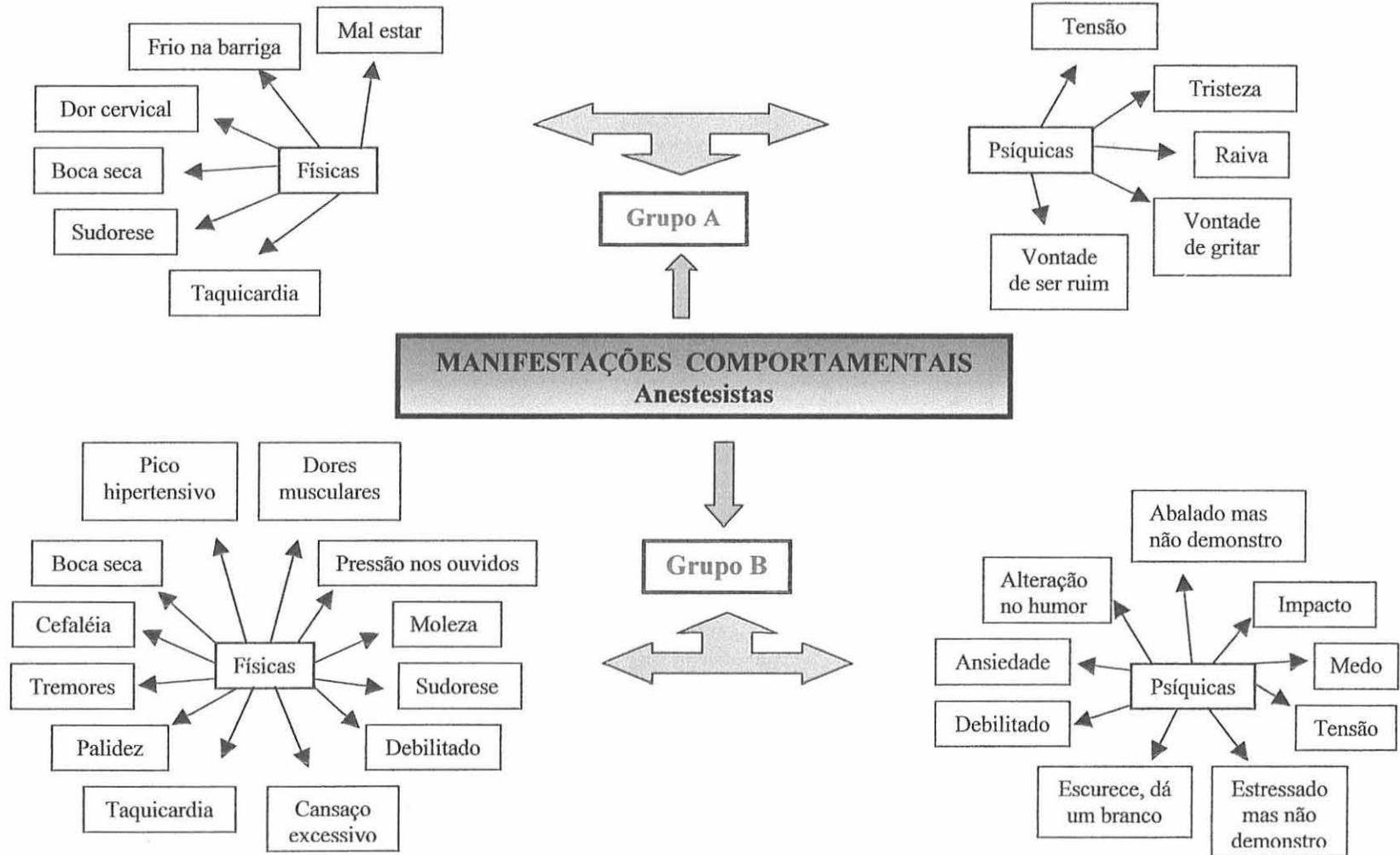
... emocionalmente eu acho que [no estresse], no primeiro momento tem uma certa negação, depois (...) vai ficar tenso, vai ficar estressado, deprimido,...) tenho a humildade de entender algumas coisas, eu aceito muito,...) eu acho que tem coisas que a gente tem que ter uma certa flexibilidade e humildade... C6

Concluí, após analisar esta categoria, que as manifestações físicas e psíquicas dos indivíduos frente de situações de estresse são inseparáveis, porém, os sintomas vão variar conforme o indivíduo. Os primeiros indícios de que algo não anda bem no trabalho manifestam-se através de cansaço, sono, incapacidade de concentração, irritabilidade e baixa tolerância ao ruído. Após essa primeira fase, os sintomas tendem a evoluir para problemas mais sérios como problemas cardíacos, respiratórios, depressão e outros. Portanto o estresse laboral poderá causar problemas graves à saúde do trabalhador. Uma vez instalado o estresse tornará o trabalho penoso provocando uma cadeia de reações psicossomáticas no organismo difíceis de se controlar (Albrecht, 1988; França, Rodrigues, 1997).

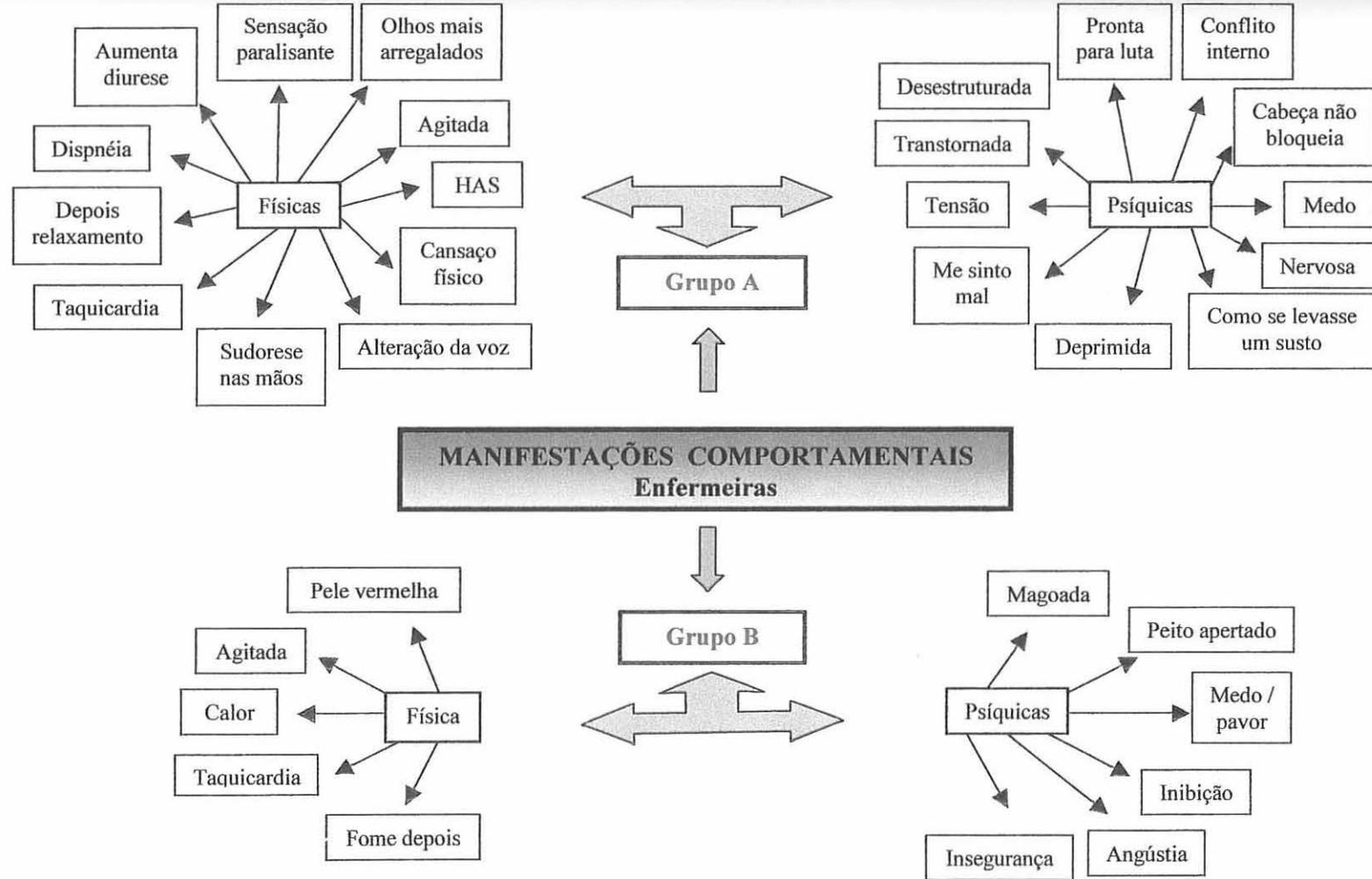
MAPA 21 – CATEGORIA: MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS (CIRURGIÕES)



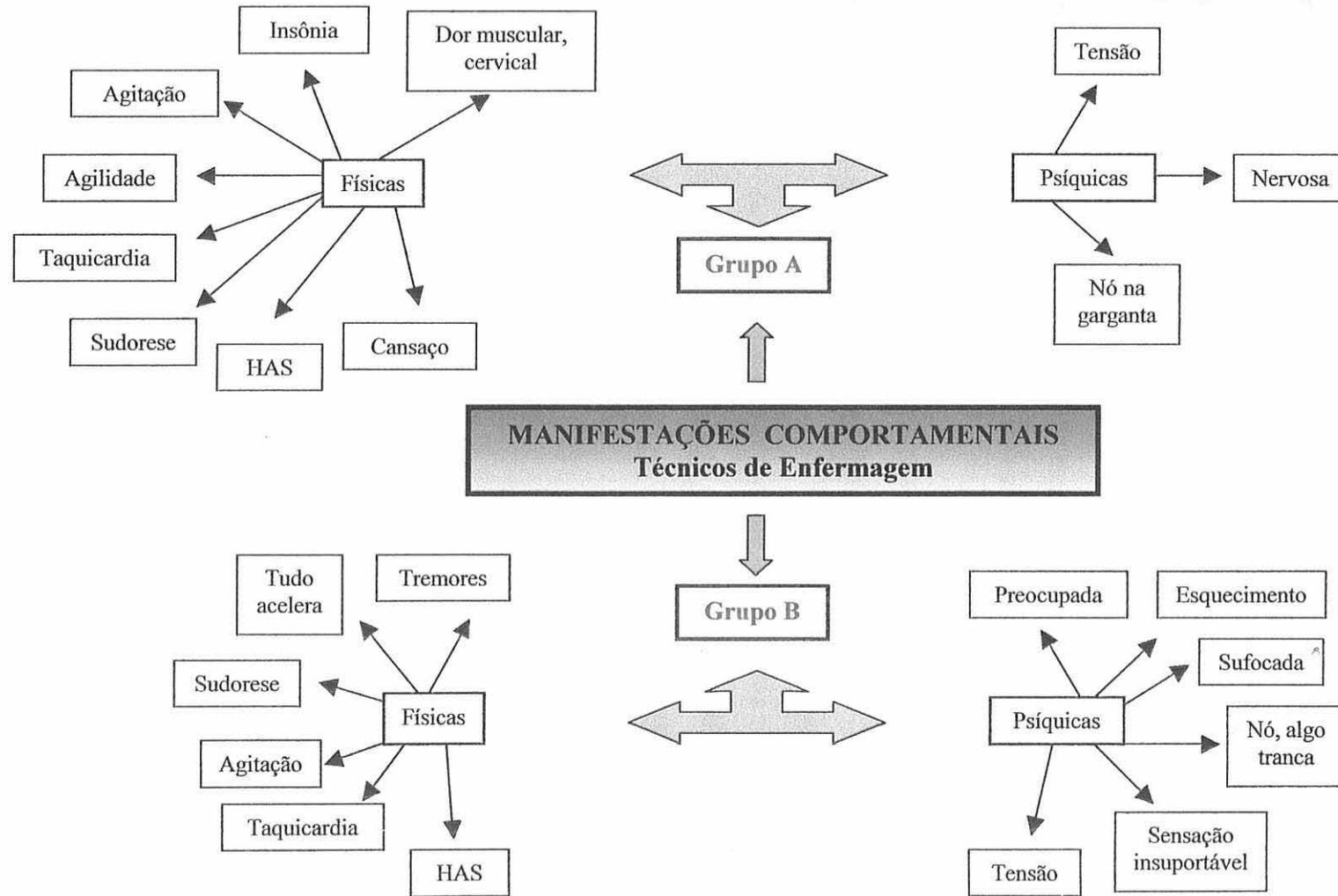
MAPA 22 – CATEGORIA: MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS (ANESTESISTAS)



MAPA 23 – CATEGORIA: MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS (ENFERMEIRAS)



MAPA 24 – CATEGORIA: MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS (TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)



4.3 OBSERVANDO A PRÁXIS DOS SUJEITOS NO COTIDIANO DE TRABALHO

Neste capítulo vou me ater a descrever os achados encontrados, por meio da observação participante, na práxis dos sujeitos.

A síntese dos comportamentos e situações observados durante o ato cirúrgico foi agrupada em quatro categorias, assim denominadas: *inerentes à profissão*, *negativos*, *positivos*, e *descontração*.

Na categoria denominada *inerentes à profissão* listei as características manifestadas próprias à profissão do sujeito que estava sendo observado, como por exemplo: nos cirurgiões, a concentração; nos anestesistas, a atenção; nas enfermeiras, a administração e nos técnicos, a previsão.

A categoria denominada *negativos* refere-se a todos os comportamentos e situações negativas observados no comportamento do sujeito ou no ato cirúrgico. Classifiquei como comportamento negativo aquele reconhecido como característica negativa em qualquer pessoa, como, por exemplo, a agressividade, ou que possa ser prejudicial para a profissão exercida, como, por exemplo, ser desligado. Considerei situação negativa aquela que origina prejuízo para qualquer membro da equipe ou para o paciente, por exemplo, desvio da atenção e sangramento.

Na categoria denominada *positivos* considerei todos os comportamentos ou situações positivas que foram manifestados ou constatados como favoráveis para a equipe ou o paciente durante o ato cirúrgico, por exemplo, bom relacionamento e silêncio.

Na categoria *descontração* registrei todos os comportamentos ou situações que serviram como manejo do estresse durante o ato cirúrgico.

Depois de feita a codificação dos comportamentos e situações (passos descritos no capítulo 3.5) construí quatro quadros, sendo um para cada categoria profissional pesquisada, apresentados no anexo F. Nos quadros, observei que alguns comportamentos e situações apareciam somente uma vez e outros repetiram-se várias vezes, em sujeitos diferentes. Quantifiquei o número de vezes que os comportamentos e situações se manifestaram, conseguindo identificar os mais comuns, os quais se repetiam entre os sujeitos. A partir desses quadros construídos e quantificados iniciei a análise dos resultados.

Os comportamentos e situações observados com maior frequência, ocorridos entre

os sujeitos tanto do grupo A quanto do B, foram apresentados em quadros resumidos, sendo posteriormente analisados. Os comportamentos e situações que foram observados poucas vezes, num quantitativo de uma ou duas vezes, aparecem nos quadros completos que se encontram no anexo F, porém não foram abordados nesta análise. O número de ocorrências de cada manifestação observada consta entre parênteses. Em cada categoria profissional foram pesquisados 8 sujeitos, sendo 4 do grupo A e 4 do B.

Portanto, quando estava fazendo a análise de um grupo com 4 sujeitos, considerei como representativo o comportamento manifestado 3 vezes; porém, avaliando os 8 sujeitos, considerei representativa a manifestação que aparecia no mínimo 5 vezes. Detectando, por ocasião da análise dos registros dos comportamentos e situações nas fichas de observação participante, a possibilidade de um viés na pesquisa, qual seja, determinada manifestação ser considerada representativa mesmo ocorrendo várias vezes num mesmo sujeito, revisei todas as ocorrências e percebi existir correlação entre a presença do comportamento (ou situação) e o número de sujeitos envolvidos.

Inerentes à profissão

A categoria *inerentes à profissão*, emergida da observação participante, pode ser comparada com a categoria denominada *comportamento individual na sala de cirurgia*, que surgiu das entrevistas, onde os sujeitos autodefiniram o comportamento que eles apresentam na sala de cirurgias diariamente e frente a situações de estresse. Apresento, no quadro a seguir, os comportamentos e situações mais freqüentes observados no grupo dos cirurgiões, durante o ato cirúrgico.

Quadro 20 – Comportamentos e situações *inerentes à profissão* mais freqüentemente observados no grupo dos cirurgiões durante o ato cirúrgico.

Grupo A	Grupos A+B
Hierarquia rígida	Concentração
Exigência	Comando
Controle	Cobrança
Rapidez	Poder
Supervisão	Compartilhar
-----	Respeito

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos cirurgiões. Porto Alegre, 2002.

Nesta categoria os cirurgiões dos grupos A e B, apresentaram características comportamentais comuns, sendo as mais freqüentemente manifestadas a concentração (11), o comando (10), a cobrança (8) e o poder (8). Não tão freqüentes como os anteriores, mas também manifestados em ambos os grupos apareceram, compartilhar (5) e respeito (4).

A concentração é uma característica necessária para a atividade exercida pelos cirurgiões. Como já foi analisado e discutido, o comando apareceu na subcategoria *comportamentos frente ao estresse* da categoria *comportamento individual na sala de cirurgia* como característica comum em ambos os grupos. Lembrando que C8 no seu depoimento, usando uma metáfora, disse: *nós somos o comandante da aeronave*, referindo-se aos cirurgiões. A cobrança e o poder são também características fortes dentro da medicina, sendo maior nos cirurgiões.

Nos comportamentos inerentes à profissão observados nos cirurgiões do grupo A, com freqüência elevada foi somente hierarquia rígida (12), e alguns menos freqüentes: exigência (3), controle (3), rapidez (3) e supervisão (3). No grupo B, a interação e/ou participação (4) foi a característica manifestada, não tendo sido contemplada com uma coluna no quadro.

Analisando as características observadas na prática constato que conferem com os depoimentos dos sujeitos. A práxis refletiu o que eles pensam e manifestaram nas entrevistas, confirmando os dados.

O anestesista é o profissional responsável pela indução e manutenção da anestesia no paciente; como todas as profissões, eles têm características inerentes à profissão, que foram identificadas nesta pesquisa e são apresentadas a seguir. Segundo Parra e Saad (1998, p. 20), *ao anestesista cabe colaborar com o cirurgião na escolha da melhor anestesia para cada caso, executar a anestesia perfeita e informar o cirurgião do seu andamento quando interrogado, ou adverti-lo de intercorrências que surjam*. No quadro a seguir, apresento comportamentos e situações que foram observados com maior freqüência entre os sujeitos desta categoria profissional.

Quadro 21 – Comportamentos e situações *inerentes à profissão* mais freqüentemente observados no grupo dos anestesistas durante o ato cirúrgico.

Grupo A	Grupos A+B
Cobrança	Atento/alerta
Faz cálculos das drogas	Educa/explica/ensina/mostra
-----	Coordena/comanda/determina
-----	Orienta
-----	Supervisiona
-----	Interage/participa
-----	Controla
-----	Checa/confere

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos anestesistas. Porto Alegre, 2002.

Os anestesistas apresentaram como características inerentes à profissão comuns entre os grupos A e B: atento/alerta (13), educa/explica/ensina/mostra/oportuniza o aprendizado (11), coordena/ordena/comanda /determina (11), orienta (10), supervisiona (8), interage/participa (8), controla (7) e checa/confere (5).

A manifestação mais observada nos anestesistas foi a atenção, considerada como uma característica forte da profissão. O anestesista fica atento aos monitores e presta atenção ao que está ocorrendo durante a cirurgia. A atenção foi citada por eles nas entrevistas e identificada como característica comum na categoria *comportamento individual na sala de cirurgia*, na subcategoria *comportamentos frente ao estresse*. O controle e a conferência ou checagem também fazem parte do cotidiano dos anestesistas, desde o momento que chegam na sala e checam todo o seu material de anestesia, para o início do procedimento cirúrgico, até o final da cirurgia, quando levam o paciente para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), controlando atentamente as condições gerais do paciente.

A educação, orientação e a supervisão, também apareceram várias vezes; isto se deve ao fato do HCPA ser um hospital escola e os anestesistas contratados serem responsáveis pela orientação dos residentes da anestesia que estão na sua sala, sendo seus preceptores. Parece que os anestesistas têm mais paciência ou mais disponibilidade de tempo, pois embora o hospital tenha o perfil de ensino em todas as áreas, o ato de

ensinar foi pouco percebido no grupo dos cirurgiões, talvez pelo fato destes apresentarem muita concentração, não possibilitando o ensino. Quanto à interação e participação observada, também é comum nos anestesistas, pois enquanto o cirurgião opera, eles interagem com a equipe.

O comando, manifestado através de comportamentos de determinar e coordenar, também foi observado como nos cirurgiões; a diferença entre o comando do anestesista e o do cirurgião foi que o primeiro direcionava o seu comando para o seu residente e para a circulante, enquanto o segundo direcionava seu comando para todos os profissionais de todas as áreas.

As observações feitas no grupo dos anestesistas eram, na sua maioria, comuns aos grupos A e B. Não diferenciei muitos comportamentos entre os sujeitos; os poucos destacados exclusivamente pelo grupo A foram a cobrança (4) e o cálculo das drogas (3) e no grupo B observação (4), este último grupo não tendo merecido uma coluna própria no quadro anterior. A cobrança é característica, citada na literatura, dos sujeitos que têm comportamento tipo A, com urgência no tempo, e vem ao encontro do que foi observado no grupo A. A observação manifestada pelo grupo B pode ser inferida como uma característica mais própria dos sujeitos que apresentam comportamento do tipo B, pois estes sujeitos, além de serem mais calmos são, muitas vezes, mais introvertidos.

As ações definidas por Parra e Saad (1998) como atribuições dos anestesistas, como colaborar, executar e informar, não apareceram com muita frequência nos profissionais observados.

Guedes, Felix e Silva (2001, p. 22) dizem que o papel do enfermeiro de Centro Cirúrgico é *caracterizado por dois diferentes modos de trabalho: o cuidar e o administrar*. Portanto, o cotidiano desse tipo de profissional *oscila dos aspectos assistenciais aos administrativos*. Apresento no quadro a seguir os comportamentos e situações mais freqüentes observados.

Quadro 22 – Comportamentos e situações *inerentes à profissão* mais frequentemente observados no grupo das enfermeiras durante o ato cirúrgico.

Grupo A	Grupos A+B
Responsabilidade	Auxilia/ajuda/colabora
Interação	Administra
-----	Supervisiona
-----	Organiza
-----	Registra
-----	Assistência
-----	Coordena
-----	Resolve problemas

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante das enfermeiras. Porto Alegre, 2002.

Observo que os comportamentos e situações comuns às enfermeiras entre os grupos A e B apresentaram-se em maior quantidade, sendo observados: auxilia/ajuda/colabora (11), administra (10), supervisiona (10), organiza (8), registra (8), assistência (6), coordena/comando (5) e resolve problemas (5). O grupo A apresentou, como características próprias, responsável (8) e interação (4); já no grupo B não foi observado nenhum comportamento específico que apresentasse um quantitativo representativo, não tendo merecido uma coluna no quadro anterior.

Semelhante ao ocorrido no grupo dos anestesistas, nas enfermeiras foram observados mais comportamentos e situações comuns entre os grupos A e B do que manifestações individualizadas por grupo de comportamento, significando ser idêntico o perfil das profissionais, na execução de suas funções, independente do grupo comportamental ao qual pertençam.

Detecto as características na área administrativa como as mais observadas, vindo ao encontro da pesquisa de Bianchi (2000), que também percebeu estresse mais elevado nas enfermeiras da unidade de Centro Cirúrgico (CC) na execução das atividades relacionadas ao funcionamento, e o mais baixo na área da assistência prestada ao paciente.

Embora tenham sido observadas as ações de auxílio, ajuda e colaboração, quase nunca esse auxílio foi voltado ao paciente, mas sim à equipe cirúrgica, confirmando o já referido por Krahl (2001, p. 69) sobre as ações dos enfermeiros no CC serem mais

voltadas às necessidades do cirurgião do que ao paciente *que deveria ser a razão de ser do trabalho do enfermeiro*. Embora o grupo em estudo seja composto por um número consideravelmente elevado de enfermeiras, dentro da realidade brasileira, mesmo assim direciona-se mais às atividades administrativas do que à assistência. Como curiosidade para reflexão, deixo um fato que chamou minha atenção: no quantitativo, foi observado mais vezes registrar (8) do que assistir (6).

Concluo que os dados encontrados no grupo das enfermeiras deste estudo não chegam a contrariar o relatado por Guedes, Felix e Silva (2001, p. 22), quando disseram que as atividades do enfermeiro do CC oscilam entre os aspectos assistenciais e os administrativos, porém conforme Bianchi (2000), voltam-se preponderantemente para a área administrativa.

Quanto aos aspectos inerentes à profissão dos técnicos de enfermagem, foram observados os apresentados no quadro a seguir.

Quadro 23 – Comportamentos e situações *inerentes à profissão* mais freqüentemente observados no grupo dos técnicos de enfermagem durante o ato cirúrgico.

Grupo B	Grupos A+B
Participação	Previsão
-----	Organização
-----	Concentração
-----	Atenção
-----	Domínio
-----	Agilização
-----	Coleguismo

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos técnicos de enfermagem. Porto Alegre, 2002.

Os comportamentos comuns no grupo dos técnicos de enfermagem foram: previsão (12), organização (9), concentração (6), atenção (7), domínio (6), agilização (5) e coleguismo (5). No grupo B destes profissionais a característica que ocorreu com maior freqüência foi a participação (3). No grupo A, não identifiquei algum comportamento mais representativo.

Semelhante ao ocorrido nas observações dos anestesistas e enfermeiras, também nos técnicos de enfermagem foram basicamente só observadas características comuns à

categoria profissional entre os grupos A e B.

Os comportamentos observados conferem com o que foi encontrado na categoria *comportamento individual na sala de cirurgia* (vide cap. 4.2.3), nas subcategorias *autopercepção do comportamento e envolvimento com o trabalho*. Nas entrevistas foram identificadas as seguintes características comuns entre os técnicos dos grupos A e B: organização e previsão, também observadas na prática. Um aspecto que chamou minha atenção foi a agilidade, aparecendo na observação como característica comum entre os grupos A e B, apesar de ter sido referida nas entrevistas só pelos sujeitos do grupo B. Tento inferir que isto tenha ocorrido porque o grupo B tem consciência quando apresenta agilidade, devido ao seu padrão de comportamento mais tranqüilo, enquanto o grupo A deve ter essa característica pautada por sua personalidade, executada de forma inconsciente e, conseqüentemente, não relatada.

Negativos

A classe profissional que mais apresentou comportamentos considerados negativos foi a dos cirurgiões. Praticamente não ocorreram comportamentos negativos comuns, quantitativamente representativos, nos cirurgiões dos grupos A e B. A pressa (3) e a ansiedade (2) foram as poucas características comuns apresentadas por ambos os grupos, porém sem representatividade. A maioria dos comportamentos e situações negativos observados estava relacionada aos cirurgiões pertencentes ao grupo A. O grupo B dos cirurgiões não apresentou manifestações negativas em uma quantidade considerada significativa. Nas demais categorias profissionais também foram observados comportamentos e situações negativos, porém não em quantidade expressiva. Conseqüentemente, não foram feitos quadros com os comportamentos negativos das quatro categorias de profissionais observados, sendo descritos a seguir apenas aspectos percebidos nas observações destes profissionais. A totalidade das manifestações dos sujeitos está disponível no anexo F.

Observei no grupo A dos cirurgiões ironia (8), brigas (6), indignação (6), irritação (6), agressividade (3), cria conflitos e tumultua (3), grita (3) e impõe medo (3). As brigas ocorreram entre categorias profissionais, por diferenças individuais ou por falta de material. Na irritação (6) observada nos sujeitos, por três vezes o motivo foi falta de

material, uma vez foi por falha humana (cometida por outro membro da equipe) e as outras duas não tiveram motivo aparente.

Observando detalhadamente o quadro da síntese dos comportamentos e situações dos cirurgiões durante o ato cirúrgico, que se encontra no anexo F, vejo que diversas situações negativas características do padrão de comportamento tipo A foram manifestadas, porém muitas não consideradas quantitativamente representativas, tais como descontrole (2), raiva (2), provocação (2), humor oscilante (1), impaciência (1) e outras.

Lembrando que três grandes manifestações de conduta do padrão de comportamento tipo A apontados por Sánchez e Bermúdez citados por Lautert (1995, 2001) são: competitividade, impaciência e hostilidade. Na luta constante por destacar-se, apresentam reações como ira, agressividade e hostilidade perante qualquer obstáculo que os impeça ou simplesmente ameacem seus objetivos.

Comparando as observações realizadas com as características determinantes dos indivíduos com padrão de comportamento tipo A, constatei, além da coincidência entre as manifestações apresentadas pelos cirurgiões observados e as características pessoais apontadas pelos próprios sujeitos nas entrevistas, e categorizadas dentro do comportamento individual na sala de cirurgia (4.3.2), que tais condutas vêm, igualmente, ao encontro dos fatores apontados por Sánchez e Bermúdez citados por Lautert (1995, 2001), descritos anteriormente, referentes ao padrão de comportamento tipo A.

A maior parte dos comportamentos negativos observados no grupo dos anestesistas manifestou-se nos sujeitos do grupo A. Preocupação (4), demora (2), ausência (2) e estresse pelo tempo (2) foram manifestações comuns encontradas nos anestesistas dos grupos A e B, porém sem representar quantitativo considerável para um grupo de 8 sujeitos. Algumas manifestações observadas isoladamente em um dos grupos foram: ansiedade (2), revolta silenciosa (2) e estresse (2), no grupo A. No grupo B: ausência (2), demora (2) e estresse pelo tempo cirúrgico. Embora em quantidade não representativa, os comportamentos observados nos anestesistas tiveram correlação com as falas dos sujeitos.

A insegurança foi a única manifestação negativa comum no grupo das enfermeiras dos grupos A e B, porém apareceu somente duas vezes. No grupo A das enfermeiras foram percebidos depressão (2), tensão (2) e estresse (2); no grupo B, cansaço (3) e falta

de comunicação (2). As demais manifestações negativas apareceram somente uma vez e estão apresentadas no quadro da síntese de comportamentos e situações observados nas enfermeiras durante o ato cirúrgico (anexo F).

Enquanto estava observando os técnicos de enfermagem, constatei uma situação negativa apontada nas entrevistas por toda a equipe cirúrgica como estressora: o calor. Embora tenha sido observado somente por quatro vezes, o calor da sala causou desconforto nos técnicos que estavam instrumentando, principalmente em duas ocasiões, quando estavam vestindo avental de chumbo por baixo do avental estéril. O comportamento negativo mais observado nos técnicos dos grupos A e B foi a introversão (9). Sem uma frequência representativa apareceu também em ambos os grupos a submissão (3). Outras manifestações negativas também foram observadas isoladamente nos técnicos de enfermagem, como exemplo, a ansiedade nos indivíduos do grupo A e a lentidão no grupo B, porém sem atingir uma quantidade relevante.

Nesta categoria apresentada, constatei que os cirurgiões foram os profissionais que mais apresentaram comportamentos e situações negativas, comparando as demais categorias profissionais. Com os outros profissionais, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem, também foram observados comportamentos e situações negativas, porém, com pouca frequência não permitindo elaborar quadros. Constatei que nos cirurgiões, os comportamentos manifestados como negativos encontrava-se mais no grupo A.

Positivos

Os aspectos positivos, observados no grupo dos cirurgiões, são descritos a seguir sem a elaboração de um quadro específico, pois foram em pequeno número. Apresentaram-se em maior quantidade entre os sujeitos do grupo B, sendo a calma/tranquilidade (6) e afetividade/carinho (5) as manifestações comportamentais mais observadas. No grupo A o comportamento que se destacou foi o questionamento (3). Como comportamento positivo comum a ambos os grupos dos cirurgiões foi encontrado quietos (4).

O tipo de comportamento observado nos cirurgiões do grupo B confere com as características dos sujeitos com padrão de comportamento tipo B, que são calmos e menos competidores (Almeida-Santos, 1994).

Nos anestesistas foram observados, em quantidade representativa, os seguintes comportamentos positivos comuns aos grupos A e B: agilidade/rapidez (7) e interesse (5). Também foi observado entre os dois grupos, porém em menor quantidade, o espírito acadêmico e científico (4), combinando com o perfil do hospital escola e dos comportamentos encontrados na categoria *inerentes à profissão*. Os anestesistas do grupo A não tiveram um comportamento positivo marcante do grupo, tendo sido observados alguns comportamentos isolados como, por exemplo, determinação (2). No grupo B, a qualidade calmo/ tranqüilo (9) foi muito significativa pelo número de ocorrências, tendo sido observada em 3 sujeitos. Nesse mesmo grupo ainda observei auxílio (3), bom relacionamento (3) e opina (3).

Quadro 24 – Comportamentos e situações *positivos* mais freqüentemente observados no grupo dos anestesistas, durante o ato cirúrgico.

Grupo B	Grupos A+B
Calmo/tranqüilo	Agilidade/rapidez
Auxílio	Interesse
Bom relacionamento	-----
Opina	-----

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos anestesistas. Porto Alegre, 2002.

O único comportamento positivo comum entre as enfermeiras dos grupos A e B, observado em quantidade representativa, foi a colaboração (11). Identifiquei, ainda, o apoio psicológico (4) dado a algum profissional da equipe, mas em número não representativo para o grupo de oito profissionais. No grupo A, a única característica positiva observada em número significativo foi a agilidade (3), e no B somente foram observadas situações positivas individuais (vide quadro completo no anexo F), não justificando a elaboração de um quadro dos comportamentos e situações positivos no grupo de enfermeiras.

Nos grupos A e B dos técnicos de enfermagem observei como comportamento positivo comum a rapidez (5). A música (4) também apareceu como situação positiva comum durante a observação. Nos técnicos de enfermagem do grupo B foram

observados calma/tranqüila (5), educação (5) e afetividade (4). No grupo A, a única manifestação que se repetiu foi o perfeccionismo (2), sendo pouco significativa.

Quadro 25 – Comportamentos e situações *positivos* mais freqüentemente observados no grupo dos técnicos de enfermagem, durante o ato cirúrgico.

Grupo B	Grupos A+B
Calmo - tranqüilo	Agilidade - Rapidez
Educação	-----
Afetividade	-----

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos técnicos de enfermagem. Porto Alegre, 2002.

Comparando as observações realizadas em todos os grupos, observei como comportamentos positivos comuns entre eles a calma/tranqüilidade e a afetividade nos sujeitos pertencentes ao grupo B. A calma/tranqüilidade foi observada nos grupos dos cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem e a afetividade nos cirurgiões e técnicos. A agilidade também apareceu nos anestesistas, enfermeiras e técnicos, porém em grupos de comportamentos distintos. Os profissionais que trabalham na sala cirúrgica devem ser dinâmicos e possuir agilidade e rapidez, pois esse é o perfil exigido dos trabalhadores. Por conseguinte, embora a agilidade seja uma característica do padrão de comportamento tipo A, provavelmente pela exigência da atividade desenvolvida ela tenha aparecido em ambos os grupos, A e B.

Descontração

A categoria *descontração* se fez presente em todas as categorias profissionais, porém não tão marcante quanto as anteriores. Nesta categoria não analisei separadamente os profissionais, pois os dados foram em pequeno número e repetitivos.

Constatai, através dos quadros completos (anexo F), que os cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem manifestaram descontração durante algum período do ato cirúrgico. A descontração apareceu igualmente tanto nos sujeitos que pertencem ao grupo A quanto ao B. Essa descontração manifestou-se das mais diversas formas, como falar amenidades, brincadeiras, músicas, descanso, conversas e outras.

Observei mais comportamentos de descontração nos grupos dos cirurgiões e dos anestesistas. As enfermeiras e, principalmente, os técnicos de enfermagem apresentaram menos formas de descontrair. A descontração serve como manejo aos profissionais para aliviar as tensões de um trabalho desgastante e cansativo.

Análise comparativa da práxis

Na categoria *inerentes à profissão* a observação participante permitiu, através das características comuns manifestadas pelos sujeitos, o traçado do perfil comportamental de cada categoria profissional. Verifiquei, através deste perfil traçado, que cada profissional manifesta condutas próprias da função que desempenha.

Desenho a seguir o perfil traçado, através da observação durante o ato cirúrgico, dos profissionais que fazem parte da equipe.

Os cirurgiões apresentaram-se durante a cirurgia concentrados, comandando a equipe, fazendo cobranças, apresentando um grande poder sobre os outros profissionais, compartilharam, algumas vezes, com a equipe e manifestaram respeito.

Os anestesistas durante a cirurgia estiveram atentos, ensinando, explicando, orientando e supervisionando os seus residentes, comandando a anestesia, participando e interagindo com a equipe, controlando e checando tudo que se passa na cirurgia.

As enfermeiras no seu cotidiano auxiliaram e colaboraram com a equipe cirúrgica, administraram o Bloco Cirúrgico supervisionando o pessoal de enfermagem e organizando materiais e equipamentos, coordenaram a equipe de enfermagem, registraram ocorrências, prestaram assistência quando necessário e resolveram problemas dos mais variados.

Os técnicos de enfermagem fizeram a previsão do material usado na cirurgia, mantiveram a sala organizada, ficaram concentrados e com atenção durante a cirurgia, apresentaram domínio e agilidade na execução de suas funções, mostrando coleguismo entre eles.

Os quatro grupos de profissionais do grupo A apresentaram características comuns dos sujeitos com conduta tipo A, reforçando o padrão de comportamento. Os cirurgiões e técnicos de enfermagem pertencentes ao grupo B apresentaram em comum a participação.

Na segunda categoria, *negativos*, os cirurgiões do grupo A foram os profissionais que apresentaram mais aspectos negativos, compatíveis com o padrão de conduta A.

Na terceira categoria, *positivos*, o grupo B destacou-se pelas características comuns calma e tranquilidade manifestada nos cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem e agilidade nos grupo dos anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem.

Na quarta e última categoria denominada *descontração*, observei que os cirurgiões e os anestesistas utilizaram mais esse manejo do que as enfermeiras e técnicos de enfermagem.

Para finalizar, apresento quadros que quantificam o número de vezes que as características de cada categoria foram manifestadas.

Quadro 26 – Quantificação das manifestações observadas nos cirurgiões por categoria.

Grupo Categorias	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B	Total de Características	Total de vezes manifestadas
Inerentes	14	11	10	35	104
Positivos	08	20	02	30	50
Negativos	42	05	03	50	83
Descontração	-----	01	05	06	28

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos cirurgiões. Porto Alegre, 2002.

Quadro 27 – Quantificação das manifestações observadas nos anestesistas por categoria.

Grupo Categorias	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B	Total de Características	Total de vezes manifestadas
Inerentes	9	9	17	35	125
Positivos	10	17	7	34	67
Negativos	15	4	4	23	32
Descontração	1	3	4	8	30

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos anestesistas. Porto Alegre, 2002.

Quadro 28 – Quantificação das manifestações observadas nas enfermeiras por categoria.

Grupo Categorias	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B	Total de Características	Total de vezes manifestadas
Inerentes	13	14	20	47	143
Positivos	10	12	8	30	54
Negativos	16	9	1	26	33
Descontração	1	2	1	4	9

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante das enfermeiras. Porto Alegre, 2002.

Quadro 29 – Quantificação das manifestações observadas nos técnicos de enfermagem por categoria.

Grupo Categorias	Grupo A	Grupo B	Grupos A+B	Total de Características	Total de vezes manifestadas
Inerentes	11	8	15	34	96
Positivos	7	19	3	29	52
Negativos	6	4	5	15	31
Descontração	1	-----	1	2	12

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados na observação participante dos técnicos de enfermagem. Porto Alegre, 2002.

Verifiquei ser a categoria *inerentes à profissão* a que apresentou maior quantidade de manifestações em todas as classes profissionais. Na categoria *negativos*, os cirurgiões foram os que apresentaram um quantitativo maior de manifestações. Na categoria *positivos*, a média de manifestações foi semelhante entre as classes profissionais, porém a que apresentou maior número de manifestações positivas foi a dos anestesistas. Na categoria *descontração*, novamente os anestesistas foram os com maior número de manifestações, enquanto as enfermeiras foram as que menos evidenciaram descontração.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando esta pesquisa, cabe ressaltar alguns aspectos importantes sobre o estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia e, para isso, algumas considerações se fazem necessárias. Ao escolher esse tema para estudo pretendia entender melhor o ambiente de trabalho do Bloco Cirúrgico o qual vivenciei e para o qual dediquei grande parte da minha vida profissional. Queria compreender porque certas situações perturbavam tanto alguns profissionais, provocando reações variadas, enquanto outros não eram afetados.

Percebia no meu cotidiano que essa área crítica, com alta complexidade e exigências, ao mesmo tempo em que seduz os profissionais traz perturbações à saúde física e mental nos trabalhadores. Busquei elucidar para mim e para os outros profissionais que dedicam suas vidas labutando no Bloco Cirúrgico quais são os estressores percebidos pela equipe multiprofissional que atua na sala de cirurgia. Além de identificar esses estressores era também preciso conhecer a percepção dos diversos profissionais que compõe a equipe cirúrgica, para verificar **quais são os estressores comuns e os diferenciados** entre os sujeitos que trabalham neste setor, com formações e interesses diferentes.

Ao identificar os estressores comuns percebidos pela equipe multiprofissional que atua na sala de cirurgia, constatei que as diferentes categorias profissionais estudadas indicaram inúmeros estressores, a todos os profissionais. O estresse poderá decorrer: do relacionamento interpessoal entre os profissionais que trabalham neste setor devido à falta de comprometimento de alguns profissionais; problemas na equipe gerados por conflitos e disputa de poder; do ato cirúrgico propriamente dito, que pode ser desencadeado pelo sangramento descontrolado, situações imprevistas, falta de adequado planejamento cirúrgico e complicações que fogem ao controle da equipe e atrasos. O ambiente também desencadeia o estresse, por ser uma área fechada, pelo barulho ou temperatura ambiental e devido ao material e equipamento sem condições de uso na cirurgia. As incertezas geradas nos profissionais pelas situações desconhecidas ou falta de prática; o comportamento do cirurgião, que vai interferir em toda a equipe; e o risco de morte dos pacientes são outros fatores estressantes. Embora todas as fontes

geradoras sejam importantes na gênese do estresse, o relacionamento interpessoal foi a fonte mais relatada pelos participantes enquanto que o paciente é o que menos gera estresse.

O estresse é percebido de forma individual por cada indivíduo e dependerá do momento e da situação que está sendo vivenciada. Embora o relacionamento interpessoal, ato cirúrgico, ambiente, materiais e equipamentos, incertezas, comportamento do cirurgião e condições do paciente tenham aparecido como estressores comuns para todos os profissionais, nem sempre o motivo desencadeador era o mesmo pois depende das vivências, da percepção do mundo e do grau de responsabilidade técnica que cada profissional estava vivendo naquele momento.

O relacionamento interpessoal foi a subcategoria que mais apontou estressores entre os profissionais, o qual identifiquei como fator muito importante, gerador de estresse nos profissionais que atuam diretamente na cirurgia. Os cirurgiões, os anestesistas e os técnicos de enfermagem que trabalham lado a lado durante o ato cirúrgico apontaram como grande gerador de estresse nesta subcategoria, a equipe desconhecida. Estes profissionais dizem que precisam trabalhar ao lado de pessoas conhecidas, com quem tenham empatia, que conheçam suas manias e, principalmente, que tenham confiança um nos outros, criando um vínculo semelhante ao vínculo familiar. Quando isso não ocorre, a equipe sente insegurança e falta de confiança, desencadeando o estresse. Por outro lado, é bem possível que este estressor não tenha sido percebido pelas enfermeiras porque, como elas mesmas reconheceram nos seus depoimentos, a enfermeira fica do lado de fora do campo cirúrgico.

Ainda ligado ao relacionamento interpessoal, os estressores diferenciados apontados nesta subcategoria pelos profissionais foram: pelos cirurgiões, a aprendizagem; pelos anestesistas, a falta de coleguismo; pelas enfermeiras e técnicos de enfermagem, a falta de reconhecimento profissional e as diferenças individuais.

O ato cirúrgico também apresenta estressores diferenciados entre os profissionais, que foram: os cirurgiões apontaram a abordagem inadequada, intercorrências anestésicas, improvisação, risco de infecção e cirurgias demonstrativas; os anestesistas relataram os aproveitamentos, a intubação, o plano cirúrgico indefinido, o despreparo da equipe, a ausência de pessoal no final da cirurgia, a dinâmica da cirurgia e da Sala de Recuperação Pós-Anestésica; as enfermeiras indicaram como estressores as cirurgias

delicadas e/ou maiores, escala difícil de organizar e falta de pessoal e os técnicos de enfermagem referiram as cirurgias de três tempos, demora do paciente para entrar na sala e da anestesia, exigência de rapidez, ficar muito tempo de pé, início da cirurgia, sede e mal posicionamento da instrumentadora, pressão, sala ou mesa não pronta para o início da cirurgia, uso de avental de chumbo, falta de explicação ao paciente da situação real e emergências.

No ambiente os estressores diferenciados identificados pela equipe foram: para os cirurgiões, as coisas que tiram a concentração da equipe; para os anestesistas, as longas jornadas de trabalho que geram sobrecarga, problemas de horários e pequenas coisas que não funcionam; para as enfermeiras, a agitação, pressa, desconhecimento de rotinas, exigências fora do horário de trabalho e demora dos serviços de apoio para atender os pedidos do Bloco Cirúrgico; e para os técnicos de enfermagem, a bagunça e algumas músicas. Os cirurgiões e anestesistas também apontaram o ambiente estranho.

O material e equipamentos como fonte geradora de estresse apontou os seguintes estressores diferenciados entre os profissionais da equipe: cirurgiões indicaram a falta de previsão de materiais para cirurgia; os anestesistas relataram as pessoas que ficam na frente dos monitores; as enfermeiras indicaram os materiais perdidos; os técnicos de enfermagem e as enfermeiras apontaram as bandejas incompletas.

O comportamento agressivo do cirurgião foi identificado também como fonte geradora de estresse, pois irá interferir em toda a equipe. Foram apontados os seguintes estressores diferenciados nesta subcategoria: para os anestesistas, a maior agressividade do cirurgião, pouca habilidade deste, cirurgião com insegurança em relação ao anestesista, cirurgião que xinga todo o tempo e que apressa o anestesista; para as enfermeiras, a impaciência do cirurgião, a falta de entendimento do cirurgião e a falta de supervisão dos residentes. Já os técnicos de enfermagem percebem como estressor o cirurgião que descarrega na equipe, que estressa a enfermeira, que faz grosserias, que não permite erros, reclamante, insatisfeito e irritado.

As incertezas também foram consideradas como fonte geradora de estresse, porém, não tão valorizada pelos sujeitos. Foram relatados apenas como estressores diferenciados as situações imprevistas pelos cirurgiões, e o medo de derrota, falta de preparo e domínio pelas enfermeiras e técnicos de enfermagem.

O paciente, como na maioria das pesquisas relatadas na literatura, é a fonte que

menos gera estresse nos profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico. Nesta subcategoria os cirurgiões e enfermeiras citaram a falta de condições ou condições precárias dos pacientes e pacientes sem exames.

Lembrando, esta pesquisa partiu do pressuposto de que no conjunto das relações entre ambiente de trabalho *Sensu Lato* e respostas comportamentais ao estresse produzido pelos profissionais que atuam na Sala de Cirurgia podem ser observados padrões comuns a todos e repertórios diferenciados de respostas, segundo suas vivências, sua percepção do mundo e seu grau de responsabilidade, definido aqui por três variáveis: formação profissional, expectativa de desempenho técnico e poder/saber decisório. Procurando entender melhor o estresse gerado no ambiente de trabalho e confirmar ou refutar o pressuposto traçado, foi necessário identificar as respostas comuns e as diferenciadas dos profissionais frente aos estressores que surgem na sala de cirurgia.

Os sujeitos, diante das mesmas situações estressantes vividas diariamente no seu cotidiano de trabalho, apresentaram algumas respostas comuns e outras diferenciadas. Estas respostas podem manifestar-se em nível físico ou psíquico. As manifestações físicas comuns citadas pelos profissionais foram: taquicardia, sudorese, dor (muscular e cefaléia), fadiga, tremores (mão trêmula), hipertensão arterial sistêmica e boca seca. As manifestações físicas diferenciadas referidas pelos profissionais foram: os cirurgiões referiram aumento da frequência respiratória, aumento da taxa de colesterol, perda de apetite, cólica intestinal, sede, respiração ofegante, insônia, cacoetes e sensação paralisante; os anestesistas referiram palidez, pressão nos ouvidos, mal estar e “frio na barriga”; enfermeiras referiram fome, rubor, olhos arregalados, calor, dispnéia, agitação, alteração da voz, sensação paralisante e aumento da diurese; os técnicos de enfermagem referiram insônia e agitação.

As respostas psíquicas mais comuns referidas pelos profissionais foram: tensão, ansiedade, medo, estresse, raiva, tristeza, nervosismo e depressão. Já as respostas diferenciadas foram: para os cirurgiões, frustração, irritação, intranquilidade, chateação, atordoamento e dificuldade de raciocínio; para os anestesistas, alteração do humor, abalo emocional, vontade de gritar, ser ruim e “dá um branco”; as enfermeiras referem ficar desestruturadas, prontas para luta, transtornadas, inseguras, angustiadas, inibidas e com o peito apertado; os técnicos de enfermagem relataram que dá “um nó na garganta”,

preocupação, sufocação, esquecimento e uma sensação insuportável.

O conceito dos padrões de comportamento tipo A e B, utilizados nesta pesquisa, para distribuir os profissionais nos grupos A e B foi identificado no comportamento dos indivíduos. Frente ao estresse vivido na sala de cirurgia, cirurgiões, anestesistas e enfermeiras do grupo A manifestaram agressividade; já os profissionais do grupo B são tranqüilos e tentam contornar as situações utilizando várias formas de enfrentamento do estresse.

Constatei que dependendo do padrão comportamental de cada profissional foi determinado o manejo e as estratégias usadas para o enfrentamento das situações desafiantes ou ameaçadoras, conforme a conotação dada ao fato vivenciado. Se a situação foi percebida como positiva pelo sujeito, este a enfrentou como um desafio; porém, se esta mesma situação se apresentou com uma conotação negativa o sujeito a enfrentou como uma ameaça. Como muitas situações de estresse vividas no ambiente de trabalho são parecidas, foi também importante conhecer como os profissionais, que compartilham de responsabilidades diferentes, manejam os estressores tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo.

Identifiquei que todas as categorias profissionais pesquisadas realizam manejos do estresse utilizando os mesmos recursos: enfrentamento centrado no problema, centrado na emoção, manobras de alívio e/ou desenvolvimento das relações sociais. Os profissionais utilizam mais de uma forma de manejo concomitantemente ou uma única forma isolada.

Os profissionais utilizam, frente a uma situação estressante, alguns manejos comuns centrado no problema: os cirurgiões e técnicos tentam controlar a situação; os anestesistas e enfermeiras tentam resolver o problema; os anestesistas e técnicos de enfermagem organizam; e as enfermeiras e técnicos pedem ajuda. Os manejos centrados no problema diferenciados são: os cirurgiões utilizam a ação, chamam a enfermeira e transferem o problema, concentram-se, comandam, focam e resolvem o problema; os anestesistas reduzem ou procuram eliminar os estressores; as enfermeiras ficam presentes, identificam a causa e solucionam; os técnicos de enfermagem antecipam os pedidos dos cirurgiões, contornam a situação, fazem previsão, sugerem e levam todo o material para a sala.

Encontrei enfrentamentos comuns centrados na emoção entre às enfermeiras

quando utilizam estratégia de despersonalização se retirando da situação estressante e os técnicos de enfermagem quando referem *contar até dez*. Os manejos centrados na emoção foram diferentes entre os profissionais pertencentes aos grupos A e B, por isso é necessário apresentá-los de forma separadas. Profissionais pertencentes ao grupo A apontaram manejos diferenciados, os cirurgiões referiram manifestar agressividade, atitude enérgica, pouca flexibilidade e falar; os anestesistas dizem ter jogo de cintura; as enfermeiras choram, ignoram, não ultrapassam os limites, param e pensam e resgatam o prazer; os técnicos de enfermagem afastam-se, deixam o médico falar sozinho, mantêm a calma e procuram não se estressar. Os manejos centrados na emoção citados somente pelos profissionais pertencentes ao grupo B foram: cirurgiões a flexibilização; os anestesistas as ironias, negação e a não mudança do comportamento; os técnicos de enfermagem manejam com harmonia, mantendo a calma, não demonstrando o nervosismo, não mudando o comportamento, não se abalando e mantendo a tranqüilidade. No manejo centrado na emoção, ficou evidente e notório as diferenças entre os tipos de padrão de comportamento do grupo A e B.

As manobras de alívio comuns foram: entre os cirurgiões, anestesistas e enfermeiras contar piadas; os cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem o lazer; anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem referiram dormir; cirurgiões e anestesistas utilizam o silêncio; os anestesistas e técnicos de enfermagem ouvir música ambiental baixa na sala; e enfermeiras e técnicos de enfermagem costumam brincar, rezar, respirar fundo e comer. Manobras de alívio diferenciadas foram: para os cirurgiões praticar algum esporte, ter hobby, falar menos, fazer profilaxia das brigas e usar profilaticamente remédios para enxaqueca; os anestesistas procuram ambientes silenciosos, chegar mais cedo, conversar com a equipe assuntos amenos, realizar exercícios respiratórios e leitura; enfermeiras citaram comer; e técnicos de enfermagem referiram distrair os cirurgiões e tomar banho.

No manejo do estresse, o desenvolvimento das relações sociais comuns utilizadas pela equipe cirúrgica, foram: entre os cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem apontaram trabalhar com equipe conhecida e manter sempre a mesma equipe; cirurgiões e enfermeiras do grupo B referiram a humildade e compartilhar o problema; cirurgiões e anestesistas, trabalhar com pessoas com empatia; as enfermeiras e técnicos de enfermagem disseram ouvir e conversar. O desenvolvimento das relações sociais

diferenciadas referidas pelos profissionais foram: cirurgiões disseram trabalhar com pessoas comprometidas, colaboradoras e de confiança, desenvolver o bom relacionamento entre a equipe, compartilhar o problema, falar com as chefias e participar de festas com a equipe fora do horário de trabalho. As enfermeiras costumam elogiar; os técnicos de enfermagem adequar o perfil pessoal por cirurgia, ajudar a equipe quando estão estressados, chamar a enfermeira, consultar a equipe antes sobre o material que vão precisar e dividir com algum colega e trabalhar em equipe.

É importante destacar que embora não tenha sido traçado como objetivo, identifiquei em todas as classes profissionais pesquisadas (cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem) prazer em trabalhar no Bloco Cirúrgico. Ao mesmo tempo, o trabalho satisfaz porém apresenta situações perturbadoras aos profissionais, interferindo na práxis do seu cotidiano laboral e produzindo respostas nem sempre condizentes com o prazer, mas sim com sofrimento.

A categoria *responsabilidade e comprometimento* dos profissionais da equipe cirúrgica expressou as formas como cada classe profissional enxerga e percebe as responsabilidades e o comprometimento individual (de cada profissional) e da equipe. Ela emergiu naturalmente das entrevistas, sem haver intenção de investigá-la, trazendo interessantes achados que merecem comentários finais.

Observei que, embora as opiniões das enfermeiras sobre a responsabilidade e o comprometimento da equipe em algumas falas sejam contraditórias, na maioria dos seus depoimentos ficou evidente a opinião de ser a equipe cirúrgica formada por nichos independentes. Não existe a troca de saberes que caracteriza uma equipe interdisciplinar, mas sim uma equipe multiprofissional, onde cada grupo tem poder e interesses diversos, sem uma unidade com poder decisório final. Trabalha-se em grupo, contudo numa configuração autônoma e fragmentada, mantendo-se isolados uns dos outros. Porém, frente a uma ameaça externa eles se unem, passando a atuar circunstancialmente como uma equipe, talvez quase interdisciplinar. Os sujeitos pesquisados acreditam que isso ocorra devido a uma grande heterogeneidade, tanto no campo intelectual quanto no nível sócio-econômico-cultural, entre médicos e enfermagem. Acredito existir, além destas eventuais diferenças, também a falta de compreensão entre os profissionais, principalmente da área médica, no que se refere aos papéis a cumprir dos diferentes profissionais que tem a formação direcionada para executar atribuições inerentes à

profissão escolhida. Também deve ser considerado o receio dos profissionais de negociar no terreno intelectual, o qual é alimentado pelas regras do jogo, determinadas pela instituição.

Ainda na mesma categoria evidenciei que os cirurgiões se consideram mais responsáveis e comprometidos com o paciente e a família do que os outros profissionais da equipe. Eles acreditam ficar mais expostos do que os demais profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico; por isso, manifestam muito medo de serem responsabilizados em processos jurídicos por falhas não provocadas por eles, mas que recairão sobre eles. Também manifestaram sentir-se como os comandantes da equipe, devendo o controle da situação ser, conseqüentemente, deles. Esta crença é compartilhada pelos outros componentes da equipe e, embora verbalizem ser esta uma percepção distorcida, alimentam esse credo, agindo de forma com que o Bloco Cirúrgico gire em volta dos desejos e necessidades dos cirurgiões.

Finalizando, é importante registrar que a grande maioria dos pesquisados, além de ter manifestado satisfação em participar da pesquisa (sentindo-se até mesmo lisonjeados quando escolhidos), foi muito sincera nos seus depoimentos, pois a observação da práxis confirmou o que os sujeitos tinham relatado nas suas entrevistas. Ficou evidente, na observação participante realizada, que cada profissional tem um papel diferente a cumprir e foi preparado para executar funções inerentes à sua profissão. Aparece nitidamente nos quadros gerados das observações participantes que os cirurgiões comandam e cobram muito da equipe, precisando de concentração para executar seu trabalho, tendo um grande poder dentro do Bloco Cirúrgico. Os anestesistas são profissionais com tendência para o ensino, estimulando o aprendizado dos residentes. Eles coordenam e comandam a anestesia tendo sido evidenciado um alto nível de atenção, controle e checagem das situações apresentadas. As enfermeiras confirmaram seu papel mais administrativo, auxiliando, organizando e colaborando para o funcionamento do setor e supervisionando todo o grupo de enfermagem subordinado a elas. Os técnicos de enfermagem preocupam-se com a previsão do material necessário para realizar a cirurgia, são organizados e colaborativos, apresentam domínio, agilidade e segurança nas suas funções e mantêm a atenção e a concentração durante o ato cirúrgico.

É importante lembrar que, sendo esta pesquisa um estudo de caso, os resultados

encontrados são válidos e representativos para esta amostra, podendo, talvez, encontrar semelhanças com outros ambientes de Blocos Cirúrgicos de hospitais universitários que reproduzam regras não escritas semelhantes ao que foi estudado.

Espero de alguma forma contribuir, através desta pesquisa, na melhora da qualidade de vida dos trabalhadores que atuam no Bloco Cirúrgico. Acredito que conhecendo os estressores fica mais fácil trabalhar na prevenção de situações potencialmente geradoras de estresse na equipe. Com certeza, eu mesma já comecei a modificar certas crenças anteriores à pesquisa. Acreditava ser benéfico o estímulo ao rodízio entre os instrumentadores e circulantes, pois permitiria uma maior capacitação em várias áreas cirúrgicas. Hoje já penso diferente, acreditando na importância de manter uma equipe fixa e unida, propiciando a criação de vínculos de confiança e amizade entre a equipe, evitando naturalmente muitas situações de estresse. Vejo essa relação de vínculo salutar no Bloco Cirúrgico, ambiente tão frio e impessoal.

No início desta pesquisa estava ainda atuando como enfermeira desta área, e acredito que este fato tenha contribuído para sua realização, pois os sujeitos me conheciam e tinham respeito e admiração pelo meu trabalho. Percebia as situações vivenciadas diariamente, muitas vezes da mesma forma que era manifestada pelos sujeitos, porém sempre procurando manter minha neutralidade como pesquisadora, não demonstrando minha opinião antes ou durante a entrevista. Após vinte anos vivendo neste cotidiano e sentindo no meu próprio organismo o desgaste do processo de estresse vivenciado, decidi afastar-me da atuação direta e resolvi dedicar-me somente ao ensino, tentando passar para os meus alunos não só o conhecimento adquirido, mas também as vivências sentidas e aprendidas no decorrer destes anos.

Espero que esta pesquisa abra os caminhos para a reflexão da equipe cirúrgica na reavaliação do sistema de trabalho e, talvez pretensiosamente, venha modificar alguns aspectos negativos deste campo, contribuindo para a qualificação do serviço e, principalmente, da saúde física e mental do trabalhador.

ABSTRACT

The surgery room belongs to the Surgical Center, hospital's fundamental area, and where the work is the human life. The professionals of this sector are subjected to high density of technology, organizational rules, facing risk situations and dealing with life and death, generating a stressing environment. In this complex environment, I chose the multiprofessional staff from a big university hospital to make a case study, having as objectives to identify common and different stressors, as well as to recognize answers and individual and collective handling. The data was collected through interviews and participating observation of thirty and two individuals, being eight surgeons, eight anesthetist, eight nurses and eight nursing technicians, and afterwards submitted to content analysis, emerging from interviews six categories: significant stress experience; situations which generates stress; individual conduct in surgery room; management of stress; responsibilities and compromises; and manifestations of behavior. From observation made during surgery, emerged four categories from behavior and situations: profession's inherent; negative; positive; and relax. Although facts related to patients, as death, generate significant experiences, the patient was considered the minor generator of stress among professionals. The interpersonal relations, environment, surgical act, materials and inadequate equipment, surgeon behavior, uncertainties and the patient's condition, are responsible to unleash stress situations, but the most frequent and significant stressors were the interpersonal experiences. The handling used from staff was centered on the problem, on emotion, on handling of relief of developing of social relations. I verified that professional's behavior are alike, and that individuals classified in group A, once they have urgency in time, competition, devotion to work, urgency, ire and hostility present more aggressive behaviors than the ones in group B, that are more reconcilable and calm.

RESUMÉN

El quirófano hace parte del Bloco Quirúrgico, area critica del hospital en el cual el objeto de trabajo es la vida humana. Los profesionales deste sector están submetidos a la alta densidad tecnologica y reglas organizacionales, enfrentando situaciones de riesgo y lidando con la vida y la muerte, generando un ambiente estresante. En este ambiente complejo elegi un equipo multidisciplinario de un hospital universitario de gran porte para realizar un estudio de caso, teniendo como objetivos identificar agentes de estrés comunes e diferenciados, bien como conocer respuestas y manejos individuales y colectivos de los profesionales que actuan en este setor. Los datos fueron colectados a través de entrevistas y observación de treinta y dos sujetos, siendo ocho cirujanos, ocho anestesiólogos, ocho enfermeras y ocho técnicos de enfermería. Las entrevistas transcritas fueron sometidos al análisis de contenido obteniendo-se de las entrevistas seis categorias: vivencias significativas del estrés; situaciones que generan estrés; comportamiento individual en el quirófano; manejo del estrés; responsabilidades y comprometimientos y manifestaciones comportamentales. De la observación realizada durante la operación, surgieron cuatro categorias referente a los comportamientos y situaciones: inherentes a la profesión; negativos; positivos y descontracción. No obstante, intercorrencias con pacientes como la muerte generan vivencias marcantes, el paciente fue considerado el menor generador de estrés en los profesionales. Las relaciones interpersonales, el ambiente, el acto quirúrgico, materiales y equipamientos inadecuados, comportamiento del cirujano, incertidumbres del paciente, són responsables por las situaciones de estrés, pero los estresores mas frecuentes y significativos fueron las relaciones interpersonales. Para el enfrentamiento de las situaciones de estrés, los profesionales utilizan el manejo centrado en el problema, centrado en la emoción, maniobras de alivio y el desarrollo de las relaciones sociales. Verifiqué que los comportamientos de los diferentes profesionales de la equipe en situaciones de estrés son semejantes, y que los individuos clasificados en el grupo A, debido al hecho de presentar urgencia en el tiempo, competitividad, devoción para el trabajo, ira y hostilidad, presentan comportamientos mas agresivos que los pertenecientes al grupo B, que son mas conciliadores y calmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K. **O Gerente e o Estresse**. Traduzido por José Ricardo Brandão Azevedo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

ALMEIDA-SANTOS, O. **Ninguém morre de trabalhar: o mito do estresse**. 2. ed. São Paulo: Textonovo, 1994.

ANDRADE-SILVA, M.D'A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.

BALL, K.A. Lasers. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. Traduzido por Cláudia Lúcia Caetano de Araújo e Ivone Evangelista Cabral; revisão técnica por Ivone Evangelista Cabral. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap. 31, p. 1171-1187.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Traduzido por Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECK, C.L.C. **O Sofrimento do Trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem**. Florianópolis: [s.e.], 2001.

BELAND, I.L.; PASSOS, Y.P. **Enfermagem Clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

BERREMAN A. et al. **Desvendando Máscaras Sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

BIANCHI, E.R.F. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de Centro Cirúrgico e de outras unidades fechadas. **Revista da SOBECC**, São Paulo, Ano 5, n. 4, p. 28-30, out./dez. 2000.

BIANCHI, E.R.F.; SALZANO, S.D.T. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, ed. Especial, jul. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. (Série A: Normas e Manuais Técnicas, n. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1884, de 11 de novembro de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 1994. Seção 1, p. 19523-550.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1997, p. 20.

CAMARGO, L. Estresse laboral é preocupante. **Zero Hora**, Porto Alegre, 30 jul. 1999.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 10. ed. São Paulo: Ática, 1998.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COOMBS, R.H. **Drug-Impaired Professionals**. Harvard: University Press, 1997. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/issues/v279n13/ffull/jbk0401-3.html>. Acesso em: 10 nov. 2001.

CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias Abordagens Atuais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar Epidemiológica e Controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

CRANDALL, R.; PERREWE, P. **Occupational Stress: a handbook**. Washington, DC: Taylor e Francis, 1995.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap.3, p.51-64.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Traduzido por Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

_____. **O fator humano**. Traduzido por Maria Irene Stocco Betiol e Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C.; ABROUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. Coordenação por Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1994.

ELLIS, A. **Humanistic Psychology: the rational-emotive approach**. New York: Julian, 1973.

ELLIS, J.R.; HARTLEY, C.L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. Traduzido por Maria Virgínia Godoy da Silva. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FAURE, G.O. A constituição da interdisciplinaridade. **Revista TB**, Rio de Janeiro, n. 108, p. 61-68, jan./mar. 1992.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLAHERTY, J.A.; DAVIS, J.M.; JANICAK, P.G. **Psiquiatria Diagnóstico e Tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, AL. **Stress e Trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1997.

FREUD, S. Um estudo autobiográfico inibições, sintomas e ansiedade a questão da análise leiga e outros trabalhos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 20, 351 p.

GMELCH, W.H.; SWENT, B. What stress school administrators and how they cope. **American Educational Research Association**, New York, March, 1982.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. Traduzido por João Pedro Stein. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GONZALES, R.M.B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** Florianópolis: [s.e.], 2001.

GUEDES, M.V.C.; FELIX, V.C.; SILVA, L.F. O trabalho no Centro Cirúrgico: Representações Sociais de Enfermeiros. **Nursing**, São Paulo, p. 20-24, jun. 2001.

- HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório 1999**. Porto Alegre, 2000. 66p.
- HOWARD, H.H.; CUNNINGHAM, D.A.; RECHNITZER, R.A. **Rusting out burning out, bowing out**. Toronto: MacMillan Co. of Canada, 1978.
- JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- KAPLAN, H.I. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Traduzido por Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KATZ, S.H. Abertura Bioantropológica: antropologia social/cultural e biológica. In: AMORIN, E.; PIATTELLI-PALMARINI, M. **Para uma Antropologia Fundamental**. São Paulo: Cultrix, 1978.
- KLAMEN, D.L.; DOBLIN, B.H. Estresse: avaliação e redução. In: FLAHERTY, J.A., DAVIS, J.M.; JANICAK, P.G. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KRAHL, M. **Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro no centro cirúrgico**. Passo Fundo: UPF, 2001.
- LAUTERT, L. **O Desgaste Profissional do Enfermeiro**. 1995. 276 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha, 1995.
- _____. 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**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing, 1984.
- _____. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martinez Roca, 1986.

LAZARUS, R.S.; LAUNIER, R. Stress-related transaction between person and environment. In: DERVIN, L.A.; LEWIS, M. **Perspective in International Psychology**. New York: Plenum Press, 1978.

LIMA, E.D.R.P.; CARVALHO, D.V. Estresse Ocupacional Condições Gerais. **Nursing**, São Paulo, Ano 3, n. 22, p.30-34, mar. 2000.

LINCOLN, Y.; GUBA, E.G. **Naturalistic Inquiry**. Beverly Hills: Sage, 1984.

LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.N. **Mitos e Verdades sobre o Stress**. São Paulo: Contexto, 1996.

LIPP, M.E.N.; SASSI, L.C.L.; BATISTA, I.F. Stress ocupacional na equipe cirúrgica. **Cadernos de Pesquisa - NEP**, Campinas, n. 1/2, p. 57-64, 1997.

LIPP, M. **Pesquisas sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. São Paulo: Papyrus, 1996.

LOUZÃ NETO, M.R. et al. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARANHÃO, J.L.S. **O que é a morte**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

MASSARONI, L. Aumenta Diagnóstico de Estresse em Complexos Hospitalares. **Nursing**: revista técnica de enfermagem. São Paulo, n 12, p.5, maio 1999.

MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. Traduzido por Cláudia Lúcia Caetano de Araújo e Ivone Evangelista Cabral; revisão técnica por Ivone Evangelista Cabral. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

MEICHENBAUM, D.; JAREMKO, M. **Stress: reduction and prevention**. New York: Plenum Press, 1983.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

NUNES FILHO, E.P.; BUENO J.R., NARDI A.E. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PARRA, O.M., SAAD, W.A. **Noções Básicas das Técnicas Operatórias**. São Paulo: Atheneu, 1998.

PENICHE, A.C.G.; NUNES, L.M. Estresse-ansiedade do enfermeiro em Sala de Recuperação Anestésica. **Revista da SOBECC**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 19-23, jul./set. 2001.

POLES, C.; BOCCIA, S. **Veja**, São Paulo, p.76-80, 23 fev. 2000.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Traduzido por Regina Machado Garcez; revisão técnica Maria Henriqueta Luce Kruse e Anna Maria Hecker Luz. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PROTEÇÃO. Revista mensal de Saúde e Segurança do Trabalho. Novo Hamburgo: RS, ed. 124. Ano XV. abr. 2002.

RANSOM, J.A. A Reação ao Estresse. In: USDIN, G.; LEWIS, J. **Psiquiatria na Prática Médica**. Traduzido por José Luís Meurer. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

REDFERN, S.M. Mitos e rituais na sala de operação. In: **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 1998.

ROSSI, A.M. **Autocontrole: nova maneira de controlar o estresse**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

SCHIMIDT, I.T. Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 43, n. 98/99, p. 21-33, jan./dez. 1993.

SCHWAB, R.L.; IWANIK, E.F. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burn-out. **Educational Administration Quarterly**, v. 18, n. 1, p. 60-74, 1982.

SELIGMAN-SILVA, E. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ-Cortez, 1994.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

STAKE, R.E. **Investigación com estúdio de casos**. Madrid: Ediciones Morata, 1998.

TALBOTT, J.A.; HALES, R.E., YUDOFKY, S.C. **Tratado de psiquiatria**. Traduzido por Maria Cristina Monteiro Goulart e Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDICH, A.J.; LYMAN, S.M. Qualitative Methods: Their history in Sociology and Anthropology. In: DEZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of Qualitative Research**. Califórnia: Sage Publications, 1994. Cap. 2, p. 23-59.

VILARINO, M.A.M. **A (re)volta da vacina: eficácia e credibilidade social da vacinação contra influenza entre idosos de Porto Alegre**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

USDIN, G.; LEWIS, J. **Psiquiatria na prática médica**. Traduzido por José Luís Meurer. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ZANON, U.; NEVES, J. **Infecções Hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1987.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES

- Relate vivências significativas ocorridas na Sala de Cirurgia.
- Relate conflitos evidenciados na Sala de Cirurgia.
- Como você vivencia o processo de estresse na Sala de Cirurgia?
- Em que situação você percebe-se tenso quando está trabalhando?
- Quando você está diante de uma situação estressante na Sala de Cirurgia, o que você sente?

ESTRESSORES

- Quais são os estressores que você identifica durante sua permanência na Sala de Cirurgia, sem que necessariamente gerem estresse em você?
- Quais são as situações apresentadas na Sala de Cirurgia que geram estresse em você?

RESPOSTAS AO ESTRESSE

- Descreva seu comportamento durante uma cirurgia.
- Quando você está diante de uma situação estressante na Sala de Cirurgia, como você se conduz na sua prática profissional?

MANEJO DOS ESTRESSORES

- Como você maneja os estressores no ambiente de trabalho?
- O que você faz para amenizar o estresse na Sala de Cirurgia?

-
- Gostaria de fazer mais alguma observação?

ANEXO B

FICHA INFORMATIVA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:.....
Idade:..... Sexo:.....
Tem cônjuge? Tem filhos?

2. INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS:

Profissão:.....
Grau de escolaridade:.....
Tempo que trabalha na profissão:.....
Tempo que trabalha na instituição:.....
Tempo que trabalha em Centro Cirúrgico:.....
Outro(s) local(is) de trabalho(s):
Função(ões) desempenhada(s):
Tempo de permanência na(s) função(ões):
Ocupa cargo(s) de chefia ou direção em algum do(s) local(is) de trabalho?

3. Nível Sócio-Econômico:

Renda mensal própria () até 5 salários mínimos () acima de 5 até 10 salários mínimos
() acima de 10 até 15 salários mínimos () acima de 15 até 20 salários mínimos
() mais de 20 salários mínimos. Casa: () alugada () própria
Carro: () sim () não. Modelo..... Ano: Telefone: () sim () não
Outros bens: () sim () não. Descrever:

4. LAZER:

Costuma passar as férias: () serra () litoral () campo () em casa () viajando pelo exterior () viajando pelo Brasil () viajando pelo Estado
Como costuma distrair-se () clube () passeios () viagens () cinema () com amigos () em casa
Descreva outros:
Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando nesta empresa?
() realizando afazeres domésticos; () trabalhando em outro local; () estudando em outro local;
() estudando e/ou lendo livros; () assistindo programas de televisão; () lendo jornais e revistas;
() indo ao cinema/teatro/restaurante; () realizando alguma atividade física;
() outros.

5. RELIGIOSIDADE:

Você frequenta alguma religião: () não; () sim, raramente; () sim, eventualmente;
() sim, regularmente; () tenho fé, porém não frequento nenhuma religião

6. ASSOCIATIVISMO:

Caso você participe de alguma atividade associativa, marque a alternativa correspondente:
() artística; () cultural; () política; () filantrópica; () de classe; () Outras.....
Qual a sua opinião sobre a sua participação neste trabalho?

ANEXO C

ROTEIRO ESPECÍFICO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data: Hora: Sala:
Profissional observado:
Cirurgia: Anestesia:
Início: Término:

Codificação	Situações observadas significativas:
	Manifestações comportamentais observadas:
	Conversas informais que digam respeito ao tema da pesquisa (falas e citações).
	Registros das comunicações não-verbais:
	Observações gerais:

ANEXO D

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicito sua colaboração no sentido de participar da investigação sobre as percepções da equipe multiprofissional sobre o estresse ocupacional na Sala de Operação, a qual constitui o tema de minha dissertação de mestrado.

Os objetivos dessa investigação são o de conhecer as percepções da equipe multiprofissional em relação aos estressores na sala de cirurgia, identificando as respostas apresentadas pelos profissionais, conforme seu grau de responsabilidade, verificando os estressores comuns e diferenciados, bem como compreender o processo de estresse vivenciado pelos participantes, a fim de realizar um diagnóstico interpretativo do manejo dos estressores no ambiente de trabalho.

A primeira fase da investigação constará de uma entrevista semi-estruturada a ser realizada com cada participante da pesquisa; nesse encontro antes da entrevista, o sujeito deverá preencher uma ficha com dados de identificações que servirá para traçar o perfil da amostra pesquisada. Na segunda fase realizarei a observação participante do profissional atuando na sala de cirurgia, a fim de coletar dados através de diário de campo. Na terceira fase, os dados coletados serão transcritos, retornando ao participante para sua avaliação e crítica, antes da divulgação.

No caso se ocorrer algum constrangimento durante a entrevista que afete seu bem-estar ou o comprometa, ou caso ocorrer desconforto em relação à observação durante o procedimento cirúrgico, em qualquer das duas situações, deverá manifestar-se para que a pesquisa seja imediatamente suspensa.

Este estudo pretende trazer como benefício uma maior compreensão do processo de estresse ocorrido nos profissionais no ambiente do Centro Cirúrgico, permitindo, assim, um manejo adequado dos estressores, contribuindo para melhorar as condições de trabalho.

O relatório final será emitido com os resultados para divulgação e conhecimento da instituição, sendo garantido o anonimato dos participantes.

Pelo presente Consentimento Informado, o participante abaixo assinado declara que foi esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que será submetido, dos desconfortos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Foi, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo;
- da segurança de que não será identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar participando.

A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é Rita Catalina Caregnato, professora de enfermagem (fone 3334-2042), tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição hospitalar, no projeto 98320

Nome e assinatura do participante: _____ **Data:**.../.../...

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO E

ESTRESSE OCUPACIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SALA CIRÚRGICA: ESTUDO PILOTO

Rita Catalina Aquino Caregnato¹
Liana Lautert²

INTRODUÇÃO

A equipe multiprofissional que atua na Sala de Cirurgia (SC) está constantemente exposta ao estresse ocupacional no seu cotidiano. Neste ambiente, os profissionais além de lidarem com a vida e a morte do paciente vivem relações de poder/saber entre os sujeitos com diferentes papéis, que se expressam em formas de controle e resistência.

O presente relato apresenta os achados de estudo piloto, no qual são descritas as etapas vivenciadas, produzindo, através das falas dos atores sociais, um conhecimento que subsidiará a realização da Dissertação de Mestrado, ao mesmo tempo em que valida os instrumentos de pesquisa e o método de análise. A intenção ao realizar este estudo piloto foi de averiguar a compreensão do instrumento de pesquisa, no sentido de verificar se era capaz de proporcionar o aprofundamento do tema, abordando aspectos relevantes ao estudo. As perguntas tinham a finalidade de conhecer a opinião dos entrevistados quanto à problemática pesquisada, entre sujeitos de identidade profissional e nível sócio-econômico-cultural diferentes. Pretendia também, além de avaliar se o instrumento era eficaz, constatar se a técnica escolhida para análise das falas seria a mais indicada para alcançar os objetivos da pesquisa. Avaliou-se também a estrutura da ficha informativa.

Este estudo piloto faz parte da primeira etapa da pesquisa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

¹ Mestranda em Enfermagem - UFRGS. Enfermeira especialista em Metodologia do Ensino Superior, Administração Hospitalar e Saúde Pública. Professora graduação e Pós-graduação em Enfermagem - ULBRA/RS.

² Mestre em Educação - PUCRS. Doutor em Psicologia - Universidade Pontifícia de Salamanca. Vice-diretora Escola de Enfermagem - UFRGS. Membro grupo Pesquisa e Pós-graduação - HCPA. Membro Conselho Editorial Revista Gaúcha de Enfermagem.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Avaliar instrumentos idealizados para coleta de dados da pesquisa de Mestrado;
- Verificar se a entrevista semi-estruturada permite aprofundar o tema;
- Testar a técnica escolhida para análise das entrevistas.

METODOLOGIA

Considerando o Bloco Cirúrgico setor onde se encontram diferentes situações socioculturais, acredito que o estudo de caso seja o mais indicado para esta pesquisa porque, através da abordagem qualitativa, permitirá retratar a realidade revelada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, divulgando uma multiplicidade de aspectos globais a partir da interpretação da dimensão simbólica das falas dos sujeitos.

O campo de ação foi o Bloco Cirúrgico de hospital universitário público de grande porte (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA), vinculado à UFRGS, inaugurado em 1971. O Bloco Cirúrgico do HCPA tem 12 salas para atender 13 especialidades cirúrgicas. Realizam-se em média 1.000 cirurgias/mês eletivas, urgências e emergências, médio e grande porte, pacientes ambulatoriais e internados, funcionando 24 h por dia.

Os participantes da pesquisa foram: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A amostra do estudo piloto constituiu-se de três profissionais de formações diferentes, trabalhando no mesmo ambiente, indicados pela pesquisadora, sendo um médico anestesista, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Escolhi trabalhar com sujeitos que na prática diária não se apresentam estressados, acreditando que teriam disponibilidade para participar e discutir sobre a pesquisa, bem como verificando a compreensão das perguntas, proporcionar o aprofundamento do tema.

Um dos instrumentos aplicados foi entrevista semi-estruturada com 13 perguntas. As questões tinham finalidade de conhecer os estressores da SC percebidos pelos entrevistados bem como a forma como manejam estes estressores, individual e coletivamente. Antes do início da entrevista foi fornecido ao participante o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido, discutido e assinado em duas vias, ficando uma com o participante.

Cada sujeito preencheu, também, outro instrumento, denominado ficha informativa, com o objetivo de traçar seu perfil sócio-econômico. Após, iniciou-se a entrevista, sendo conduzida de forma dialógica, evidenciando clareza nas perguntas formuladas.

Para analisar os depoimentos, utilizei análise de conteúdo de Bardin (1977). Primeiro transcrevi as entrevistas. Após, parti para o processo de categorização: realizei classificação e denominação. Então, defini 13 categorias e construí o primeiro mapa transcrevendo todas as entrevistas, possibilitando ver as associações de idéias entre as dimensões. Identificadas, as idéias semelhantes foram agrupadas por semelhança semântica em 12 categorias, permitindo a construção do segundo mapa com os depoimentos transformados e com suas associações correspondentes. Esta segunda classificação permitiu analisar a variedade de idéias e imagens presentes resultando na última categorização e na construção de mapa final com sete categorias.

CATEGORIAS

Os participantes registraram ter gostado de participar do estudo; acharam as perguntas bem elaboradas e um dos entrevistados manifestou-se dizendo: *o estudo do estresse na Sala de Cirurgia é de fundamental importância para o entendimento e controle das reações dos profissionais de saúde frente a situações adversas.*

O material apresentado refere-se às respostas dos três profissionais pesquisados. Os dados que traçam o perfil dos respondentes foram coletados nas fichas informativas. Foram apresentados respectivamente: anestesista, enfermeira e técnica de enfermagem. Idade: 31, 36 e 50 anos. O anestesista, do sexo masculino; as demais do sexo feminino. Todos tinham cônjuge, porém uma delas não tem filhos. Período que trabalham na profissão: 9, 14 e 22 anos, sendo que em Bloco Cirúrgico 5, 10 e 15 anos. Quanto ao tempo na instituição: 2 anos, 1 ano e 7 meses e 2 anos. Os dois profissionais de nível superior trabalham também em outros hospitais, enquanto a técnica de enfermagem só trabalha nesta instituição. Quanto ao nível sócio-econômico, a renda varia entre mais de 20 salários mínimos (SM), entre 15 e 20 SM e até 5 SM. Todos têm carro (Astra 99, Fiat Uno 96 e Escort ano não informado), telefone e casa própria. Somente a enfermeira negou outros bens. Lazer: todos informaram passar férias na serra ou na praia ou viajando pelo Brasil. A maior distração dos três é ir ao cinema. Todos alegam gostar de

ficar em casa descansando. A enfermeira e a técnica relataram mais opções, tais como passeios, viagens, clube, amigos e familiares. O anestesista e a enfermeira quando não estão trabalhando na instituição pesquisada, utilizam o tempo para trabalhar em outro local ou para estudar. Todos informaram que costumam utilizar um tempo para ir ao cinema, restaurante, teatro e fazer leituras variadas. As pesquisadas responderam que no seu tempo livre dedicam-se também aos afazeres domésticos e assistem televisão. Religiosidade: o anestesista e a técnica não freqüentam nenhuma religião; porém, alegam ter fé. Já a enfermeira diz que eventualmente freqüenta. Atividade associativa: o anestesista referiu freqüentar associação de classe e a técnica, associação filantrópica.

Para análise das entrevistas foram definidas inicialmente 13 categorias e construído o primeiro mapa, possibilitando ver as associações de idéias entre as dimensões. Identificadas, as idéias semelhantes foram agrupadas em 12 categorias. Isto permitiu a construção do segundo mapa com os depoimentos transformados e com suas associações correspondentes. Esta segunda classificação permitiu analisar a variedade de idéias e imagens presentes resultando na última categorização e construção de mapa final com sete categorias: 1) Vivências significativas do Estresse; 2) Situações que geram Estresse; 3) Comportamento individual na Sala Cirúrgica; 4) Manifestações do Estresse; 5) Agentes Estressores; 6) Manejo dos Agentes Estressores; 7) Interferência na Vida Pessoal. A seguir são apresentadas as categorias construídas através das relações emergentes dos depoimentos entre os elementos cognitivos, das práticas do cotidiano e dos investimentos afetivos, resultando 7 gráficos.

Na categoria denominada *Vivências Significativas do Estresse* (fig.1) foram identificados dois aspectos marcantes que apareceram repetidamente: a morte e a falta de reconhecimento profissional. Fica evidente pelas entrevistas dos atores que as vivências negativas marcam mais que as positivas. Nesta categoria a falta de reconhecimento profissional aparece marcante nas falas das duas profissionais de enfermagem. O anestesista discute aspectos importantes quanto às vivências significativas. Ele acredita que poucas situações geram estresse porque os profissionais que trabalham na SC estão acostumados com a rotina, passando a desconsiderar ou banalizar as situações que se apresentam.

Figura 1

Morte de Paciente - *Anestesiista / Enfermeira / Técnico Enfermagem*



VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO ESTRESSE



Reconhecimento Profissional - *Enfermeira / Técnico Enfermagem*

Na categoria *situações que geram estresse* (fig. 2), a **falta de resolubilidade**, o **desrespeito**, a **desarmonia (brigas)** na equipe, e a **rejeição** foram as situações mais mencionadas. A **falta de resolubilidade** foi citada em todos discursos. O **desrespeito** foi citado pelo anestesista e pela enfermeira, porém com abordagem diferente. O primeiro referiu-se ao desrespeito com o paciente, como gerador de conflitos, a segunda referiu-se ao desrespeito ao profissional e a rejeição na mesma fala. A **desarmonia na equipe** é citada pelo anestesista e a técnica de enfermagem. A **rejeição** apareceu nos discursos das duas profissionais da área de enfermagem. Embora não tenha aparecido em todos os discursos, a **falta de prática** foi citada pelo anestesista como causa que gera estresse.

Figura 2

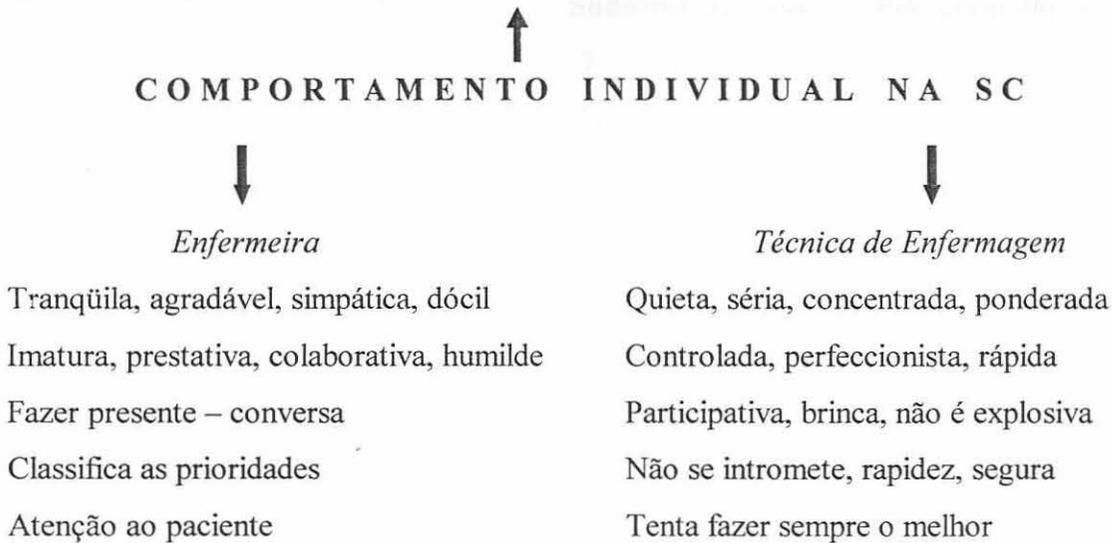
Falta de Resolubilidade - *Anest. /Enf. /Téc. Enf.*



Na categoria denominada *comportamento individual na sala de cirurgia* (fig. 3), os profissionais entrevistados consideraram-se **tranqüilos**, e todos disseram que tentam **resolver** situações de estresse indo ao encontro do resultado. Estas características foram identificadas pelos próprios sujeitos; lembrando, a amostra foi intencional, escolhendo sujeitos aparentemente não estressados que poderiam colaborar com o estudo piloto.

Figura 3

Quieto na indução / Brinca, ri, piadas, ironia na manutenção / Concentrado ao final - *Anestesiista*



Na categoria denominada *manifestações do estresse* (fig. 4), os profissionais as relacionaram com sua **resolubilidade**, isto é, quanto mais resolutivo o profissional consegue ser, menor o estresse que percebe. Todos entrevistados relataram que o estresse aparece através de **manifestações do sistema nervoso autônomo**. O anestesiista diz que apresenta **taquicardia** e um **tremor** fugaz. A enfermeira informa que sente **medo, pavor, fica inibida, insegura, vermelha** e com **calor**. A técnica de enfermagem manifesta seu estresse ficando também **insegura** e apresentando **sudorese** intensa, às vezes, com **taquicardia**. Em toda situação estressante ocorre resposta fisiológica desencadeada pela resposta simpático-medular da supra-renal. Manifestações fisiológicas variam, mas a resposta neuroendócrina é a mesma.

Figura 4



Na quinta categoria, denominada *agentes estressores* (fig. 5), foram identificados fatores comuns e diferenciados, percebidos pelos atores sociais, que geram estresse. Todos apontaram **brigas e problemas relacionados ao material** como agentes estressores. O **ambiente**, a **luminosidade** e o **ar condicionado**, também foram mencionados. O anestesista e a enfermeira citaram a **sala mal iluminada**. A técnica de enfermagem fala do ar condicionado da sala em que trabalha. Outro agente estressor comum identificado pela enfermeira e técnica de enfermagem é a **circulante**. A enfermeira diz que a circulante e a **instrumentadora**, às vezes, são responsáveis por situações de estresse na sala. Como agentes estressores não comuns aos sujeitos, o anestesista citou o **barulho excessivo na sala; despreparo da equipe; longas jornadas de trabalho**. A enfermeira abordou fatores mais administrativos que interferem no gerenciamento da unidade, tais como: **falta de pessoal; atraso da anestesia; atraso do cirurgião; paciente sem condições cirúrgicas e suspensão da cirurgia; o cirurgião; interferências; videolaparoscopias; funcionários; e cirurgia que passa do horário**. A técnica de enfermagem apontou fatores que geram estresse, porém não interferem diretamente na sua pessoa, tais como o **sangramento excessivo no transoperatório e solicitações dos anestesistas**.

Figura 5

Ar condicionado - Iluminação - Material - Brigas - Ambiente - Circulante

Comuns



A G E N T E S E S T R E S S O R E S



Diferenciados

<i>Anestesista</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>Técnica de Enfermagem</i>
Barulho excessivo	Falta de Pessoal	Sangramento excessivo
Despreparo da Equipe	Atraso da anestesia	Solicitações dos anestesistas
Condução da Cirurgia	Atraso da cirurgia	
Desarmonia	Atraso do Cirurgião	
Longas Jornadas de Trabalho	Paciente sem condições	
Relacionamento interpessoal	Suspensão da cirurgia	
	Cirurgião; Videolaparoscopias	

Na sexta categoria, denominada *manejo dos agentes estressores* (fig. 6), identifiquei manejos comuns aos sujeitos. Conduzir situações estressantes de forma **tranqüila**, tentando **resolver** e mantendo a **postura profissional** foi mencionado por todos. **Ouvir música** foi mencionado tanto pelo anestesista como pela técnica de enfermagem. **Conversar** com a pessoa estressada é uma forma de manejo para a enfermagem. O anestesista e a enfermeira tentam **não demonstrar** ansiedade nestas ocasiões. Com certeza, as características individuais interferem no manejo das situações estressantes. O anestesista diz que nestas ocasiões solta **piadas**, faz **ironia**, **jamais entra nas brigas** da equipe, **não atropela etapas** e **não perde a linha**. Ele **coordena**, e **organiza** as situações de estresse. A enfermeira fica **centrada**, **compartilha** os momentos estressantes **pedindo ajuda** e **transferindo responsabilidade** a colegas, deslocando o agente estressor. Tenta **criar soluções** para resolver os problemas com criatividade. A

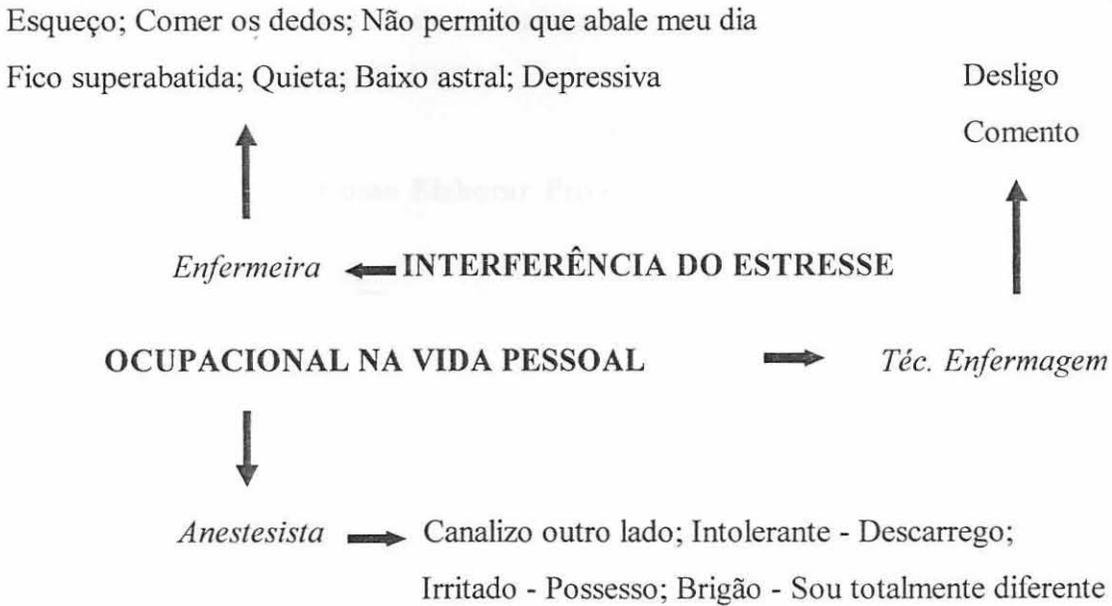
enfermeira e a técnica referem nos seus discursos a importância da **conversa** com as pessoas estressadas. Nas características individuais do manejo dos agentes estressores a técnica de enfermagem diz que sempre tenta **apaziguar** e **amenizar** as situações conflitantes.

Figura 6



Na última categoria, denominada **interferência na vida pessoal** (fig. 7), identifiquei que ao vivenciar uma situação estressante na Sala Cirúrgica, esta interfere diretamente ou indiretamente na vida dos profissionais. Embora a enfermeira e a técnica de enfermagem não se considerem pessoas estressadas, ao vivenciarem uma situação estressante no trabalho, ambas admitiram sentimento comum: disseram que ficam em casa pensando sobre o fato presenciado. A técnica de enfermagem também relatou que fica pensando e fazendo transferências para sua vida pessoal. O anestesista também refere que na vida pessoal ele se comporta diferente.

Figura 7



CONCLUSÃO

Realizar um estudo piloto, antes de iniciar a pesquisa definitiva, é importante para a pesquisa qualitativa. O piloto permite basicamente avaliar os instrumentos idealizados para a coleta de dados e, particularmente neste estudo, evidenciar que a entrevista semi-estruturada permitiu aprofundar o tema abordado. Por ter sido escolhida a abordagem qualitativa para estudar este tema, era fundamental que fosse também testada a técnica escolhida para análise dos depoimentos, pois somente através dela, poderia ter a certeza de alcançar os objetivos da pesquisa. Verifiquei que a técnica de análise escolhida é a mais indicada atendendo as necessidades e objetivos da pesquisa. Quanto à ficha informativa, verifiquei que ela contempla os propósitos do estudo, bem como não houve dificuldade para seu preenchimento. Da mesma forma, o termo de consentimento livre e informado foi considerado claro e objetivo.

Foi de fundamental importância a realização deste piloto, pois ele foi um ensaio representando o que será a pesquisa para a Dissertação de Mestrado.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES OBSERVADOS DURANTE O ATO CIRÚRGICO

CIRURGIÕES			
1. Negativos		2. Inerentes	
8 Ironia	1 Dependência	12 Hierarquia rígida	1 Autoridade
6 Brigas	1 Desligado	11 Concentração	1 Avaliação
6 Indignação	1 Desvio de atenção	10 Comando/ Mando/ Dá ordens	1 Checagem
6 Irritação	1 Esquecimento	8 Cobrança/ Cobra	1 Ciência
3 Agressividade	1 Estresse equipamento	8 Poder	1 Coordenou
3 Cria conflitos/ Tumultua	1 Falta respeito equipe	5 Compartilhar/ Divide	1 Interesse
3 Grita	1 Falta respeito paciente	5 Interação	1 Manteve equilíbrio
3 Impõe Medo	1 Humor oscilante	4 Respeito	1 Mudança conduta
3 Pressa	1 Impaciência	3 Controle	1 Opina
2 Ansiedade	1 Indiferença	3 Exigência	1 Ouvir
2 Descontrole	1 Interferência familiar	3 Rapidez	1 Resolução
2 Discute	1 Introverso	3 Supervisão	1 Revisão
2 Pesquisa viés	1 Julgamento	2 Agiliza/ Agilização	1 Sala fria
2 Pressão	1 Mágoa	2 Ensino/ Educa	1 Se faz presente
2 Provocação	1 Material ruim	2 Fatores estressores	1 Sistematizado
2 Raiva	1 Preocupação horário	2 Observação	
2 Xinga	1 Prestar satisfação	2 Orienta	
1 Abalo	1 Repressão	2 Tempo	
1 Agitação	1 Retração	2 Troca experiência	
1 Ameaça	1 Sangramento		
1 Atraso	1 Sudorese		
1 Culpa	1 Transtornado		
3. Positivos		4. Descontração	
6 Calmo/ Tranquilo	1 Bom relacionamento com paciente	20 Descontração	
5 Afetivo/ Carinho	1 Colaboração	3 Música	
4 Quietos/ Quietos	1 Discreto	2 Brinca/Brincadeira	
3 Questionamento	1 Enfrenta dificuldades	2 Descarrega tensão	
2 Admiração	1 Experiência	2 Liberação ansiedade	
2 Atencioso	1 Franqueza	1 Amenidades	
2 Educação	1 Liberdade	1 Conversas informais	
2 Equilibrado	1 Se faz presente para paciente		
2 Paciência	1 Senta		
1 Aceitação	1 Silêncio		
1 Acessível	1 Simpático		
1 Auxílio	1 Trabalho em equipe		
1 Bom humor	1 União		
1 Bom relacionamento			

GRUPO DE COMPORTAMENTO: ■ A ■ B ■ A + B

QUADRO 2 – SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES OBSERVADOS DURANTE O ATO CIRÚRGICO

ANESTESISTAS			
1. Negativos		2. Inerentes	
4 Preocupado/ Preocupa-se		13 Atento/ Alerta/ Atenção	2 Avalia
2 Ansiedade/ Tenso		11 Coordena/ Ordena/ Comanda/ Determina	2 Dependência hierárquica
2 Ausência		11 Explica/ Educa/ Ensina/ Mostra/ Oportuniza	2 Educação
2 Demora		aprendizado	2 Enfrenta dificuldades
2 Estresse		10 Orienta/ Dá orientação	2 Meticuloso/ Minucioso
2 Revolta silenciosa		8 Interação/ Integra-se/ Interage/ Participa/ Troca idéias	2 Planeja
2 Tempo- estresse/ Tempo		8 Supervisão/ Supervisiona	2 Questionamento/ Questiona
1 Agressividade		7 Controla/ Controlador/ Controle	2 Relação com paciente
1 Barulho		5 Checa/ Confere/ Checagem	2 Segurança
1 Cansaço		4 Cobrança/ Cobra	1 Define
1 Comenta		4 Observa	1 Domínio
1 Discute		3 Acompanha	1 Insight
1 Insegurança		3 Assistência/ Executa técnica	1 Poder
1 Irritado		3 Assume comando	1 Política
1 Isola-se do campo		3 Calcula	1 Previsão
1 Menosprezo		3 Informa-se	1 Quietos
1 Não interage com equipe			1 Ritmo de trabalho
1 Não participa da cirurgia			1 Sem música
1 Pouco contato com paciente			1 Solicita
1 Pressa			1 Temperatura do ambiente
1 Rebeldia			
1 Tenso			
3. Positivos		4. Descontração	
9 Calmo/ Tranquilo/ Tranqüilidade	1 Aceita brincadeira	11 Descontraí/ Descontração	
7 Agiliza/ Ágil/ Ativo/ Rapidez	1 Concentração	7 Conversa/ Comunicação/ Dialoga	
5 Interessado/ Interesse	1 Conformado	4 Música	
4 Acadêmico/ Científico/ Ciência	1 Curiosidade	3 Descansa/ Descanso	
3 Auxilia	1 Dinâmico	2 Brinca	
3 Opina	1 Disponível	1 Colabora	
3 Relaciona-se bem/ Bom relacionamento	1 Educado	1 Desabafo	
2 Aprende	1 Escuta	1 Relaxa	
2 Coleguismo/ Compartilha	1 Exigente		
2 Determinado/ Decidido	1 Firme		
2 Humilde	1 Não se aborrece		
2 Organizado/ Organização	1 Não se envolve		
2 Respeito	1 Não tem resistência		
	1 Negocia		
	1 Obedece		
	1 Paciência		
	1 Persistência		
	1 Posiciona-se		
	1 Prestativo		
	1 Se faz presente		
	1 Tranqüiliza paciente		

GRUPO DE COMPORTAMENTO: ■ A ■ B ■ A + B

QUADRO 3 – SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES OBSERVADOS DURANTE O ATO CIRÚRGICO

ENFERMEIRAS		
1. Negativos	2. Inerentes	
3 Cansaço	11 Auxilia/ Auxílio/ Ajuda/ Colabora	2 Dinâmica
2 Depressiva	10 Administra	2 Encaminhamento/ Encaminha
2 Estresse	10 Supervisiona/ Supervisão	2 Estabelece prioridades
2 Falta comunicação	8 Organiza/ Organização/ Organizada	2 Gerência
2 Insegura/ Insegurança	8 Registra/ Registro	2 Negocia
2 Tensa	8 Responsável	2 Respeito
1 Aborrecida	6 Assistência	1 Admissão
1 Ar condicionado/ Problema	5 Coordena/ Coordenação/ Comando	1 Checa
1 Autocobrança	5 Resolve problemas	1 Compartilha
1 Confusa	4 Comunicação	1 Contesta
1 Contraditória	4 Define/ Determina	1 Cumpre
1 Culpa	4 Interage	1 Dedicada/ Esforçada
1 Desgostosa	4 Mando/ Ordena	1 Disponibilidade
1 Desmotivada	4 Orienta/ Orientação	1 Ética
1 Falta atenção	4 Poder/ Autoridade	1 Evolui
1 Indignação	3 Avalia/ Avaliação	1 Exigência
1 Introversa	3 Cobrada/ Cobrança	1 Intermedia
1 Irritação	3 Delega	1 Materiais
1 Nervosa	2 Agiliza	1 Observação
1 Pouco contato com paciente	2 Burocracia	1 Ouve
1 Precipitada	2 Conhecimento/ Domínio	1 Previsão material
1 Receio do grupo em relação à chefia	2 Controle	1 Providencia sangue
1 Rubor		1 Realiza técnicas
1 Sofrimento		1 Relação com paciente
1 Teimosa		1 Tolerância
3. Positivos		4. Descontração
11 Colabora	1 Disponível	6 Descontração
4 Apoio psicológico/ Apóia	1 Educação	1 Bom humor
3 Agilidade/ Ágil	1 Espiritualidade	1 Brincalhona
3 Gentil	1 Estável	1 Música
3 Solícita	1 Humana	
2 Amável/ Atenciosa	1 Humilde	
2 Bom relacionamento	1 Iniciativa	
2 Educada	1 Limite	
2 Interessada	1 Não demonstra	
2 Simpática	1 Persistente	
1 Acessível	1 Pontualidade	
1 Amiga	1 Sigilosa	
1 Boa vontade	1 Social	
1 Bom humor	1 Solícita	
1 Discreta	1 Trabalhadora	

GRUPO DE COMPORTAMENTO: A B A + B

QUADRO 4 - SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES OBSERVADOS DURANTE O ATO CIRÚRGICO

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	
1. Negativos	2. Inerentes
9 Introversa/ Quieta 4 Calor 3 Submisso/ Servil/ Servir 2 Ansiosa/ Ansiedade 2 Ar condicionado 2 Sangramento 1 Ausência 1 Falante 1 Fatores estressores 1 Ignora 1 Lento 1 Reprimido 1 Rispidez 1 Sudorese	12 Previsão 9 Organizada/ Organização 7 Atenta/ Atenção 6 Concentração 6 Domínio/ Segurança 5 Agiliza/ Ágil 5 Coleguismo/ Colaborativa 4 Comunicação 4 Conhecimento 4 Hierarquia 3 Participa/ Participativa 2 Adaptação/ Ajusta-se a situação 2 Assistência 2 Auxilia 2 Interação 2 Obsessiva/ Minuciosa 2 Orienta 2 Respeito 2 Voz baixa/ Voz alta (tom de voz) 1 Antecipa 1 Apoio 1 Bom relacionamento com equipe 1 Caminha muito 1 Circula 1 Controle 1 Detalhista 1 Estabelece prioridades 1 Limpeza 1 Luz 1 Pontualidade 1 Precisão 1 Resolução de problemas 1 Sincronia 1 Solicita
3. Positivos	4. Descontração
5 Calma/ Tranquila 5 Educada 5 Rápida/ Rapidez 4 Afetiva/ Carinhosa 3 Agrada/ Atenciosa 2 Amável/ Cordial 2 Perfeccionista 2 Tolerância 1 Alívio 1 Amiga 1 Auto-estima 1 Auto-suficiente 1 Corresponde 1 Dinâmica 1 Dócil 1 Eficiente 1 Humilde 1 Jeitosa 1 Maneja ansiedade 1 Objetiva 1 Opina 1 Paciente 1 Prestativa 1 Reconhece erro 1 Reforço 1 Respostas breves 1 Simpática 1 Solícito	11 Descontração 4 Música 1 Relaxamento

GRUPO DE COMPORTAMENTO: A B A + B

estressores que eu tenho, estão relacionados com o resultado final, do que eu vou fazer. (...) se o resultado que eu oferecer para o meu paciente não for bom, aí eu sofro... A8

Pode-se verificar na fala dos sujeitos que estes usaram muitas vezes como sinônimo as palavras ansiedade, tensão e estresse. O limite entre ansiedade e o estresse é muito difícil de se estabelecer (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997), pois em ambos os conceitos existem os estímulos (internos/ externos) e respostas. A diferença entre os dois construtos parece residir na fase de seleção da resposta do sujeito ao estímulo. Enquanto Freud atribui ao ego o desencadeamento dos mecanismos de defesa a fim de proteger-se, na teoria do estresse o sujeito utiliza seu conhecimento e a emoção para avaliar o estímulo, valorando os recursos disponíveis para enfrentar as demandas (Lazarus, Folkman, 1986). Enquanto que Freud voltou-se para o aspecto psicoanalítico, no estresse enfatizou o aspecto cognitivo. Já a tensão é considerada uma reação psicofisiológica mais visível (Usdin, Lewis, 1981).

A abordagem cirúrgica inadequada, intercorrências anestésicas, improvisação, risco de infecção, cirurgias demonstrativas, foram situações apontadas somente pelos cirurgiões como geradoras de estresse. Eles disseram:

... outro nível de tensão (...) é que o plano que não se concretize, quer dizer, ou por uma incapacidade de fazer com que o plano acontecesse, chegar a um determinado momento e achar que aquela estratégia não era a melhor e que poderia ter adotado outra com melhor resultado isso é frustrante, isso fere a nossa prepotência... C6

... o mais estressor é se sentir despreparado para a situação que se apresentou, (...) vou ter que improvisar, isso aí a pessoa se sente muito desprotegida e muito exposta, é aquela coisa, a gente tem que jogar fora dos padrões habituais, acho que essa é a fonte maior de estresse para mim e talvez para outros cirurgiões é ter a responsabilidade de fugir do padrão, e achar uma solução para tratar que não a convencional, (...) eu acho que se sentir despreparado é uma frustração pessoal, é um fator importante de estresse. C6

... o cirurgião ortopédico, ele tem uma coisa contra ele que é a infecção (...) eu fico muito tenso e muito estressado quando eu vejo uma pessoa estranha na sala ou uma instrumentadora que eu não confio (...) e eu tenho que ficar, antenado para ver se alguém não está batendo em alguma coisa que está esterilizada, se o pessoal vai abrir as caixas direito, se ele vai pegar o material direito, porque a qualquer momento pode haver uma contaminação e essa contaminação sempre estoura em infecção, sempre estoura no cirurgião, nem no anestesta, nem ninguém, porque ele vem no teu consultório vai dizer: pó Dr., mas infecção, pensei que não ia ter operando com o Sr; então isso me cria um estresse extremamente grande. C1

... cirurgia demonstrativa (...) é um estresse extremamente grande porque tudo é estranho ao cirurgião... C1

Situações que geram estresse somente nos anestesistas foram: aproveitamentos, intubação, plano cirúrgico indefinido, despreparo da equipe, ausência de pessoal no final da cirurgia e dinâmica da cirurgia e da Sala de Recuperação (SR). O aproveitamento de sala é uma característica própria do hospital em estudo, que é um hospital escola e onde a maioria dos anestesistas que trabalha nas salas cirúrgicas é funcionário contratado, com uma carga horária contratual a cumprir no hospital, finalizando seu horário de trabalho às 19 horas. Após esse horário a maioria deles não é substituída; portanto, após as 19 horas, fora do seu horário de trabalho, essas horas a mais trabalhadas deverão ser negociadas com a chefia para serem transformadas em horas extras ou folgas. Já a carga horária dos cirurgiões é diferente, pois os mesmos são professores vinculados à Universidade, médicos residentes ou cirurgiões contratados com carga horária livre ou que são substituídos no término do seu plantão. As demais situações apontadas pelos anestesistas estão ligadas diretamente às funções e atribuições de sua responsabilidade, como a intubação e o acompanhamento do paciente na SR.

... às vezes tu vai dar o aproveitamento a cirurgia acaba às 10 horas da noite e teu turno acaba às 7 horas, então isso estressa muito; tu fica naquela, se tu vai negar fazer uma cirurgia tu pode sofrer represálias, tanto da parte cirúrgica como do teu chefe, (...) por outro lado tu fica até às 10 horas da noite (...) quem tem filho, quem tem coisa fora, (...) é uma coisa muito ruim, é uma coisa muito estressante... A4

... situações que me geram bastante tensão(...) é no momento da intubação orotraqueal, que às vezes as pessoas tã do lado da gente e não tem consciência que às vezes simplesmente comprimindo um pouquinho a região cervical, comprimindo um pouquinho a epiglote nos facilita um monte numa intubação... A3

... estressa bastante (...) o início da cirurgia, que tu não sabe, por mais que tu faça alguns exames, alguns testes, exame físico, que te revele a dificuldade prévia ou não do paciente, se realmente tu vai ter uma surpresa ou não no ato. (...) uma intubação é sempre o período mais crítico, é o alto, do início do procedimento do estresse e depois no final é a saída, não sabe nunca a maneira do paciente reagir... A7

... tu vê assim não está o professor fazendo nunca a cirurgia, então não está andando, está sangrando,(...) o problema é que é um hospital escola e isso acontece... A4

... isto começa a me gerar ansiedade, ou seja, eu vejo que além da coisa não estar indo para frente, não está progredindo, ao contrário ela ainda até está sendo deletéria, ou seja, um paciente que está sangrando muito, e ninguém sabe coibir o sangramento... A8

... no final da cirurgia um aspecto que me deixa tenso, também às vezes, é que tá tudo bem de repente, todo mundo sai fora da sala; aí quem é que passa o paciente? A3

Também foi falado pelas enfermeiras que qualquer fator que impeça ou prejudique

o funcionamento da cirurgia é considerado por elas como situação geradora de estresse e citaram como exemplo a falta de sangue no Bloco Cirúrgico para transfundir um paciente que está precisando. Na opinião destas profissionais o ato cirúrgico é o momento mais importante do Bloco Cirúrgico. É importante lembrar que embora a formação dos enfermeiros seja direcionada ao cuidado, os profissionais que exercem suas funções no Bloco Cirúrgico assumem muitas atividades administrativas, com a finalidade de proporcionar as melhores condições possíveis para o desenvolvimento do ato cirúrgico tanto para o paciente quanto para a equipe cirúrgica (Guedes, Felix, Silva, 2001). Justifica-se, por isso, quando alguma situação esteja impedindo o bom funcionamento do ato cirúrgico, essa variável desencadeará estresse na profissional. Identifiquei serem as situações que fogem ao controle da enfermeira as que geram estresse nestas profissionais, ficando evidente quando algumas disseram que gera estresse o programa cirúrgico que nem sempre dá certo.

... fatores que stressam são aqueles fatores que impedem que aquele ato cirúrgico ou que aquele procedimento cirúrgico ocorra; aí tem a ver com [tudo] (...) que impede que não se faça (...) não ter sangue, não ter a patologia, (...) não ter funcionário, não ter enfermeira, estressa não ter cobertura, tudo aquilo que impede uma cirurgia. E1

Bianchi e Salzano (1991) em sua pesquisa, contrariando as observações internacionais que descrevem o relacionamento interpessoal como maior estressor apontado pelas enfermeiras de Bloco Cirúrgico, encontraram no seu estudo entre estas enfermeiras que trabalham no Bloco as condições de trabalho como maior gerador de estresse seguido em segundo lugar da coordenação das atividades do setor, o que também evidenciei nesta pesquisa.

... a falta de pessoal ou (...) pouco pessoal gera estresse. E4

... a primeira coisa que me estressa (...) é quando eu chego e têm muitas salas (...) e tenho pouca gente para trabalhar (...) escala difícil de organizar, daí eu começo a me estressar... E4

... se tem cirurgia para começar e não tem funcionário (...) me estressa bastante... E6

... eu acho que me estressa são gritos; são pessoas que não conseguem manter o seu controle, e está tentando jogar para cima de mim o estresse dela; acho que isso me estressa mais, não está valorizando o meu trabalho e tentando jogar para cima de mim, um peso, muito maior do que eu poso suportar. E7

Os técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais citaram situações

exclusivas geradoras de estresse. Quando alguns deles referiram as cirurgias da traumatologia, justificaram como motivo a grande quantidade de material necessário para realizar este tipo de cirurgia, principalmente nos casos de revisão de Prótese Total de Quadril (PTQ).

Considerando que no Bloco Cirúrgico são realizados inúmeros atos cirúrgicos, Lipp, Sassi e Batista (1997) deduzem que os profissionais que fazem parte do procedimento cirúrgico estão constantemente entrando e saindo do processo de estresse.

Ambiente

A subcategoria denominada *ambiente* aparece apontando várias situações geradoras de estresse. O ambiente pode apresentar vários estressores físicos, aqueles agressores que provocam estresse de origem fisiológica, provenientes de uma perturbação direta do indivíduo provocada pelo ambiente imediato.

Araújo (apud Lima, Carvalho, 2000) diz que o Bloco Cirúrgico é um dos setores do hospital em que as características do ambiente bem como do atendimento contribuem para o estresse dos profissionais que lá trabalham. Na pesquisa realizada por Krahl (2001, p. 78), o grupo de enfermeiras por ela pesquisada chegou a conclusão que o ambiente do Bloco Cirúrgico é um *caos organizado*, em que os trabalhadores desta área encontram-se ajustados, porém nem sempre se sentem confortáveis. Albrecht (1988), entre outras variáveis por ele definidas, aponta as variáveis físicas e a carga de trabalho que influenciam o equilíbrio do trabalhador.

França e Rodrigues (1997) consideram, na dimensão social, que os grupos incorporam valores, crenças e expectativas, influenciados pelo ambiente físico. O ambiente no Bloco Cirúrgico é cheio de mitos e ritos, aceitos e compartilhados pelo grupo de trabalhadores, incorporando nestes profissionais valores, crenças e expectativas determinados pelo ambiente.

Os sujeitos desta pesquisa consideram o Bloco Cirúrgico uma área física estressante por natureza. Vários profissionais manifestam sua opinião, muitas vezes justificando. Alguns profissionais definiram o ambiente do Bloco Cirúrgico nos seus depoimentos da seguinte forma:

... eu acho que o ambiente de sala de cirurgia é um ambiente estressante por natureza, porque eu acho que no momento em que tem o paciente ali, que depende de várias pessoas, inclusive em termos de sobrevivência, cirurgia cardíaca a gente às vezes não mede em qualidade, tu mede se saiu vivo ou se não saiu vivo, dependendo do caso... C*

... eu acho que estresse é uma coisa muito desagradável em qualquer local, em sala de operação, até paciente que está correndo risco, também a coisa é muito mais desagradável, é inevitável o estresse na sala de operação, a cirurgia causa estresse, o risco de vida causa estresse... C7

... tudo que é área de confinamento é uma área de estresse maior; porque o bloco cirúrgico, por exemplo, é uma unidade onde não se vê a luz do dia, não se vê sol, não se vê amanhecer e não se vê o anoitecer; então eu acho que isso é um dos fatores primários (...) eu acho que a noção de tempo [se perde] tu não tem um lugar confortável para comer, tu não tem um lugar confortável nem para descansar, tu tens algumas horas vagas, tu não tem lugar adequado para ler, para estudar alguma coisa, para aproveitar o teu tempo então acaba ficando uma coisa meio massivo, entendeu; por isso que eu acho que não dá para se manter durante muitas horas num ambiente assim. A1

... um ambiente cirúrgico ele é estressor por definição, ambiente em que o material de trabalho é o ser humano, e o ser humano anormal, ou o ser humano, vamos dizer, fragilizado, um ser humano doente, ser humano sofrendo, eu acho que é impossível num ambiente em que esse material, esse é o nosso material de trabalho, é impossível que as pessoas por mais tranqüilas que sejam não se sintam estressadas, eu acho que a gente acaba se deixando influenciar pelo sofrimento, pela dor, pela doença, pela morte, e isso é um ambiente muito estressor; (...) mesmo que a gente pinte tudo de cor de rosa, nunca vai deixar de haver o sofrimento, a morte, a doença, o sofrimento da família, os filhos enfim, e a gente acaba se envolvendo e isso é eu acho que é muito estressante. A5

... no bloco cirúrgico, a sala de cirurgia, ela é um ambiente mais carregado, porque tem o paciente que está ali passivo esperando, tem o cirurgião que eu acho que ele tem uma agressividade um pouco maior que já é própria até da especialidade (...) e isso acaba criando um ambiente às vezes, um ambiente difícil, que acaba gerando esse estresse maior... A6

... ser um ambiente totalmente fechado, isso eu acho que é um fator estressor para todo mundo e pode afetar inclusive a mim; tu não sabe se é dia, se é tarde, se é noite, se tem sol, se não tem sol, se está chovendo ou não; isso eu acho que é fator bastante estressante para todo mundo; (...) O ambiente [no BC] é bastante pesado... E3

... o próprio ambiente de centro cirúrgico é super estressante por ser um ambiente fechado, a tendência das pessoas é de serem mais agressivas, isso é uma característica da maioria das pessoas inclusive minha, é um ambiente onde a equipe multiprofissional, seja nós da enfermagem, os médicos, por nós estarmos muito próximos a gente cria um vínculo, uma certa familiaridade e nós nos achamos no direito de nos agredir mutuamente... E3

A5 também argumenta que o ambiente do Bloco Cirúrgico exerce uma ação transformadora em alguns profissionais, vindo ao encontro dos “ritos de inversão” ou da

estratégia de *cope*, ficando claro quando ele diz:

... nós aqui dentro do nosso trabalho conhecemos pessoas que lá fora são extremamente simpáticas e agradáveis e que quando elas entram dentro do bloco cirúrgico, elas sofrem uma transformação muito grande, de caráter inclusive, e passam a se tornar agressivas e logo após encerrado o atendimento aquele paciente, quando o problema foi resolvido, elas retornam aquela condição prévia de tranqüilidade, de amabilidade, mostrando que muitas vezes o ambiente, o meio de trabalho é muito hostil e exerce uma ação transformadora na pessoa e essa pessoa pode ser tanto um anestesista, como uma enfermeira, como um cirurgião, falando apenas em bloco cirúrgico. A5

Esta situação relatada pelo anestesista A5 lembra a estratégia de *cope* que significa enfrentamento. Neste tipo de estratégia o indivíduo ou o grupo, em cumplicidade entre os sujeitos, cria ritos ou regras de funcionamento, escritas ou não escritas, que regulam a equipe. Essas regras são implícitas, aceitas e compactuadas por todos. O rito é um elemento de proteção do grupo sendo, muitas vezes, utilizado no Bloco Cirúrgico pelo cirurgião ou pela equipe cirúrgica.

Lazarus e Folkman (1986) definem o enfrentamento como os esforços cognitivos e de conduta constantemente mutáveis que se desenvolvem para manejar as demandas específicas externas e/ou internas que são avaliadas como excedentes aos recursos do indivíduo.

Devo lembrar que o estresse no trabalho é um estado emocional causado pela discrepância entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-los (Grandjean, 1998). Como o estressor é percebido pelo profissional conforme sua personalidade, as reações geradas, tanto emocionais quanto fisiológicas e comportamentais, poderão ser diferentes. Isto justifica porque certos profissionais podem usar essa forma de enfrentamento perante as situações estressantes.

O senso comum da maioria dos sujeitos pesquisados diz que o Bloco Cirúrgico é uma área estressante por diversos fatores apontados, porém um único cirurgião classificado como do grupo B discorda dessa opinião e disse: *não acho BC estressante*. É importante lembrar que a vulnerabilidade individual e a capacidade prévia de adaptação às situações determinarão a reação e a opinião do indivíduo.

Esta subcategoria mostra várias situações que geram estresse, algumas situações comuns entre os profissionais e outras não. No quadro 7 são apresentadas as situações ambientais que foram citadas pelos sujeitos como geradoras de estresse.

Quadro 7 - Situações ambientais que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Situações ambientais geradoras de estresse
Cirurgiões - Anestesiastas Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Área fechada - Barulho (geral/monitores) Temperatura ambiental
Cirurgiões - Anestesiastas - Enfermeiras	Falta de organização
Cirurgiões - Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Cobrança - Luz do foco Sistema ou política ineficiente
Cirurgiões	Coisas que tiram a concentração
Anestesiastas	Longas jornadas de trabalho (sobrecarga de trabalho) Problemas de horário - Ambiente estranho Pequenas coisas que não funcionam
Enfermeiras	Agitação - Pressa - Desconhecimento de rotinas Exigências fora do horário de trabalho Demora dos serviços de apoio para atender os pedidos do BC, tais como laboratório, patologia, banco de sangue e RX
Técnicos de enfermagem	Bagunça e algumas músicas

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Foi justificado que o sistema ineficiente da instituição por vezes impede que o paciente seja atendido por falta de leito ou por qualquer pretexto que suspenda a cirurgia. A política institucional referida pelos técnicos teve um outro enfoque. Eles se referiram à política repressora, que sufoca muitas vezes os funcionários; como exemplo citaram a possibilidade de sair mais cedo em alguns setores e compensar estas horas, enquanto no Bloco Cirúrgico isto é proibido. Por isso, eles acreditam que a política é ineficiente, pois serve para uns e não serve para outros na mesma instituição.

Os anestesistas disseram que o ambiente exerce uma ação transformadora nas pessoas e classificaram o Bloco Cirúrgico como um ambiente difícil, mais carregado, hostil, massivo e desconfortável. As enfermeiras também disseram que o ambiente do Bloco Cirúrgico é pesado, estressante e muito grande. Os técnicos de enfermagem também definiram o ambiente do Bloco Cirúrgico como estressante e tenso, e disseram que julgam ser este mais tenso que a CTI.

As condições de trabalho são consideradas por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) como sendo o ambiente físico, químico e biológico, e os autores dizem que estas condições afetam a saúde do corpo do trabalhador, enquanto que a organização irá

interferir na saúde da mente.

Grandjean (1998) diz que o ambiente físico determinado pelo barulho, iluminação inadequada, salas muito pequenas e clima não adequado, podem ser considerados fatores estressores. Seligmann-Silva (1994), aponta como condições específicas de trabalho aquelas vinculadas aos aspectos físicos e químicos que irão interferir na saúde mental dos trabalhadores. A mesma autora define que a condição ambiental é onde se exerce a atividade, incluindo o espaço físico, como os materiais e implementos usados. Ela lembra que prejuízos orgânicos podem ser produzidos pela temperatura, iluminação inadequada, gases e substâncias tóxicas, ocasionando algum grau de distúrbio psicofisiológico no trabalhador (id., 1994). A seguir descrevo depoimentos de situações ambientais comuns, de barulho e temperatura ambiental, citados por todos os profissionais:

... não gosto de barulho quando a cirurgia está no ponto principal, nem conversa, nem música, até pode ter a música, eu não estou nem ligado na música, não pode ter aquele ruído de fundo que existe no começo da cirurgia, no final, que várias pessoas estão na sala, (...) a gente sente quando numa sala está num momento de cirurgia mais importante, no tempo principal, no termo cirúrgico, no tempo principal de cirurgia em que as coisas ficam mais quietas, com certeza. C8

... barulho na sala, é uma coisa que gera estresse, até pode não parecer mas aquela sala agitada de certa forma é um fator estressor (...) uma sala excessivamente barulhenta é uma sala estressante. A2

... barulho na sala de cirurgia é uma coisa que não combina comigo, eu não gosto, barulho de monitores, também, que é uma coisa que com o tempo, (...) vai nos afetando bastante, barulho dos monitores é uma coisa que me deixa bastante preocupado... A3

... outra coisa que gera estresse na sala (...) são os barulhos: é coisa que cai no chão, aparelho que alarma (...), oxímetro, monitor que os caras deixam com o alarme muito alto, acho que isso gera bastante estresse também; (...) outra coisa: aspirador gera barulho muito alto incomodando... A6

... acho que o barulho na sala (...) acaba criando um ambiente tenso. (...) Eu acho que se a sala é muito fria ou muito quente, ela acaba, com um número de horas, especialmente em coisas, em cirurgias prolongadas, ela acaba levando um grau de irritabilidade. A1

... barulho na sala de cirurgia; o ruído é uma coisa desagradável; quando a gente está operando um paciente (...) tu precisa de silêncio, tu precisa de concentração; então, conversa na sala de cirurgia é uma coisa desagradável e irritante; todo mundo já sabe que a gente gosta de silêncio, mas eventualmente aquilo ali vira um salão de festas. (...) eventualmente uma conversa durante a sala de cirurgia, até eu participo de conversas quando monitorizada essa conversa, controlada, não me atrapalha... C4

... barulho na sala, uma coisa que gera estresse, até pode não parecer mas aquela sala agitada de certa forma é um fator estressor... A3

... o som muito alto é um fator estressor, não que eu acho que a música, bem pelo contrário, ela é relaxante, mas quando está demais, com volume excessivo aí é um fator estressor o barulho em si, seja de serra, seja de balde arrastando, isso é uma coisa que perturba, barulho de qualquer espécie, alto, se é um barulho assim contínuo tipo uma música não, acho que é ao contrário; agora se é um barulho que surge e desaparece de repente, é mais estressor (...) as conversas tipo temas descabidas, tipo aquelas piadinhas excessivas ou então aquelas conversas tipo que os homens geralmente vão falando de mulher. A7

Seligmann-Silva (1994) diz que o barulho desencadeia efeitos sobre o humor do trabalhador, podendo ocasionar irritação e exacerbando a ansiedade.

... se tu está desconfortável é óbvio que isso interfere com humores e obviamente com a ansiedade, o conforto fundamentalmente de ar, de calor, frio, isso é uma coisa que interfere... C3

... quando fica a sala muito abafada, é uma coisa que também deixa um ambiente de estresse. C5

... o calor é muito ruim, é uma coisa intolerável, às vezes o sistema não funciona, as salas são interligadas, falha o sistema e fica calor, eu acho que é estressor (...) os fatores ambientais em geral de condições, de luminosidade, de temperaturas de ambiente, um foco cirúrgico ruim... C6

... estressa a equipe a temperatura da sala, nós estamos preocupados com o bem-estar do paciente que estamos anestesiando, não queremos que o paciente saia da sala de cirurgia hipotérmico e pedimos para que a temperatura da sala suba um pouquinho, e quando isso acontece o cirurgião reclama porque ele fica desconfortável, então deixamos a temperatura da sala um pouquinho mais baixa aí a gente se preocupa porque o paciente pode ficar hipotérmico. A3

... ar condicionado estressa; é impossível trabalhar se o ar não está em condições, em boas condições... E2

Seligmann-Silva (1994) afirma que o calor, além de provocar irritação e tensão, diminui a capacidade de concentração e atenção, aumentando o risco de acidente. No caso dos cirurgiões este aspecto é muito relevante, pois além de provocar as reações citadas pela autora anteriormente citada, também existe o risco do seu suor pingar no campo cirúrgico e ser considerado um corpo estranho, podendo desencadear uma infecção no paciente. Acredito ser esta a razão para os cirurgiões valorizarem mais este aspecto do que os outros profissionais.

Os cirurgiões, anestesistas e enfermeiras identificaram a falta de organização como uma situação ambiental comum entre eles geradora de estresse. Exemplifico com um depoimento de cada categoria profissional:

... falta de organização, fica difícil tu exigir (...) uma cirurgia grande (...) precisa material (...) então é complicado... C2

... o que eu percebo [como estressor] (...) é a falta de organização... A3

... um fator muito estressante [também são] (...) as coisas desorganizadas... E3

A luz e o sistema ineficiente foram citados pelos cirurgiões, enfermeiras e técnicos de enfermagem como situações ambientais que geram estresse. É interessante que nenhum anestesista citou a luz, com certeza porque não interfere diretamente no seu trabalho. O cirurgião precisa uma boa luz para operar e, se esta não estiver bem disponibilizada, irá cobrar dos técnicos de enfermagem (circulante e instrumentadora) e das enfermeiras. Além do foco da sala é importante lembrar que o Bloco Cirúrgico é uma área fechada com iluminação artificial, fazendo com que os profissionais muitas vezes percam a noção do tempo. Quando questionados sobre situações que geram estresse os cirurgiões a seguir e uma enfermeira responderam:

... os fatores ambientais em geral de condições de luminosidade, (...) um foco cirúrgico ruim (...), uma sala que não esteja excessivamente iluminada, fora do ambiente, a gente fica meio cegado acho que esses são fatores [de estresse]. C6

... que mais que me causa estresse? A luz, é um dos problemas importantes dentro da sala de cirurgia; hoje do jeito que a gente está no bloco a gente tem mais luz no corredor central do que dentro da sala; a situação do ar condicionado, e todo o montante que é o desenvolvimento da sala de cirurgia (...) tem muita coisa. E1

... essa é uma situação de estresse, quando não me oferecem as coisas que eu preciso para realizar, seja do ponto de vista anestésico, seja do ponto de vista de infra estrutura, essa é uma situação de estresse clara, tu não [estas] (...) permitindo desenvolver o que eu preciso desenvolver a contento, seja por falta de qualidade, ou por espera ou por isso ou por aquilo, essas são as situações de estresse. C3

Somente os cirurgiões indicaram situações que interferem na sua concentração como fatores geradores de estresse.

... e o que a gente vê é que muitas vezes coisas externas que ocorrem, que a gente está tão fixo no ato cirúrgico que não liga para coisas que estão acontecendo ao redor, mas eu acho que isso às vezes, por exemplo, atrapalha, por exemplo, salas que têm vidro em volta e aí chega uma moça bonita e começa a olhar a cirurgia pelo vidro, e faz barulho, e as pessoas que estão lá dentro começam olhar para a moça que está lá fora, isso perde a concentração, eu como cirurgião, isso tudo me atrapalha, ou o telefone que toca e quer saber informações que não têm nada que ver com a cirurgia, sobre plantão de um auxiliar ou de um anestesista, acho que tudo isso aumenta extremamente o estresse do cirurgião porque ele sente a perda do comando que outros fiozinhos estão sendo puxados que não os fiozinhos da cirurgia. C1

As longas jornadas de trabalho, geradoras de sobrecarga de trabalho, bem como

problemas de horário e pequenas coisas que não funcionam são situações que geram estresse somente nos anestesistas. Jornadas de trabalho prolongadas estão mais do que provadas por pesquisas como provocadoras de cansaço e fadiga crônica, levando o profissional muitas vezes à exaustão (Seligmann-Silva, 1994).

... eu tenho hábito por mim, quando eu acho que eu já estou muito esgotado, eu mesmo, espontaneamente, eu passo o meu plantão ou eu passo uma cirurgia, eu procuro controlar isso mesmo, mas certamente que chega num limite que tu não vai mais, por ex. já cheguei a fazer 36 horas de anestesia ininterruptas, mas certamente isso não é recomendável, não é bom para ti nem para o paciente; então, a sobrecarga de trabalho também é sempre uma coisa ruim... A2

Saber qual é a carga de trabalho individualmente suportada é muito difícil porque implicaria quantificar algo subjetivo, pois a carga de trabalho é constituída por um conjunto de esforços físicos, cognitivos e psicoafetivos desenvolvidos pelos indivíduos a fim de atender às exigências das tarefas. Além disso, é evidente que cada trabalhador tem suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais próprias devendo ser respeitadas (Seligmann-Silva, 1994).

... plantão e trabalhar a noite toda; embora as coisas darem certo tu fica chateado: pô que plantão sacal, poderia ter dado uma dormida e trabalhei a noite toda; por outro lado a gente sabe que vem aqui e está sujeito a isso, então tu acaba se conformando; mas isso é uma coisa que cansa, que deixa estressado, de repente vai para casa, vai descansar, não está naquele humor que estaria se tivesse passado a noite dormindo; mas tu sabe, faz plantão já sabe como é que funcionam as coisas. A6

As longas jornadas de trabalho dos profissionais que trabalham na saúde, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cada dia são mais sobrecarregadas, têm sido apontadas como fatores desencadeadores de estresse. O sistema cada vez mais competitivo e a queda dos rendimentos têm feito vários trabalhadores desta área enfrentarem 80 a 100 horas semanais de trabalho. Muitas vezes a jornada de trabalho atinge o absurdo de 48 horas consecutivas. Como esses profissionais precisam ser o espelho para seus pacientes, pela posição que ocupam na sociedade, eles contêm ao máximo suas demonstrações de cansaço e fraquezas, tornando-os vulneráveis ao estresse típico da profissão (Proteção, 2002).

... quando existe uma atividade repetitiva por muitas horas tu acaba ficando tenso; eu, de preferência tento não fazer, apesar de fazer, plantão de 18 horas, eu mudo de atividade, porque a noite passa uma coisa, no outro dia as outras 6 horas que eu sigo, eu trabalho na sala de recuperação (...) então, assim o nível de atividade fica menos cansativo; agora a repetição do trabalho ela é uma coisa extremamente detestante. Eu

acho que as jornadas longas de trabalho é por questões até de necessidade de trabalho, trabalho num hospital e trabalho em outro, é uma questão financeira... A1

... o nosso trabalho dentro da especialidade, que é uma especialidade já com características já estressantes [pela] própria conotação do nosso trabalho... A3

As enfermeiras entre outras situações geradoras de estresse referiram também as exigências fora do horário de trabalho e demora dos serviços de apoio.

... um outro fator que eu acho muito estressante dentro do centro cirúrgico, principalmente aqui do hospital, é a exigência da tua pessoa fora do teu horário de trabalho, para fazer cursos que às vezes tu não tem interesse, treinamentos para outras pessoas, na realidade se exige uma dedicação quase que exclusiva, (...) a chefia considerava que tu deveria ser uma pessoa totalmente disponível quando a tua carga horária é de 6 horas e não de 12 horas diárias; então, eu acho que isso para mim é uma coisa que estressa muito, eu não gosto que disponham da minha vida, do jeito que querem, eu sou dona dela... E3

... me causa estresse a atenção que o nosso serviço de apoio respondem; então, temos o banco de sangue, temos o laboratório para resultado dos exames, temos o resultado da patologia, o raio x, todos esses serviços de apoio, e quando a gente está na sala, a gente está no momento da cirurgia, que é o momento mais importante, esse é um tempo nobre, ninguém consegue entender a espera e a demora (...) as pessoas então da área administrativa, por mais que elas tentem, tem gente que lida como se fosse apenas um papel, e não é um papel, porque no momento que o paciente está anestesiado não é um papel. Então seriam todas aquelas áreas de apoio, desde a secretaria até, por exemplo, o paciente pode estar na sala e ser Unimed (...) e não ter direito a um Portovac e ele está usando um Portovac, isso vai dar um galho imenso; então todas aquelas áreas de apoio, aí entra o pessoal da higienização, o pessoal da central de material, (...) a não esterilização do equipamento não encontrar alguma coisa causa um transtorno do tamanho de um bonde... E1

Todas as variáveis apontadas pelos sujeitos referentes ao ambiente fragilizam a vida do trabalhador da equipe cirúrgica, causando exaustão física e sofrimento psicológico, induzindo o profissional, muitas vezes, a desenvolver estratégias para adaptar-se ao ambiente.

Material e equipamento inadequados

O *material e equipamento inadequados* também foram apontados como fatores que geram estresse, sendo denominados como subcategoria dentro da categoria *situações que geram estresse*. Os fatores comuns a todas as categorias profissionais foram os equipamentos e materiais que não funcionam ou que funcionam inadequadamente durante a cirurgia (por exemplo, o aspirador ou o vídeo), uso de materiais inadequados ou ruins, falta de material e equipamentos.

Guedes, Felix e Silva (2001) evidenciaram que o trabalho dos enfermeiros no Bloco Cirúrgico está mais voltado em prover condições materiais e de infra-estrutura para a realização dos procedimentos cirúrgicos, sendo este foco muito importante e considerado pelas autoras o centro das atenções destes enfermeiros. Nesta pesquisa esta subcategoria também aparece muito valorizada pelas enfermeiras, seguida dos técnicos e cirurgiões, que são os profissionais diretamente ligados à utilização de instrumentais e equipamentos durante o transoperatório. Quando ocorre um problema com o material ou nos equipamentos usados durante a cirurgia, o problema é percebido por quem está em campo, ou seja, o cirurgião e a instrumentadora, mas a responsabilidade de resolver o problema passa para a enfermeira. Os anestesistas também citaram aspectos relacionados a esta subcategoria, mas não a valorizaram tanto quanto os demais profissionais.

Algumas categorias profissionais têm a mesma opinião referente a determinados fatores geradores de estresse. Apresento no quadro 8 as situações relativas a materiais e equipamentos inadequados geradores de estresse na equipe cirúrgica.

Quadro 8 – Situações relativas a materiais e equipamentos inadequados que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Situações geradoras de estresse
Cirurgiões – Anestesistas - Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Material estragado e deficiente Falta de material
Cirurgiões Enfermeiras	Falhas no Centro de Materiais e Esterilização Material não estéril
Cirurgiões Técnicos de enfermagem	Demora da entrega do material necessário para o procedimento no momento da cirurgia
Enfermeiras – Técnicos de enfermagem	Bandejas incompletas
Cirurgiões	Falta de previsão do material para cirurgia
Anestesistas	Pessoas na frente dos aparelhos (monitores)
Enfermeiras	Materiais perdidos

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

A falta de material e o uso de material estragado ou deficiente são considerados por todas as categorias profissionais pesquisadas situações que geram estresse. Apresento alguns depoimentos que ilustram esta subcategoria.

... isso para o cirurgião é ruim, quando ele vê, por exemplo, aspirador não está funcionando porque entupiu direto onde o cirurgião está usando, (...) o oxigênio que não

está entrando na serra ou ar comprimido; então todas essas coisas são extremamente tensionais... C1

... falta de material, o equipamento que não funciona bem, por exemplo, eletrocautério, é uma situação que eu já tive, de estar operando uma pessoa muito conhecida e eu fazendo uma cirurgia e quando o eletrocautério não funcionou eu tive que ficar esperando meia hora até que trocassem; foi uma coisa que me deixou um pouco estressado. C5

... a cirurgia é como mecânica, é muito difícil tentar consertar um carro sem ter a ferramenta certa, às vezes a cirurgia também é, não é por implicância, mas também não é porque a lâmina do bisturi, da pinça, é um pouquinho mais longa ou a outra que tenha dente ou não, e naquele momento aquilo que, pelo menos para quem está fazendo passa a ser de extrema importância, a coisa mais importante do mundo naquele momento é ter determinado material... C6

... está faltando um fio, está faltando uma sonda, está faltando alguma coisa que se imagina (...) é a coisa que não está funcionando adequadamente, acho que tudo isso traz estresse, tudo isso traz uma situação de muita tensão dentro da sala... C7

... eu peço um material eu quero que ele seja muito preciso, eu quero um laringoscópio que funcione, se eu precisar trocar um tubo eu quero uma sonda que aspire bem, um aspirador que funcione, esses fatores são fatores que realmente, tem que funcionar. A1

... a falta de material é um fator que estressa tanto cirurgião como anestesista, a falta de recursos de uma forma geral, tanto da parte da anestesia como da própria cirurgia... A2

... preciso de um equipamento que funcione adequadamente, se não funcionar eu quero a troca do equipamento... A3

... aparelhos de anestesia novos eram para facilitar a vida, mas todos eles tem um pega ratão, então tu não consegue fazer as coisas funcionar, tu tem que fazer um cursinho (...) para aprender a mexer numa coisa que deveria facilitar a tua vida, e cada vez que tu entra numa cirurgia (...) tu vê uma coisa escapando, que não funciona (...) então tu tem que brigar com alguém para conseguir fazer funcionar porque o paciente está ali ficando roxo na tua frente, tem que chamar alguém (...) aparelhos de anestesia, que não funcionam geram estresse. A4

... quando um aparelho falha, principalmente quando a gente tem anestesia geral que depende essencialmente do aparelho, quando dá uma pane tipo o monitor começa a ter interferência ou simplesmente não funciona, isso são pequenos estresses, situações que já aumentam a nossa ansiedade; então, se a gente não tenta resolver logo de início acho que o estresse vai só crescendo. A7

... por não ter o instrumental ou por não encontrar o instrumental, isso me estressa... E1

... a falta de material ou o material inadequado ou estragado me deixa tensa... E4

... me afeta diretamente quando não tem um material, (...) começa aquela correria e cadê o material e ou então montaram errado ou é o material da vídeo que está quebrado ou está sujo e tem cirurgia, isso me afeta diretamente porque eu sei que é tempo de anestesia que o paciente está usando e que demonstra um pouco do nosso lado, um pouco da nossa competência, nós eu digo porque é a enfermagem, não é minha, não fui eu que fiz aquilo, mas alguém da enfermagem fez aquilo; então isso me afeta. E5

O CME, setor responsável pelo preparo do material usado nas cirurgias, muitas vezes apresenta problemas que repercutem diretamente no Bloco Cirúrgico. Este fato foi citado pelos cirurgiões e enfermeiras, pois o cirurgião pede o material e, se não tiver, ele exige que a enfermeira providencie, passando todo o seu estresse e o problema para que a enfermeira resolva.

... se eu estou vendo que falta material e que eu já sei de ante mão que está faltando material, e sei que a cirurgia vai começar e sei que é um professor que vai operar e ele vai querer aquele material e que eu tire de onde tirar e que ele queira, isso sim me estressa bastante. E6

... já vi cirurgiões ficarem muito estressados por essa falta de material e culparem a enfermeira responsável, as enfermeiras, como se elas fossem as culpadas... C5

... gera estresse, com as situações da cirurgia, falta isso, falta aquilo, (...) material não esterilizou a tempo... E2

... falta de material, fica aquela coisa que todo mundo corre e eles querem o material e tu não acha ou não tem ou foi para o centro de material e não se sabe onde está, isso são situações muito ruins... E6

A falta de previsão de material rotineiro para cirurgia foi outra situação geradora de estresse, sendo levantada somente pelos cirurgiões, pois eles sentem diretamente a falta de materiais no transoperatório e muitas vezes ficam parados esperando o material que já deveria estar na sala.

... é extremamente irritante, isso irrita porque tenciona, então a previsão das coisas, a gente faz determinado tipo de cirurgia há anos, se faz com determinado tipo de instrumental, e a gente já tem uma previsão de que aquilo automaticamente vai acontecer, então daqui a pouco está no transoperatório e tu pede o material tal, e não tem, tem que buscar então quebra o galho com alguma coisa (...) extremamente irritante para quem está fazendo a cirurgia, (...) o material que é sempre usado deveria estar na sala, se não está na mesa deveria estar muito acessível e não a 50m de distância, e são as coisas às vezes muito simples e depois de algum tempo não se admite mais esquecimento, é uma coisa repetitiva, a lua do cirurgião pode mudar, mas o material não muda muito, tem que ser aquelas coisas que têm que estar ali, então essa parte irrita, estressa, tira o humor, a cirurgia está andando bem daqui a pouquinho tem que esperar cinco minutos porque tal coisa não está na sala... C6

Esta subcategoria, denominada de *material e equipamento inadequado*, pode ser relacionada a uma das condições citadas por Grandjean (1998), a exigência do trabalho. Quando as exigências do trabalho não são atendidas existe uma tendência de sobrecarga e, em consequência, no sentido de estresse. Estas exigências são determinadas pela carga de trabalho e pela atenção estabelecida, gerada pelos prazos, que podem constituir fator essencial de estresse.

Comportamento do cirurgião

O *comportamento do cirurgião* é outra subcategoria da categoria *situações que geram estresse*. Nos depoimentos dos sujeitos aparece este aspecto muitas vezes citado, até mesmo pelos próprios cirurgiões, como uma das situações geradoras de estresse. Por este motivo, não discuti este aspecto dentro da subcategoria *relacionamento interpessoal*, mas sim resolvi criar uma subcategoria própria para esta característica, considerada tão importante pelos sujeitos como situação geradora de estresse da equipe.

Os próprios cirurgiões reconhecem que são geradores de estresse na equipe, e disseram que quanto mais moço menos seguro e mais *agressivo* é o cirurgião. Eles apontaram características do comportamento do cirurgião geradoras de estresse: perfeccionista, muito exigente, irritado e com perda de controle. Os pesquisados disseram que o temperamento do cirurgião depende do momento.

Os cirurgiões disseram não gostar da *espera e demora*. Portanto, em uma situação em que tenham que esperar a liberação de uma sala ou a demora de um material, isto será considerado uma situação geradora de estresse. Ficou evidente nas falas que *depende dos outros* é considerado pelos cirurgiões uma situação que gera estresse.

Nesta subcategoria algumas características comuns desencadeiam estresse entre os profissionais; são apresentadas no quadro 9, a seguir.

Quadro 9 – Situações relacionadas ao comportamento do cirurgião que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Situações que geram estresse
Anestesistas – Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Gritos
Anestesistas – Enfermeiras	Descontrole do cirurgião
Anestesistas	Cirurgião com maior agressividade Cirurgião com pouca habilidade Cirurgião que mostra insegurança no anestesista Cirurgião que xinga o tempo todo Cirurgião apressando o anestesista
Enfermeiras	Impaciência - Falta de entendimento do cirurgião Falta de supervisão dos residentes
Técnicos de enfermagem	Descarrega na equipe - Estressa a enfermeira Faz grosserias - Não permite erros Reclamante, insatisfeito e irritado

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Uma enfermeira disse ser o cirurgião responsável por 80% do estresse gerado no Bloco Cirúrgico, pois este é deflagrado por ele e repercute em todos. Algumas vezes ele enlouquece sozinho não “contaminando” a equipe. Referindo-se ao cirurgião a mesma enfermeira disse:

... a partir do momento que ele perde algum controle sobre o que ele está fazendo, ele começa a tentar jogar isso para fora, extravasar (...) então, a enfermeira recebe, antes de perceber o risco, ela recebe os gritos, o que fica mais difícil de assimilar, a gente já fica achando: que homem grosso, o cara não consegue nem falar, mas também entender o cirurgião a todo momento é um sacrifício, hercúleo, da gente ter que ficar sempre entendendo e colocando panos quentes... E7

É importante considerar as diferenças individuais dos profissionais para a percepção dos estressores, pois as diferentes respostas individuais ou grupais podem variar tanto qualitativa como quantitativamente. O profissional avaliará o momento vivenciado e fará o reconhecimento da situação, baseado em experiências passadas, determinando a forma dele perceber o estresse e de que maneira irá enfrentá-lo. Cada profissional dará um significado diferente para a mesma situação, tendo a responsabilidade de identificar se o acontecimento provocou o estresse, pois um mesmo fator estressante pode ser motivo de grande alegria para uma pessoa enquanto para outra, causa de muito sofrimento e doença (França, Rodrigues, 1997). As situações vivenciadas como estressantes irão afetar de forma diferente o equilíbrio do profissional, pois cada indivíduo tem um grau de adaptação diverso, dependendo de sua experiência prévia em manejar essas demandas (em determinado momento), do reajuste (conforme nível de adaptação), do tipo, número, intensidade e duração do agressor. Um cirurgião do grupo B percebeu este aspecto e disse:

... depende muito dos momentos, os fatores estressores vão depender muito disso, do momento, da pessoa, eu acho também (...) que o dia anterior é importante, a semana anterior, o semestre anterior, o ano anterior... C8

... se botar algumas gotas com conta gotas dentro de um copo, o copo pode estar mais cheio ou menos cheio, dependendo do que você vivenciou ontem, na semana, no mês ou de como está sendo aquele ano, de quem morreu, de quem não morreu, do que aconteceu, do que não aconteceu, então todas essas imbricações tudo isso influencia o estresse de cirurgia, por isso que eu acho que depende da situação e o momento para se poder fazer respostas mais pormenorizadas, eu estou generalizando bastante e te colocando assim o cirurgião como capitão do navio, eu acho que todas as coisas podem influenciá-lo... C8

Talbott, Hales e Yudofsky (1992, p. 447) lembram a existência de muitos fatores

exercendo papel fundamental na determinação da reação que o indivíduo experimentará após deparar-se com uma situação estressante. *Estes fatores incluem a intensidade ou gravidade do estresse, a qualidade do sistema de apoio disponível ao indivíduo e sua vulnerabilidade.*

... o estresse eu acho dentro da sala cirúrgica depende também muito das pessoas que estão ali dentro, se são pessoas que já tem um temperamento já estressado, angustiado como a gente vê com residentes, quando são residentes tranquilos então tu também é, mas se tem um residente muito estressado ele transmite muito esse estresse para todos os componentes da sala... C5

...quanto mais jovem é o cirurgião mais estressado, menos seguro ele está e mais agressivo ele é; quando a gente vai ficando mais velho a gente vai ficando mais tolerante com os outros... C7

... o cirurgião se estressa quando ele não consegue resolver o problema cirúrgico, especialmente cirurgião que tem pouca habilidade, que é uma desgraça; então, eu acho que ali ele se estressa e acaba estressando todo mundo na volta porque aí ele começa a botar defeito em tudo e tudo fica ruim. A1

Outro aspecto importante a ser analisado é que os estressores corriqueiros do dia-a-dia são considerados como os maiores responsáveis pelos danos físico-psíquicos causados pelo estresse, ganhando até das ocorrências de grandes eventos na vida (Massaroni, 1999). Lipp e Guevara (1994) valorizam os pequenos aborrecimentos do dia a dia, pois referem que estes possuem um efeito cumulativo no organismo. Portanto, ao avaliar este aspecto, acredito que a convivência diária no local de trabalho com pessoas que criam situações de estresse gera um desgaste mental provocado pelo estresse vivenciado. De alguma forma, consciente ou inconsciente, os sujeitos pesquisados percebem este fato e expressam suas opiniões nas suas falas dizendo:

... se tu tem um cirurgião competente dentro de uma sala de cirurgia isso é um fator ansiogênico para todo mundo, se tu tem alguém muito lento dentro de uma sala de cirurgia, isso é um fator ansiogênico para todo mundo, se tu tem alguém muito irritado dentro de uma sala de cirurgia isso é um fator ansiogênico, se tu tem alguém com fama de muito irritado obviamente é um fator ansiogênico para todo mundo, se tu tem alguém muito perfeccionista também é um fator ansiogênico, todas essas coisas, as pessoas já entram com medo do que pode acontecer, do que vai acontecer ou enfim, isso são fatores ansiogênicos para o grupo sem dúvida nenhuma, digamos o inverso da medalha. C3

... fator estressor é chefe de serviço muito exigente, cobrando muito dos residentes... C7

Fica evidente a relação feita pelos sujeitos entre o comportamento do cirurgião

agressivo e o surgimento de situação geradora de estresse na sala de cirurgia. Os profissionais abordam o efeito “cascata”, isto é, o comportamento agressivo e estressado do cirurgião vai permeando em toda a equipe, havendo uma “contaminação”.

... o cirurgião fica xingando o instrumentador toda hora; eu acho que isso aí gera estresse em toda equipe cirúrgica, anestésica na sala de cirurgia... A6

... o cirurgião ele vem ao bloco dentro de um espaço de tempo que ele já considera pré determinado, espaço esse no qual ele pretende resolver o seu problema e do seu paciente, na medida que ele encontrar obstáculos para a realização daquele ato, naquele momento em que ele deseja, ele passa a ficar extremamente ansioso e ele passa a, vamos dizer assim, conflitar com as pessoas que o circundam: anestesista e enfermagem. A5

... acho que o cirurgião pedindo coisas sem parar, isso eu acho que estressa ou então xingando, tratando mal, aquela verborria, acho que isso aí estressa bastante eu noto que aí tem gente que até treme (...) também cirurgião em cima apressando, é uma coisa estressante para mim... A7

... é uma coisa que me causa bastante estresse, quando eles começam a gritar demais por nada, entende, porque isso irrita, tu tá vendo que eles tão gritando porque tão gritando, eles gostam de gritar mas isso também é ruim... E6

A falta de confiança entre os profissionais apareceu bastante como importante estressor; também nesta subcategoria ele foi novamente citado como importante nos depoimentos dos sujeitos.

... o cirurgião eu acho que ele se irrita quando ele tem alguém trabalhando e ele não se sente seguro com o anestesista que ele tem (...) e isso acontece freqüentemente acho que ele fica tenso e irritado, eu percebo isso... A1

Para Beck (apud Krahl, 2001), o médico é o coordenador do processo de trabalho uma vez que é ele que faz o diagnóstico e escolhe o tipo de tratamento. Krahl (2001, p.69) refere-se ao cirurgião como *totem, ou seja, a imagem do sagrado, que deve ser reverenciado e servido, pois dá-se a entender que todas as tarefas executadas devem servir a este*. A mesma autora continua, dizendo que tudo no Bloco Cirúrgico gira ao redor do cirurgião, sendo a partir do seu comportamento, dos seus desejos e necessidades que as coisas acontecem e não como deveria ser, em função do paciente. Portanto, essa afirmação da autora é fortalecida pelos achados desta pesquisa, que confirmam o comportamento do cirurgião como determinante na formação de situações que geram estresse em toda a equipe.

Incertezas

A subcategoria denominada *incertezas* aponta alguns fatores comuns e outros diferenciados geradores de estresse nos profissionais da equipe cirúrgica. A incerteza do desconhecido foi o fator mais apontado pelos sujeitos. Inegavelmente o desconhecido causa medo nas pessoas. Dejours (1992) afirma que o medo encontra-se presente em todos os tipos de ocupações. Sendo os profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico responsáveis pela vida e pelo bem-estar dos pacientes, condição esta de sobrecarga do estresse (Grandjean,1998), é evidente que todas as situações desconhecidas causarão incertezas por medo de não atender às exigências do trabalho. As incertezas indicadas pelos profissionais que fazem parte da equipe são mostradas no quadro 10.

Quadro 10 – Incertezas que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Incertezas que geram estresse
Cirurgiões - Anestesiastas - Enfermeiras	Desconhecido - Falta de prática
Cirurgiões - Enfermeiras – Técnicos de enfermagem	Insegurança
Enfermeiras – Técnicos de enfermagem	Falta de resolubilidade do cirurgião na cirurgia
Cirurgiões	Imprevisto
Enfermeiras	Medo da derrota – Falta de preparo e domínio

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

O desconhecido e a falta de prática são as incertezas mais freqüentes e mais citadas entre quase todos os profissionais pesquisados. Algumas falas exemplificam essas incertezas:

... os ambientes desconhecidos, ir fazer a anestesia em lugares que tu nunca foi, isso é uma coisa que gera estresse em mim e acho que para a grande maioria. A2

... o desconhecido é que é mais estressante; por isso se fores conversar com vários anestesiastas eles vão dizer que não gostam muito de fazer obstetrícia, porque obstetrícia é sempre desconhecido, é aquilo que vai chegar de última hora, que tu não sabe o que é, pode ser bom como pode ser muito ruim (...) quando o paciente é desconhecido, é o fato do desconhecido, de desconhecer o hospital, de desconhecer o cirurgião, de desconhecer... isso é fator estressor também de todas as partes. A3

... estressante para mim também dentro do centro cirúrgico, fora dos limites da sala de cirurgia, é a gente nunca saber o que pode pintar aqui na porta do bloco, de como a

coisa está muito calma daqui a pouco tu estás recebendo um paciente que sequer tu sabia que vinha para o centro cirúrgico; então, a gente não estando preparada, o estresse aumenta bem mais, sem saber até o que tu vai pegar, se tu tem sala, se não tem sala, tu tem equipe, se tu tem instrumental. E3

... desconhecimento das rotinas, das manias da própria equipe, isso também é um fator estressante, porque se tu conhece a pessoa com quem tu vai trabalhar, tu já pode antecipar algumas solicitações ou não precisa nem ser solicitação, de repente estas vendo a criatura com problema e tu já sugere sem que a pessoa venha a dizer que tu estas te metendo no procedimento cirúrgico, que isso também pode acontecer. E3

... fatores estressores [são as]... pessoas que não estão preparadas para fazer certos tipos de cirurgias que se propõem a fazer, principalmente em horário onde eles não têm cobertura de alguém que possa resolver os problemas que surjam para eles... C7

... eu acho que estresse, ele vai ser maior conforme a insegurança da pessoa com relação aquele caso que vai ser atendido; eu acho que se a pessoa tem absoluta segurança, no que ele vai fazer, ele não se estressa; eu não me estresso em fazer uma mama, uma axila, um abdômen, [mas se] a enfermeira me dá uma notícia que tem um paciente chocado que está para subir para sala, quer dizer, isso é uma situação de estresse, [porque] eu não conheço o paciente não sei o que ele tem ... C2

... quando eu não sei alguma coisa eu fico bem estressada, quando me pedem alguma coisa: aonde é que está tal coisa assim e eu deveria saber e eu não sei, eu fico estressada, eu fico me cobrando e isso me gera estresse, a falta de conhecimento de alguma coisa, a gente está sempre aprendendo, eu não sei tudo, não sei mesmo, e deveria saber mais até; me cobro... E2

... as intercorrências com o próprio paciente e eu não estar preparada para atender isso, (...) não sabia onde estava o material, como atender, o que fazer... E3

... entrar numa situação que eu não estou preparada para aquilo ali eu acho que isso também me deixa tensa, em estresse. E4

Um outro aspecto extremamente relevante citado por um cirurgião foi a incerteza do que pode ocorrer no futuro, visto que atualmente a profissão médica está sendo visada por qualquer erro ocorrido. Essa incerteza é responsável por criar situações que geram estresse nos profissionais.

... hoje em dia, tudo é culpa de médico, isso causa mais estresse, o médico tem que estar muito mais bem treinado e ainda tem esse medo de sair dali e ser processado por um familiar que não entendeu bem o que ele fez, uma cirurgia feita da melhor maneira possível, isso tudo traz uma carga grande de estresse... C7

Condições do paciente

A última subcategoria da categoria *situações que geram estresse* foi denominada *condições do paciente*. Nela aparecem situações comuns e diferenciadas relacionadas ao

paciente geradoras de estresse nos profissionais, sendo apresentadas no quadro 11. Alguns sujeitos pesquisados disseram, nas suas entrevistas, ser o paciente o que menos estressa o profissional, não concordando, portanto, que as condições do paciente gerem estresse negativo, em forma de sofrimento psíquico-físico do profissional, mas sim desencadeia estresse positivo.

Os anestesistas discordam dos cirurgiões e das enfermeiras quanto à gravidade do caso e dizem que o paciente grave é um desafio gerando um estresse positivo. A única situação diferenciada apontada pelos anestesistas foi o risco de seqüela. Alguns depoimentos exemplificam essa forma de pensar e sentir.

... a patologia do paciente é o que menos estressa na sala cirúrgica, mesmo que o paciente seja grave, porque tu faz o que tu tem que fazer, tu procura fazer rápido, dá um estresse mas é uma coisa positiva, que tu estás fazendo uma coisa construtiva, tu fica taquicárdica, tu fica suada, tu fica ativo, tu fica dinâmico, sabe, porque o estresse é uma coisa boa, eu acho, tanto é, que dá uma gratificação depois... A4

... o paciente quanto mais grave, é uma questão de costume entendeu; por ex.: eu estou acostumado a anestesiar pacientes da cirurgia cardíaca que são pacientes relativamente graves; então, isso não é uma coisa que me gera estresse porque quando eu vou fazer anestesia para cirurgia eu já sei o que eu vou encontrar lá... A2

... com o paciente normalmente em cirurgias que a gente conhece eu não me sinto tenso com o paciente, nem complicado (...). O paciente em si, situações com o paciente não me deixam tenso. A1

Outros profissionais apontaram situações geradoras de estresse relacionadas ao paciente determinantes de sofrimento no trabalhador, já apresentadas e analisadas na primeira categoria (*vivências significativas do estresse*), citando a morte e a gravidade do caso como situações que deixaram marcas profundas.

... eu tenho medo de perder um paciente, e aqui dentro do nosso hospital nós por uma condição típica do hospital de Clínicas, há uma drenagem muito grande de pacientes graves, pacientes idosos, pacientes com patologias graves, então eu diria que nós temos tudo para ter complicações graves transoperatórias e eu tenho medo, eu confesso que nessas situações eu me sinto muito estressado, eu diria que essa é a situação que me estressa mais (...) um óbito, ou então, se não um óbito, uma complicação com repercussão definitiva no paciente com uma seqüela, muito grave, resultante do meu trabalho ou até não só do meu, resultante do trabalho da nossa equipe(...) eu tenho isso uma coisa que me dá bastante ansiedade e estresse, eu diria que é a maior situação de estresse para mim. A5

... o que mais me afeta, é o risco da perda de um ser humano, por mais doente que seja, nós fomos treinados para salvar vidas, nós fomos treinados para resolver os problemas das pessoas que vem nos procurar, então na medida em que a gente não consegue sucesso nisso e portanto a gente sofre uma derrota, a idéia de ser derrotado me estressa

... muito, então, esse é o fator mais importante: a frustração profissional... A5

... quando a cirurgia é complicada e quando as condições clínicas do paciente estão muito precárias, isso me deixa muito estressado; é uma outra situação de estresse. C5

... a gravidade do caso do paciente, é estressante. C7

No quadro 11 apresento as condições dos pacientes geradoras de estresse na equipe comuns aos grupos A e B.

Quadro 11 – Condições dos pacientes que geram estresse na equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Condições dos pacientes que geram estresse
Cirurgiões - Anestesiastas - Enfermeiras	Risco de morte
Cirurgiões – Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Gravidade do caso
Cirurgiões Enfermeiras	Falta de condições Condições precárias de saúde e sem exames

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Reações imprevistas no paciente foi apontada como condição geradora de estresse apenas pelos cirurgiões. Pacientes *mal preparados, crianças, pacientes de alto risco e em PCR* foram condições indicadas somente pelas enfermeiras como geradoras de estresse. Também foi citado por elas que a *alta rotatividade* dos pacientes lhes causa estresse.

... [o estresse] tem a ver com pacientes que não estão bem preparados... E1

... eu me percebo tensa com pacientes com mais alto risco, em primeiro lugar, paciente que tem que ser entubado acordado, quando chega uma urgência, crianças, cirurgias mais delicadas, cirurgias maiores, eu fico bastante tensa, mesmo não vendo nada na hora, tudo transcorrendo bem, mesmo assim eu fico tensa. E2

... quando o paciente é mais grave me deixa mais tensa, (...) me deixa tensa logo no início mas é mais rápido de passar porque (...) é uma coisa mais fácil de resolver... E4

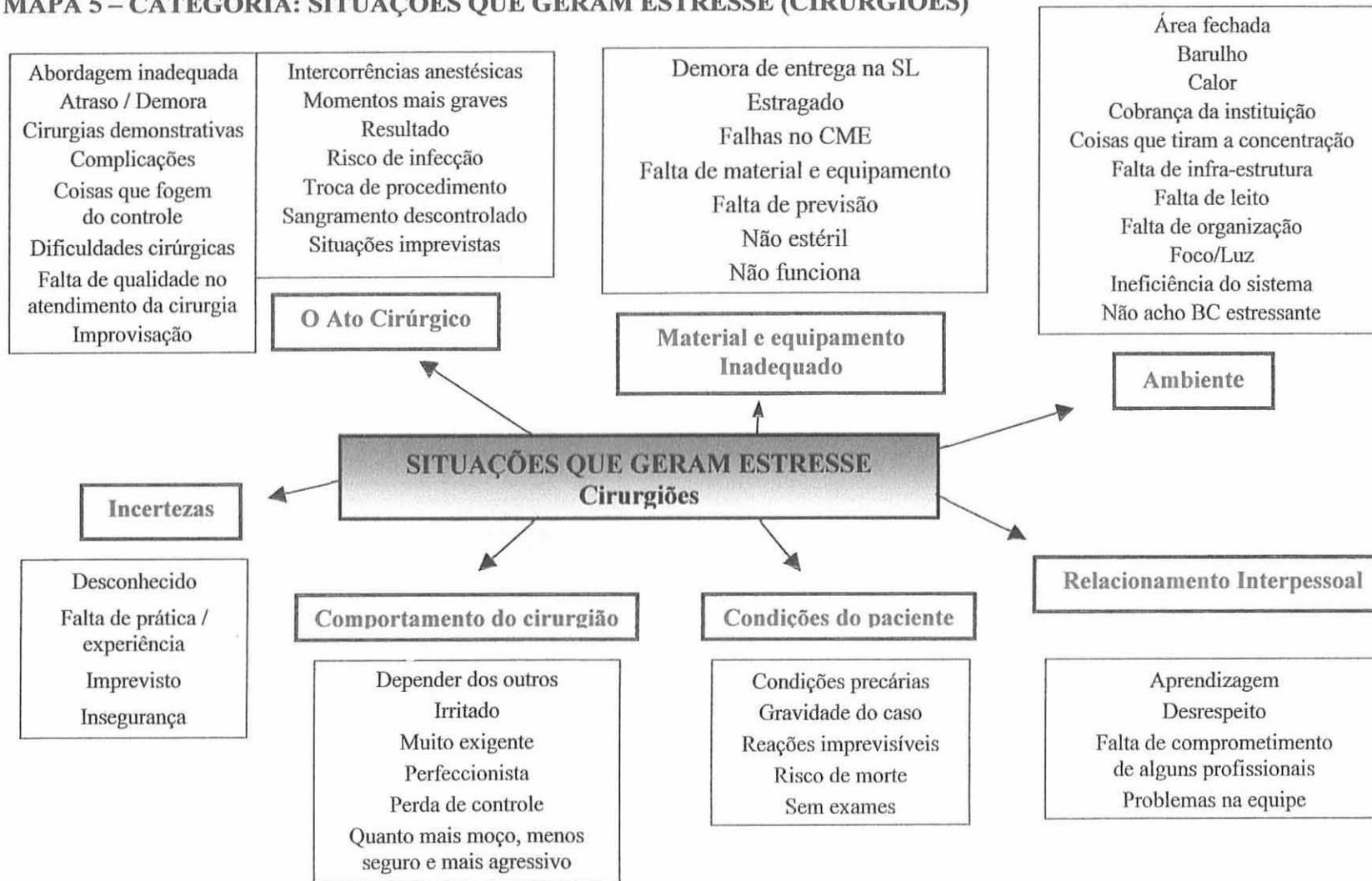
... numa situação de emergência, eu fico muito tensa (...) paciente está muito mal... E6

... a parada, é muito difícil, é uma coisa que realmente estressa qualquer um. E2

Comparando os resultados encontrados nesta subcategoria com a pesquisa realizada por Bianchi (2000), percebo que as enfermeiras desta pesquisa revelaram ser a

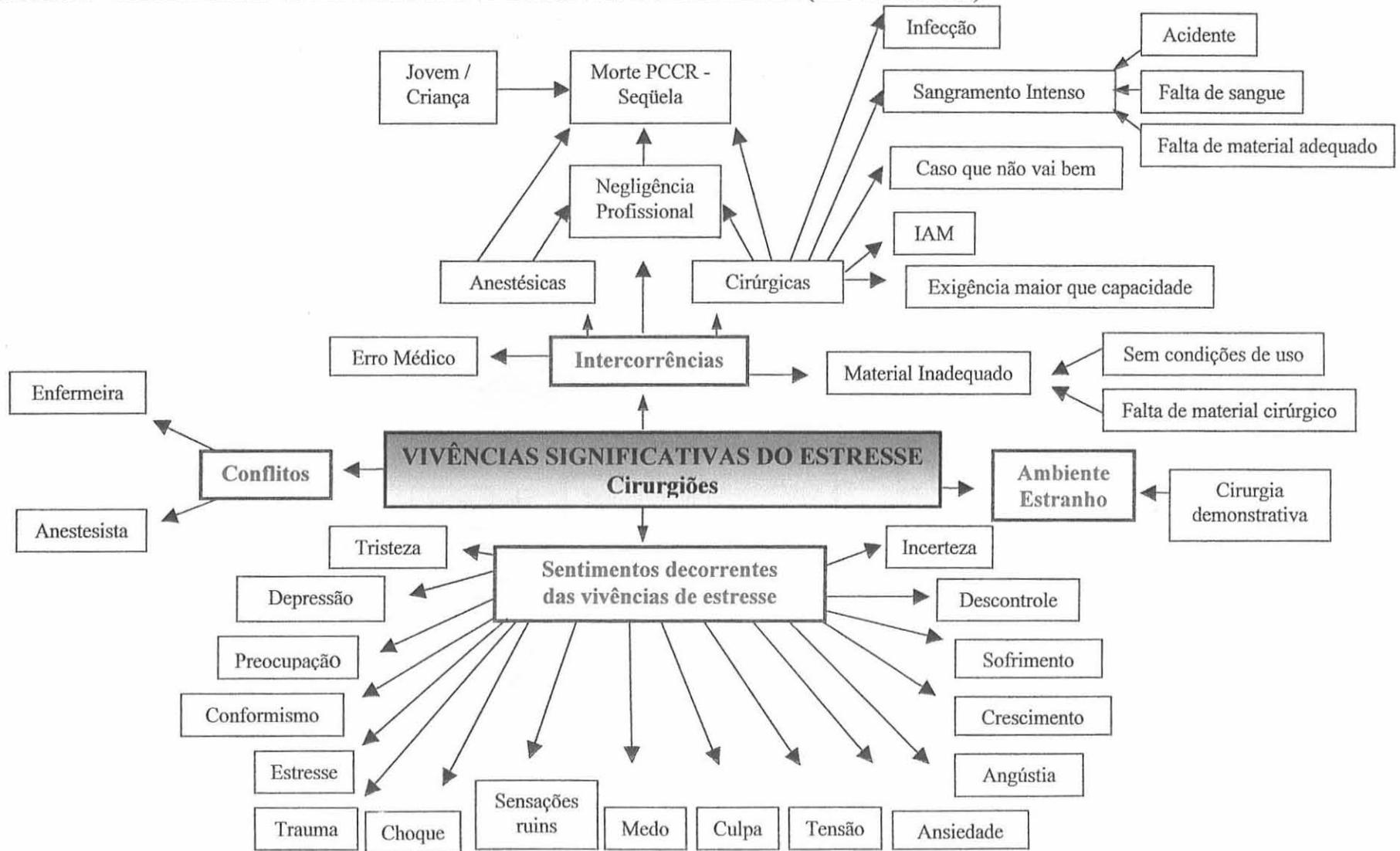
assistência de enfermagem prestada ao paciente no perioperatório geradora de algumas situações de estresse, porém não são as mais citadas, como também confirmou Bianchi (2000). Na pesquisa de Bianchi (2000), os menores escores de estresse aparecem na última área (a assistência prestada ao paciente). Isso ocorre porque, conforme constataram Guedes, Felix e Silva (2001), o papel da enfermeira no Bloco Cirúrgico é principalmente de coordenadora do setor, preocupando-se mais com a organização do ambiente e manutenção dos equipamentos do que com o próprio paciente. Krahl (2001, p. 69) também reconhece que as enfermeiras de Bloco Cirúrgico estão mais envolvidas com as necessidades e desejos dos cirurgiões do que com o próprio paciente, o qual *deveria ser a razão de ser do trabalho do enfermeiro*.

MAPA 5 – CATEGORIA: SITUAÇÕES QUE GERAM ESTRESSE (CIRURGIÕES)

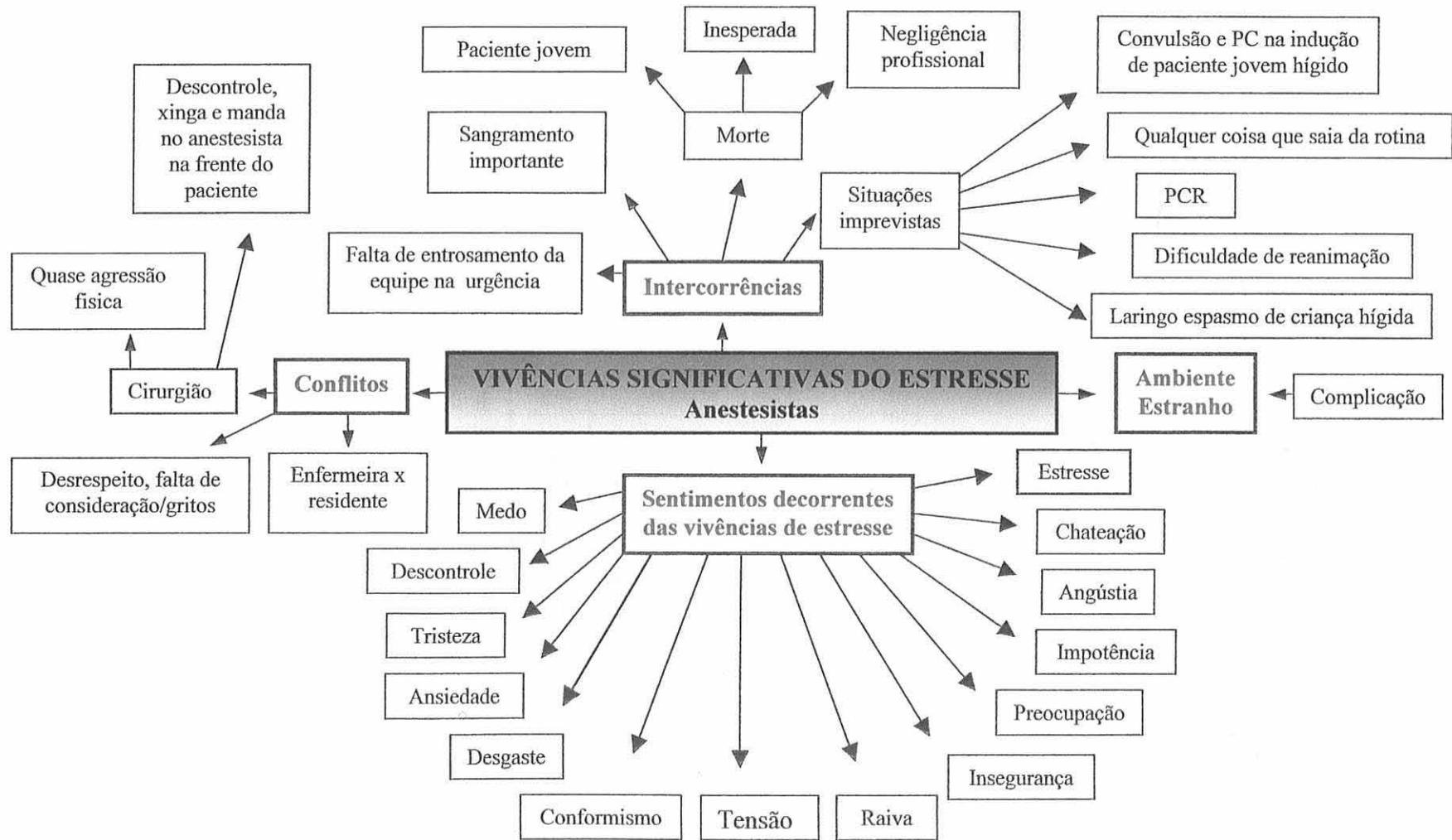


complexos hospitalares. É importante destacar que o reconhecimento não é um fator importante somente para a enfermagem, mas também para outras profissões que muitas vezes têm uma auto-estima baixa. Uma pesquisa realizada sobre o estresse ocupacional no ambiente universitário, com docentes do ensino superior, identificou que o reconhecimento é tão importante para a satisfação dos professores quanto a remuneração (Schmidt, 1993).

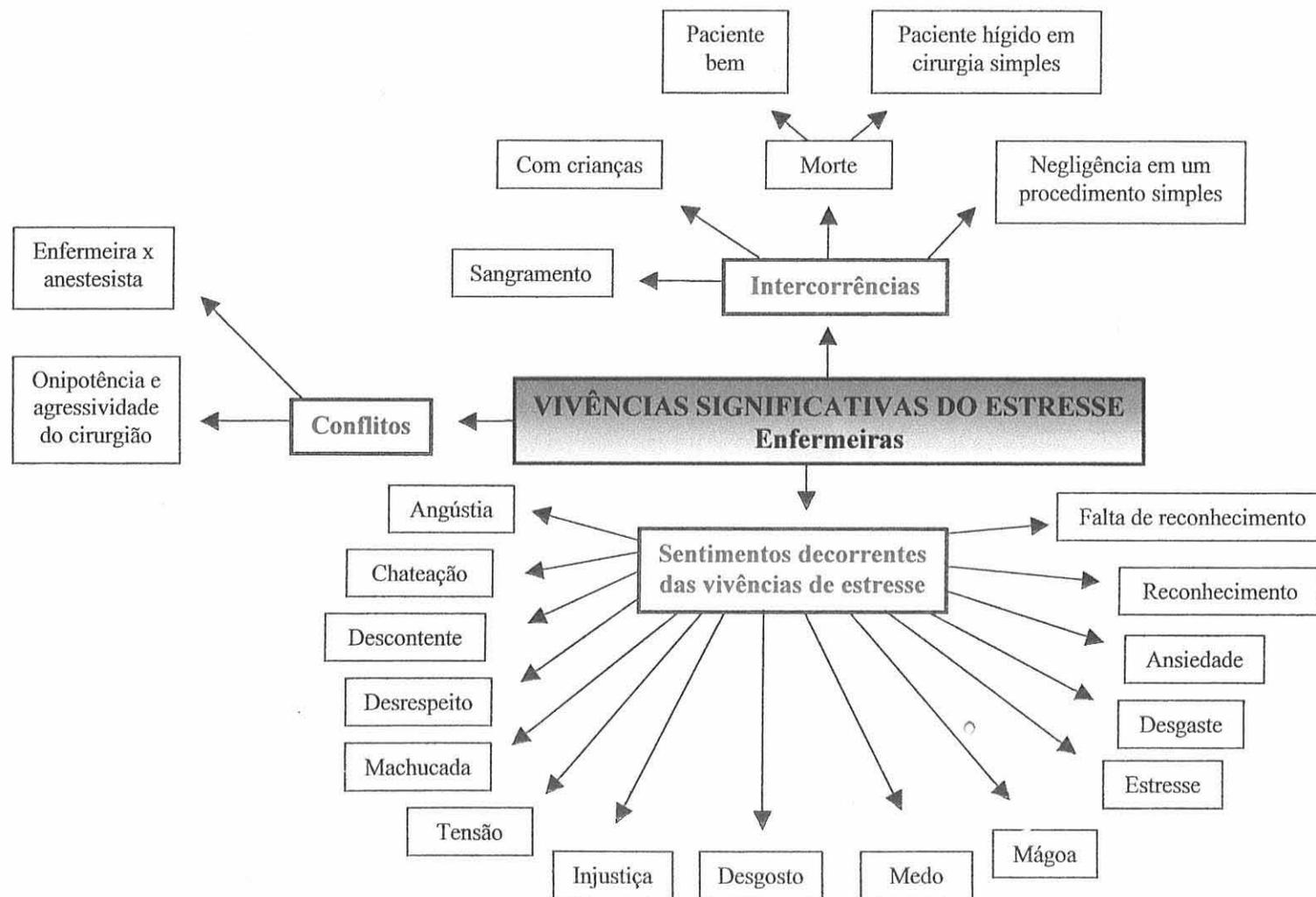
MAPA 1 - CATEGORIA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO ESTRESSE (CIRURGIÕES)



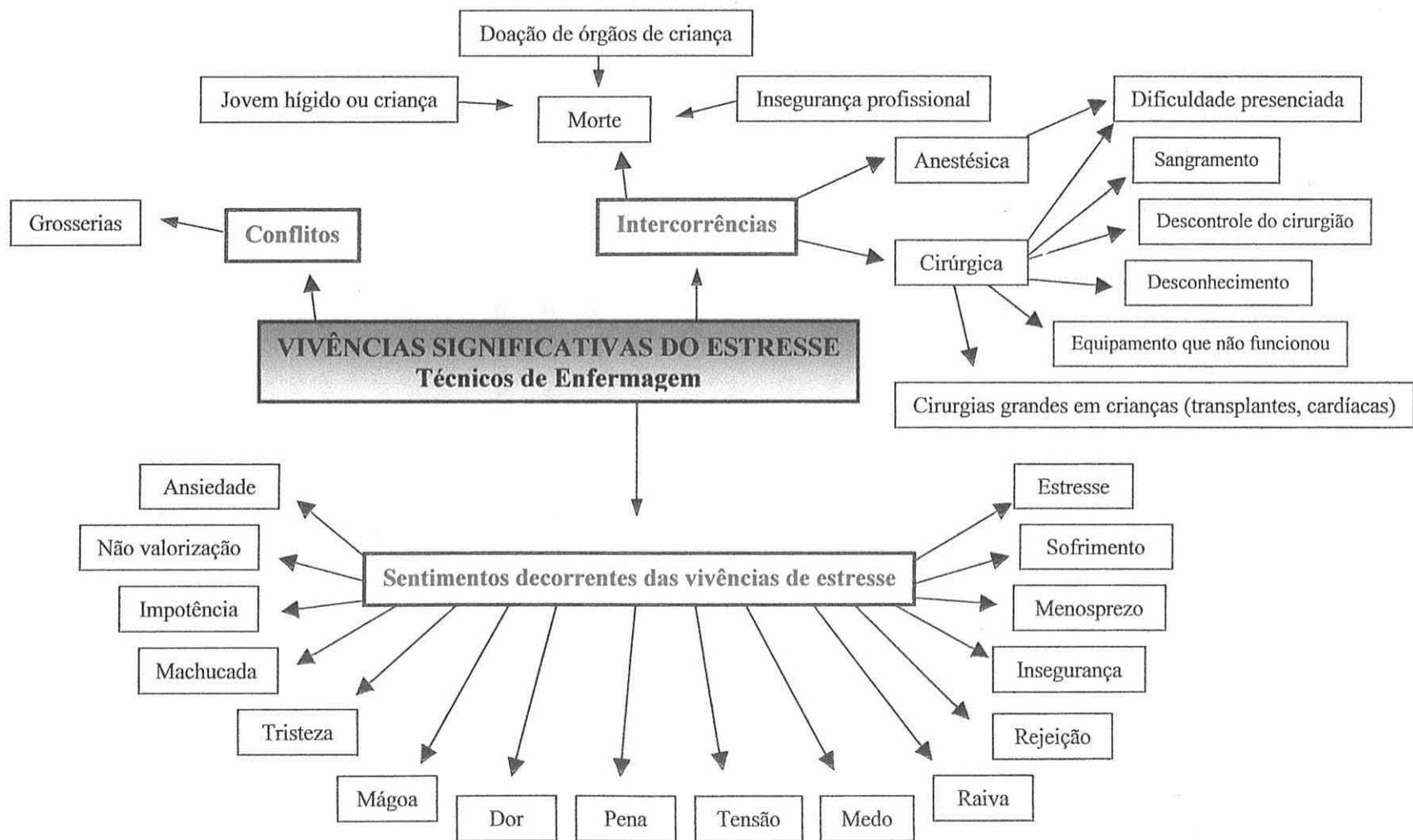
MAPA 2 – CATEGORIA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO ESTRESSE (ANESTESISTAS)



MAPA 3 – CATEGORIA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO ESTRESSE (ENFERMEIRAS)



MAPA 4 – CATEGORIA: VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO ESTRESSE (TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)



4.2.2 Situações que geram estresse

A segunda categoria denominada *situações que geram estresse* divide-se em sete subcategorias: *relacionamento interpessoal, o ato cirúrgico, ambiente, material e equipamento inadequado, incertezas, comportamento do cirurgião e condições do paciente*. Em todas as categorias profissionais (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos) a subcategoria denominada *relacionamento interpessoal* foi a que mais apontou como situações geradoras de estresse. O relacionamento interpessoal é uma das situações geradoras de estresse mais apontadas em quase todas as pesquisas realizadas, não somente no ambiente de Bloco Cirúrgico, mas em qualquer tipo de ambiente de trabalho. Em uma pesquisa realizada sobre o estresse ocupacional no ambiente universitário (Schmidt, 1993), a dimensão que se referia ao relacionamento com os colegas destacou-se por sua alta incidência como estressor.

Os mapas referentes a essa categoria são 5, 6, 7 e 8, apresentando cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem, sendo que as situações geradoras de estresse comuns a todos os profissionais pesquisados foram apresentados em quadros.

Nesta categoria alguns cirurgiões falaram que o Bloco Cirúrgico tem que ter estresse. Manifestaram que o estresse faz parte de qualquer atividade de responsabilidade; portanto, o estresse seria inevitável na sala cirúrgica. O cirurgião C4 disse que o ambiente do Bloco Cirúrgico *tem que ser um pouco estressante* para poder gerar atenção; na sua entrevista, apresentada a seguir, ele justifica isto.

... eu acho que o estresse, ele faz parte de qualquer atividade de responsabilidade, o estresse é uma resposta biológica a uma situação que exija atenção, (...) eu acho que algum tipo de estresse é adequado, inclusive; o que a gente tem que evitar é o estresse em demasia, ele prejudica a nós mesmos e pode prejudicar todo mundo, inclusive o próprio paciente; eu acho que o ambiente na sala de cirurgia ele tem que ser um pouco estressante, (...) ele deve ser estressante na medida certa para que todos tenham a devida atenção no momento certo, para que não se perca tempo, para que as coisas andem de uma maneira adequada, eu acho que isso em cirurgia (...) especificamente é fundamental, (...) então eu acho que o estresse é um estresse calculado, que a gente aprende a lidar com isto; (...) eu acho que algum grau de estresse é uma coisa natural. C4

Embora o depoimento apresentado anteriormente seja a opinião de um cirurgião do grupo A, também C8 (do grupo B) tem opinião semelhante, ainda que use o termo *tensão* algumas vezes como sinônimo de estresse. Na entrevista C8 diz:

... a pessoa ficar tensa é uma coisa boa, dentro da medida que quando você fica tenso você fica muito mais ligado, muito mais conectado com os movimentos provavelmente muito mais acertados, com o teu coração batendo mais rápido, com a tua respiração mais rápida, mandando mais oxigênio, (...) é uma coisa positiva e auto preservadora; então eu acho sem tensão não existe cirurgia, não existe um cirurgião sem tensão, (...)mas eu acho que tem estresse bom e estresse mau e eu acho que cirurgia é uma coisa que algum momento passa por estresse; eu acho que vai elevando, o estresse eleva, (...) quando a gente por alguma situação, comete um erro (...); então esse é um tipo de estresse ruim que se segue a alguma coisa que a gente sente que fez errado. C8

Relacionamento Interpessoal

A subcategoria denominada *relacionamento interpessoal* foi a que despontou entre as situações geradoras de estresse em todas as categorias profissionais. Para Albrecht (1988) uma das principais variáveis no equilíbrio físico-psíquico do trabalhador é o contato humano. Vários autores concordam que os efeitos do estresse apresentam-se de forma mais intensa entre os trabalhadores cujas atividades envolvem o inter-relacionamento de profissionais de várias áreas (Howard, Cunningham, Rechnitzer, 1978; Schwab, Iwanik, 1982; Gmelch, Swent, 1982). Isto ocorre com os profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico, pois eles estão constantemente ligados a um emaranhado de relações entre vários profissionais de diversas áreas. Quando me refiro ao relacionamento da equipe cirúrgica é necessário lembrar que esta é heterogênea, pois é formada de profissionais de nível superior, médicos e enfermeiras, e de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem (Guedes, Felix, Silva, 2001).

Massaroni (1999), quando cita os estressores determinantes de estresse nos profissionais que trabalham em complexos hospitalares, aponta as relações interpessoais.

Lembrando que Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) quando avaliaram as condições de trabalho perceberam o ambiente físico interferindo na saúde física do trabalhador, enquanto que a organização do trabalho (como sistema de funcionamento) podendo interferir na saúde mental, sendo o relacionamento interpessoal parte da organização do trabalho. Seligmann-Silva (1994) considera as relações humanas dentro das empresas merecedoras de ênfase especial de estudo, pois é no nível de relacionamento interpessoal que a maioria dos trabalhadores pesquisados manifesta suas principais causas de mágoa, depressão, sentimento de injustiça e exclusão, muitas vezes pautando tais queixas

direcionadas à chefia.

Bianchi e Salzano (1991) fizeram uma revisão extensa das pesquisas estrangeiras publicadas na literatura sobre estresse em Bloco Cirúrgico, e constataram ser o relacionamento interpessoal o estressor mais apontado; embora não tenha havido coincidência com os achados das autoras, vem ao encontro dos resultados encontrados nesta pesquisa. Bianchi (2000) confirma que ainda hoje estudos realizados em âmbito internacional apontam o relacionamento interpessoal como estressor.

Nesta subcategoria identifiquei alguns estressores comuns entre os profissionais e outros diferenciados. Apresento no quadro 4 os estressores classificados dentro da subcategoria relacionamento interpessoal.

Quadro 4 – Situações de relacionamento interpessoal que geram estresse entre a equipe que trabalha na sala de cirurgia. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Situações estressoras
Cirurgiões – Anestesiastas Enfermeiras - Técnicos de Enfermagem	Falta de comprometimento de alguns profissionais Problemas na equipe – Desrespeito
Cirurgiões	Aprendizagem
Anestesiastas	Falta de coleguismo
Enfermeiras - Técnicos de enfermagem.	Falta de reconhecimento

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

A falta de comprometimento de alguns profissionais se confunde muitas vezes, nas falas dos sujeitos, com a falta de colaboração. Muitas vezes não ficou claro se os sujeitos queriam dizer que falta colaboração mas usavam a expressão falta de comprometimento. Este item foi apontado como situação geradora de estresse por todas as categorias profissionais. Wry (apud Bianchi, Salzano, 1991), pesquisando os aspectos do trabalho diário que mais produzem estresse nos enfermeiros de Bloco Cirúrgico, também apontou como estressor “trabalhar com pessoas incompetentes” entre outros citados. Na mesma pesquisa, três dos estressores mais citados estavam ligados ao relacionamento interpessoal: trabalhar com pessoas incompetentes, relacionamento com os médicos e conflito na comunicação. Os resultados de Wry têm muita semelhança aos encontrados nesta pesquisa; embora a amostra tenha sido diferente, todos os profissionais que atuam na sala de cirurgia tiveram a mesma opinião das enfermeiras pesquisadas por Wry.

Os cirurgiões relataram situações e apontaram a *falta de interesse, falta de empenho e equipe descompromissada* como desencadeadores da falta de comprometimento. Os anestesistas apontam nas suas falas as seguintes situações indicadoras de falta de comprometimento: *dispersão, enfermeira com má vontade, enfermeira não participativa, enfermeira que não enxerga o serviço e anestesistas que não querem trabalhar*. Caracterizando a falta de comprometimento de alguns profissionais, as enfermeiras disseram que *algumas pessoas não gostam de trabalhar, outras têm falta de disposição e outras manifestam falta de vontade*. E os técnicos de enfermagem referiram que a *circulante incapaz, ausente, sem interesse e sem cooperação* caracteriza a falta de comprometimento destes profissionais, sendo uma situação geradora de estresse. Apresento a seguir algumas falas que ilustram a falta de comprometimento de alguns profissionais como situações determinantes de estresse.

... a palavra " não tem", "faltou", deve ser extinta do vocabulário de uma sala de cirurgia e gente ouve isso com freqüência, ou não dá, espera um pouco, vai demorar, esse tipo de coisa, isso aí é uma situação desagradável e sem dúvida gera estresse.(...) é inaceitável que uma circulante ou que uma insirumentadora da cirurgia (...), entre em campo, sem saber aquilo que ela está se propondo a fazer, por isso que eu te digo que o relacionamento talvez a maior dificuldade seja com pessoas que não sejam da área médica; porque nem todo mundo tem esse tipo de entendimento; (...) infelizmente eu acho que existe uma distância muito grande entre os profissionais médicos que tão atuando, operando, anestesiando e outros profissionais de sala; talvez isso se deva a fatores independentes da nossa vontade; talvez fatores econômicos, questões sociais, outras coisas mais complexas... C4

... o anestesista quer suspender uma cirurgia que a gente tá vendo que precisa, é paciente que veio do ambulatório, demorou para internar, chega aqui o anestesista diz: não tem condições; aquilo ali é uma vida, em relação a gente que está acompanhando esse paciente desde que ele chegou no hospital, e isso é uma coisa que a gente pediu até que o anestesista tivesse mais envolvimento para ele saber o quanto custou essa pessoa chegar aqui dentro, agora na hora não tem exame, não pode fazer; isso aí tudo angustia e estressa, estressa bastante... C7

... e outras vezes quando a equipe está desagregada e a gente não sente que as pessoas estão empenhadas em atingir os objetivos, elas se sentem assim, como se estivessem fora e descompromissadas com o produto final e eu acho que isso é muito chato... C5

... outra fonte geradora de conflitos no ambiente cirúrgico como o nosso (...), níveis diferentes de comprometimento com o paciente; (...) ele vê o paciente naquele momento, ele não vê antes, não vê depois, (...) por uma questão de má vontade e que é uma má vontade que identifica um não envolvimento com o produto final, com o paciente etc., é uma coisa assim que passa ser extremamente pessoal e que realmente assim é um fator gerador de estresse em ambiente cirúrgico (...) agora se é uma pessoa que simplesmente não mostra interesse, não se empenha, aí tu já sabe, não comprometimento

com isso gera uma resposta que já cria atrito, já cria estresse desnecessário porque para quem está lá fora não faz diferença agora, acho para quem está envolvido na cirurgia não é bom essa quebra de estado de espírito... C6

... daí toca o telefone da emergência marcando uma cirurgia; daí eu ligo para o anestesista: fulano, marcaram uma cirurgia; daí, ele diz: p--- q—p---, porque que eles não operaram mais cedo, cedo tinha horário, porque esperam para operar agora; (...) então eles chegam brigando,...); o anestesista chega no bloco brabo, furioso, brigando: que esse cirurgião tem que marcar cirurgia essa hora; porque acordou ele e tal; isso é uma coisa assim de quase todas as noites; então a gente tem que suportar, suportar o mau humor, suportar a falta de vontade de trabalhar das pessoas, tem que suportar (...); ele fica estressado, daí ele bate gaveta, ele pede as coisas todas gritando.(...) o anestesista fica pedindo coisas: me dá isso, me dá aquilo, antes de abrir a gaveta e ver que está ali; então assim, ele se estressa com coisas que são pura, falta de disposição, falta de vontade, não está a fim [de trabalhar] entendeu; isso é uma coisa absurda... E7

Problemas na equipe também foram apontados dentro da subcategoria de relacionamento interpessoal por profissionais de diferentes áreas de atuação, e são apresentados no quadro 5.

Quadro 5 - Problemas comuns na equipe identificados pelos profissionais que trabalham na sala de cirurgia. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Problemas comuns na equipe
Cirurgiões - Anestesiastas - Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Conflitos diversos como brigas e discussões - Disputa de poder - Circulante despreparada e estressada
Cirurgiões Anestesiastas Enfermeiras	Desarmonia entre a equipe - Equipe desagregada Dificuldade de relacionamento Divergências de prioridades
Cirurgiões - Anestesiastas - Técnicos	Equipe desconhecida
Cirurgiões - Enfermeiras - Técnicos	Problemas de comunicação - Informação
Anestesiastas - Enfermeiras	Fofocas - Comportamento agressivo de algum membro da equipe - Gritos
Enfermeiras - Técnicos de enfermagem	Diferenças individuais

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Conflitos diversos como brigas e discussões, disputa de poder e circulante despreparada e estressada, referidos por todas categorias profissionais como problemas na equipe que geram situações de estresse, são bem descritos nas falas que apresento a seguir:

... os conflitos mais freqüentes são entre equipe médica e equipe de enfermagem, (...) quando o cirurgião entra numa sala de cirurgia, ele quer que as coisas funcionem a tempo e a hora, com todas as coisas bem abotoadas,(...) quem tem que fazer esse papel,

de botar a infra-estrutura, de fazer com que as coisas funcionem é a enfermagem e se tem alguma falha, é óbvio que o cirurgião, que a equipe cirúrgica vai ter alguma dificuldade, vai haver conflito com quem tem que preparar todas essas coisas. (...) É o conflito entre quem não é o responsável pelo preparo geral da infra-estrutura, mas que usufrui dessa infra-estrutura...C3

... conflitos dentro do bloco cirúrgico por outros motivos que não o assistencial obviamente existem, como brigas por espaço, desde horários de sala, lista de aproveitamento, etcC2

... já assisti cirurgias brigando com as enfermeiras, (...) quando surge algum problema na sala, então a gente procura se referir a enfermeira... C5

... eu acho que os conflitos dependem de algumas fases, eu acho que têm conflitos de poder, conflitos de afirmação, acho que defesa de territórios, até mesquinhamente delineados, então acho que esses são as fontes maiores de conflito... C6

... mas já vi brigas, gritarias, bate-boca, coisas desagradáveis e acho que isso aí não faz parte só do estresse, faz muito parte também da educação; as pessoas que se consideram bem educadas procuram não gritar... C7

... brigas são (...) relativamente freqüentes, tanto em relação médico-médico, médico-cirurgião e anestesista, que eventualmente leva a alguns desconfortos e transtornos, até com anestesista e circulante, (...) isso a gente vê muito (...) Já vi discussões severas (...) com um colega e um cirurgião, uma vez por causa do sangue, que eu tive a sensação de que iam se tapear em determinado momento. A2

... eu acho importante na geração desses conflitos, seria a ansiedade por não saber ou não poder resolver os problemas no trabalho, por exemplo, daquele cirurgião que tem um caso muito grave, uma situação muito difícil de ser resolvida e na medida em que ele não tem a devida tranqüilidade ele se carrega de uma ansiedade muito grande e passa a se tornar agressivo e gerar conflito... A5

... a maior parte desses conflitos que acontecem no nosso dia a dia, são por falta de um entendimento entre as pessoas, eu diria, a impressão que eu tenho, é que (...) as pessoas realmente elas pensam muito cada uma nos seus problemas particulares e trazem muitas vezes esses problemas para dentro do bloco cirúrgico, cada um querendo resolver a sua situação sem se preocupar com os problemas dos outros colegas. A5

... conflitos entre equipes cirúrgicas e enfermagem isso acontece com freqüência, (...) como uma vez, eu discutindo com anestesista, já discuti várias vezes, eu discuti sempre (...) com residentes, eles querendo impor a vontade deles acima de regras. E6

... conflitos têm dos mais diversos, dos tipos mais diferentes, existem conflitos entre os cirurgiões, entre os contratados e os residentes, no caso do nosso hospital, entre os professores e os auxiliares, entre a equipe cirúrgica e a equipe anestésica, entre a equipe cirúrgica e de enfermagem e equipe anestésica e enfermagem, conflitos entre a equipe de enfermagem em si, eu acho que de toda ordem, de toda a ordem; porque são equipes que se relacionam o tempo todo. E7

... conflitos interpessoais entre anestesistas, eu diria que eles não são tão estressantes como são os conflitos havidos entre cirurgiões, anestesista, e enfermagem, eu diria que

esses são os conflitos que me causam maior nível de estresse, maior intensidade; os conflitos que existem entre a equipe de anestesia evidentemente são intensos, eles existem, mas eu acho que eles não são tão geradores de estresse quanto os conflitos vivenciados em sala de cirurgia ou no bloco em relação ao atendimento específico do paciente ou em relação a situações de escala de cirurgia, eu acho que esses são os que são mais estressantes... A5

... aqui dentro eu acho que tem muito aspecto de demonstrar poder, então, fulano quer que seja assim, mostrar que manda entendeu, então eu acho que tem muito disso aqui (...) na tentativa de mostrar, não quem manda aqui sou eu, eu acho que muito das coisas que a gente vê aqui, é nesse sentido.(...) eu posso dizer pelo lado médico; não sei se isso acontece com o pessoal da enfermagem, acho que acontece também, a gente vê algum comentário, mas então eu acho que é uma particularidade da instituição e do bloco cirúrgico. (...) o hospital tem essa tradição das pessoas quererem ocupar espaço e tal pela concorrência, a concorrência de certa forma é importante porque estimula o crescimento, só de que eventualmente ela passa a ser agressiva... A2

... a disputa do poder, para mim eu acho assim, acho que é um dos fatores mais estressantes, a disputa do poder é o fator mais estressante. E3

... uma outra vez com [outra anestesista] também, em que ela queria trocar a cirurgia de sala, e eu achei que não era conveniente trocar a cirurgia de sala, porque não tinha motivo; era mais rápido se ficasse naquela sala e aí ela começou a dar indireta na frente da equipe cirúrgica, que aquilo estava acontecendo daquele jeito porque eu queria, eu disse para ela se é assim que tu vê então é porque eu quero e vai ficar nessa sala. E6

... a circulante, às vezes é uma questão de percepção mínima, a luz tá num lado só que a criatura tá operando no outro lado, não custa tu chegar e ajeitar ali a luz para a pessoa, porque às vezes (...) tu vê que a circulante quer que troque, porque está com fome, não sei o quê... então vem o outro, a pessoa já está cansada, (...) porque já está muito tempo na cirurgia... A4

... outra coisa que eu acho que gera estresse é às vezes a má vontade das circulantes, (...) não pára na sala e tu chamando, chamando, isso aí, começa todo mundo ficar daqui a pouco angustiado, cada coisa que precisa tem que estar chamando, ele está lá fora da sala, está não sei aonde; isso gera estresse. A6

... a ausência da circulante na sala, quando vai buscar algum material que está faltando e a gente está precisando de algum outro material, isso é uma coisa que eu acho que é estressante... C5

Outras falas apresentadas exemplificam os problemas comuns na equipe, relatados por algumas categorias profissionais:

... quando as pessoas não trabalham junto com uma certa frequência, elas não se conhecem, porque aí entra a questão da confiança (...) um cirurgião queria que eu tomasse uma conduta, ele não me conhecia só que eu entendendo do assunto e não fiz aquilo; na verdade começou um bate boca por uma situação de querer passar fator de coagulação numa paciente que não tinha nenhuma indicação clínica. A1

... é um fator estressor para o anestesista, a falta de conhecimento entre as pessoas também, eventualmente tu vai fazer uma cirurgia que tu não conhece o cirurgião, não conhece circulante e vice versa (...) às vezes eu quero que me alcance uma medicação rapidamente, às vezes, um material, e às vezes nem sempre isso tá disponível em sala, e às vezes as pessoas que também tão circulando na sala de cirurgia também não tem consciência do quanto é importante a pessoa me ser útil e me ser útil rapidamente... A3

... tem a ver com pessoas que não estão preparadas para falar, para lidar com outras, que não sabem trabalhar em grupo, que têm um alto desenvolvimento técnico, de conhecimento, (...) têm uma capacidade de conhecimento bárbara, mas a vivência é horrórosa, a vivência técnica que a gente vê aqui em cirurgia é horrórosa... E1

... eu posso ter que comunicar uma coisa para um funcionário, que eu estou de saco cheio daquele funcionário, que já fez tantas coisas que eu não agüento mais, ou que eu simplesmente não simpatizo, que eu estou com esse funcionário engasgado, e que então eu já vou dar uma informação para ele e essa informação já vai sair de mim atravessada ou vice versa, ou ele já tem alguma pré indisposição comigo, então ele vai receber essa informação de uma maneira diferente; isso me deixa bastante angustiada, me deixa bastante estressada. E7

... acho que o pessoal de sala é responsável pelo instrumental e pelo suprimento de material que é um fator extremamente estressor dentro da sala, se não funcionar acontece; e daí vai da própria equipe cirúrgica, auxiliares não qualificados, desajeitados podem ser um fator estressor... C6

... acaba gerando estresse no grupo e isso eleva o estresse individual de cada um é o famoso ti-ti-ti, a fofoquinha, eu acho que isso aí é altamente prejudicial, mas isso aí faz parte dos grupos... A6

... eu não gosto de situações de fofoca, situações quando eu vejo que os funcionários estão se envolvendo em alguma fofoca ou estão fazendo alguma fofoca... E7

Os cirurgiões apontaram alguns problemas diferenciados dos outros profissionais:

falta de qualificação, equipe heterogênea, desconfiança, mesquinhas, funcionários inflexíveis, instrumentadora (fraca, monta a sala com pressa, que desconhece o plano cirúrgico), pessoal incompetente e passagem de plantão da enfermagem.

... isso a gente vê na área da enfermagem, isso acontece eventualmente tu te depara com uma situação de operar um caso importante, grave, de risco, que tu tem que ser rápido e tem alguém instrumentando que não sabe o que está fazendo; então isso aí é uma coisa inaceitável, isso gera um estresse evidente e isso eu acho que não deveria ser tolerado (...). Eu não sei se o termo é qualificação, mas não tem a visão que deveriam ter; eu acho que, de uma maneira geral, é evidente que existem exceções... C4

... eu nunca parei na verdade como cirurgião para ver qual o nível de qualificação dessas pessoas [referindo-se às circulantes], porque há pessoas que entram numa sala de cirurgia que não deviam estar aqui, elas não têm a menor noção do que elas tão fazendo aqui, que grau de comprometimento elas deviam ter nessa função e como é que essa criatura está aqui e acho que elas também se sentem mal e elas estão ali porque às vezes querem emprego, é uma maneira de ganhar a vida... C6

... as pessoas que chegam novas na sala, uma circulante ou uma instrumentadora que não tem conhecimento do serviço elas começam a causar estresse,(...) tu tem que ficar cuidando, se está faltando algo e ela não está vendo que está faltando (...); então a gente tem que estar atento ali, aqui se o bisturi elétrico está ligado, tudo isso (...) vai se transformando em estresse. C7

... tu estás no meio de uma cirurgia, por exemplo, com um instrumentador e uma circulante e chega no momento que tem que fazer a troca de pessoal, então, que aquele circulante em vez de estar atento ao que está acontecendo na cirurgia e idem instrumentadora, eles têm que começar a passar o material e passar uma série de coisas para o outro que está entrando, isso é extremamente ruim para o cirurgião, porque ele sente que o seu auxiliar está dividido em duas funções; uma em realmente auxiliar o cirurgião e outra em tentar passar as coisas para a pessoa seguinte. C1

Os anestesistas manifestaram as seguintes situações diferenciadas dos cirurgiões e enfermeiras: *falhas, falta de educação, falta de empatia, grosserias, hierarquia bem grande, lentidão, profissionais com energia negativa e represálias.*

... trabalhar com pessoas com as quais elas não têm uma maior empatia; isso a gente vê muito aqui, principalmente na área da anestesia, às vezes a gente vê um contratado da anestesia que tem uma atuação excelente, um profissional de primeira categoria, ele vai atuar junto com um cirurgião com o qual ele não se afina, então ele fica extremamente estressado; da mesma maneira o cirurgião sendo atendido por um anestesista que sabidamente é competente mas com o qual ele, por motivos às vezes nem sei como explicar, não existe aquela empatia (...) e isso é um fator estressor (...) muitas vezes a gente vê grandes conflitos em sala de cirurgia, porque cirurgiões estão trabalhando com anestesistas com os quais eles não se afinam e muitas vezes o contrário, anestesistas que estão trabalhando lá com pessoas que não gostam. A5

... desarmonia da equipe é a pior coisa que tem [para gerar estresse] é estar todo mundo remando para um lado e tem um que resolve remar para outro. A8

As enfermeiras referiram como problemas da equipe geradores de estresse para elas e que não foram valorizados pelos outros profissionais: *cobrança, descontentamento, falta de compreensão, falta de parceria, interferências, jogos, pessoal administrativo, problemas com funcionários e falta de pessoal.* Apresento falas que exemplificam algumas destas situações que geram estresse.

... quando a desunião impera quando cada pessoa está fechada na sua verdade; então aí para mim, [é estressante] como que eu vou mobilizar se cada um está fechado na sua verdade? E como eu trabalho com pessoas, e um grupo de pessoas grande(...) Quando as coisas estão fechadas, quando as pessoas estão fechadas, elas definiram: isso aqui é uma m--- ou uma maravilha, entende, os dois extremos, tu não vai nem para frente nem para trás, então tu não move, tu não consegue fazer nenhuma mudança... E1

... eu fico estressada com os problemas dos funcionários, me deixa estressada,(...) então se eu vejo alguém com problema, eu tento resolver, tem muita gente estressada, quero resolver o problema de todo mundo e agradar todo mundo... E2

... é difícil a gente conquistar o espaço da gente dentro de um centro cirúrgico, até porque a profissão da enfermagem, a enfermeira do centro cirúrgico, era sempre a serviçal do cirurgião e ainda se vê isso em muitos hospitais... E8

Bianchi (2000) e Peniche e Nunes (2001) indicam a administração de pessoal como o estressor comum que obteve maior escore de estresse entre as enfermeiras que trabalham em áreas fechadas enquanto para as atuantes em Bloco Cirúrgico o maior nível de estresse relaciona-se ao funcionamento da unidade. Nesta pesquisa notei que estes dois estressores (administração de pessoal e funcionamento da unidade) foram da mesma maneira apontados pelas enfermeiras incluídas no estudo, porém funcionamento da unidade também aparece nas outras subcategorias da categoria *situações que geram estresse*.

Os técnicos de enfermagem apontaram as seguintes situações geradoras de estresse dentro da subcategoria *relacionamento interpessoal*: *chamar a atenção em público, problemas mentais dos colegas, falta de afinidade e coleguismo* (instrumentadora x circulante) e *efeito cascata*. Como *efeito cascata* os técnicos entendem o fato do professor ofender o residente, que acaba insultando a enfermeira e a instrumentadora.

Ainda na subcategoria *relacionamento interpessoal* foi relatado como situação que gera estresse o desrespeito tanto ao paciente quanto à equipe. O desrespeito foi apontado por todas as categorias profissionais. As brincadeiras inoportunas também foram lembradas, bem como forçar a situação e o descaso.

Guedes, Felix e Silva (2001) dizem que o relacionamento interpessoal assumiu uma dimensão extraordinária entre os enfermeiros do Bloco Cirúrgico pesquisados por elas, demonstrando certos aspectos de insatisfação e até mesmo desrespeito. A falta de educação do médico e sua prepotência atingem os enfermeiros causando sofrimento psíquico e interferindo no inter-relacionamento pessoal com estes profissionais. Embora nesta pesquisa apareça o desrespeito entre a equipe, o paciente também foi lembrado pelos profissionais. Alguns depoimentos são citados a seguir, ilustrando.

... tu não é chato por ser chato, quando o anestesista está com a máscara debaixo do nariz, a gente sabe que é um espirro, que é uma tossida, sai alguma coisa, pinga uma pequena gotícula de saliva no teu campo operatório, carregando algum tipo de germe, algum tipo de corpo estranho que vai acarretar uma defesa do organismo, e isso tudo estressa o cirurgião (...) e às vezes numa sala cirúrgica onde todo mundo deve ter um respeito com o doente se falta esses respeito, por pessoas que às vezes não têm essa visão, esse traço interno de responsabilidade. C1

... pessoa exposta, imagina uma pessoa de idade chegar num ambiente completamente estranho, todo mundo mascarado e de repente ela, basicamente pelada, na frente de pessoas completamente estranhas e ninguém se preocupa com isso, aquilo ali é (...) uma falta de respeito com a pessoa, uma falta de consideração, (...) eu já vi pacientes senhoras sendo transportadas completamente destapadas, eu acho que é uma falta de respeito total. A3

... não tolero na sala é desrespeito com o paciente (...) Faz pouco tempo eu achei um desrespeito com o paciente, e gerou um conflito. Fui atender um paciente em sala, aí o paciente chegou sem nenhuma avaliação, senhor de idade para fazer uma cirurgia grande (...) havia um residente escalado para fazer o pré do paciente, para sedá-lo, avaliá-lo, e ele não fez, e gerou conflito, porque eu disse para ele: tu não vai ficar na sala, tu não vai participar do procedimento, tu não vai tomar nenhuma atitude em relação a este paciente. Eu vou fazer tudo. No dia de hoje tu não vai trabalhar, tu podes fazer o que tu quiser na tua vida, mas aqui dentro da sala tu não vai ficar. É uma falta de consideração, uma falta de respeito com o paciente que estava internado... A8

... fico muito descontente quando fazem comentários depreciativos para o paciente, aquelas coisas assim: tigrão, muchebo; acho uma falta de respeito imensa, mesmo num anestesiado; uma paciente sei lá homem ou mulher nu, ficam falando assim: ah! porque é uma baleia ou é não sei o que, isso me desagrada imensamente (...); acho uma falta de respeito enorme; acho que o paciente tem que ser respeitado integralmente em todos os momentos, acordado ou não; é o que eu gostaria que fosse feito para mim... E7

... eu não aceito por ex. que o paciente fique destapado, eu não aceito soro frio, eu não aceito que o paciente fique virado de lado sozinho, eu não quero barulho na sala quando eu estou fazendo bloqueio, quando eu estou preparando o paciente porque eu acho que isso tudo são coisas que para quem está no dia a dia de uma sala de cirurgia é banalidade, para quem está deitado, ele não está todo dia, ele está uma vez ou duas ou três na vida, não importa, mas aquela vez é única e aquele momento é único, então acho que isso é um respeito. A1

... se tem algum contratado ou alguém que não está tendo o respeito devido, eu falo com o anestesista responsável, no caso o professor, para não fazer mais com aquele contratado ou que isso seja mudado, porque eu acho que tem existir essa relação de respeito e eu não tolero trabalhar, fazer uma cirurgia se o anestesista não tem essa relação de respeito comigo. C5

... o conflito mais freqüente, ele acontece normalmente quando há um desrespeito por parte de algum dos profissionais, especialmente quando as pessoas não trabalham junto com uma certa freqüência... A1

... uma das coisas que me marcou foi a falta de respeito (...) desmerecendo o profissional (...) me chamou de incompetente (...) e outra coisa que me marcou e realmente me estressou bastante foi a falta de respeito do residente da cirurgia comigo... T2

... o incidente mais grave foi a falta de respeito, que me marcou e vai ficar por muito tempo porque este não tem como tu apagar (...) nesse dia quando eu cheguei lá na sala [o cirurgião] estava próximo a porta e disse que ia colocar o aproveitamento, eu disse (...) que ia providenciar (...) e ele me segurou pelo braço, depois levou as mãos ao rosto e disse assim: crioula; me deu um beijo na boca. Eu fiquei sem nenhum movimento, eu não podia me mexer (...) aí ele me sacudiu... T*

Dentro dessa subcategoria *relacionamento interpessoal*, aparecem como fatores geradores de estresse somente para os cirurgiões as situações de aprendizagem desencadeadas por alunos, residentes, professor, inexperiência, erros grosseiros, perda de concentração, brincadeiras inoportunas e conversas colaterais; isto se deve ao fato do estudo ter sido desenvolvido em um hospital escola. Fica evidente em alguns discursos, como os apresentados abaixo, este tipo de situação geradora de estresse nos cirurgiões.

... traz estresse pela equipe cirúrgica que está aprendendo, traz estresse pelo tempo que a gente tem que fazer aquilo... C7

... coisas que me estressam, por exemplo, assim, eu vejo dois alunos "galinhex", de brincadeira dentro da sala, eu sou uma pessoa assim que até numa hora de fechamento, eu até gosto que alguém conte uma piada ou conte uma história, mas na hora do ato, da dificuldade cirúrgica propriamente dita eu quero que todo mundo na verdade só tenha uma atenção, que é a cirurgia... C1

... quando sinto alunos da faculdade chegar e que eu não tenho o controle total da situação, às vezes de colocar eles numa posição que eles não possam contaminar, eu fico extremamente estressado ... C1

... residente é uma praga, pode registrar; são infernais, eles cansam a gente, eles são muito egoístas, durante a cirurgia ele quer operar, tu tem que cuidar para que ele não faça até uma cirurgia, não inadequada, mas em momento inadequado, sem uma análise total do paciente, sem um preparo adequado do paciente, porque ele é muito ávido... C2

... o residente, ele não tem muita experiência então ele quer operar, e muitas vezes tu quer ensinar, mostrar e eles querem fazer por si só e tu vê que eles não estão fazendo de uma maneira correta e estão lesando mais o tecido, e isso me deixa às vezes um pouco ansioso... C5

... num hospital universitário, quando o anestesista é o residente e sendo um caso mais complicado, então ele fica chamando o professor; então isso é uma coisa que me deixa estressado... C5

... eu agora mesmo cheguei na sala, estavam eles [alunos] com a mão em cima da pele, eu disse: tira a mão da pele; (...) então, a gente às vezes têm reações que assustam, mas eu faço de propósito porque ao fazer isso, tu libera a adrenalina e dá um impacto na pessoa e ela vai fixar melhor (...) são os impactos que marcam e os comportamentos se modificam muitas vezes em função desse impacto. C2

... o residente não está treinado ainda para pedir as coisas que ele precisa e ele na hora se angustia porque não tem em cima da mesa, ele já tá atrasado e ele briga, briga com a circulante porque não trouxe, ele briga com a circulante se vai buscar e não está na sala, mas foi ele que pediu para ela sair, então isso tudo, é motivo de desavença... C6

... nos meses de janeiro, fevereiro, março chegam os residentes novos de anestesia, o tempo de início da cirurgia é muito demorado; isso vai estressando o tempo do cirurgião, que também é mais demorado, sendo que ele vai demorar mais para concluir e não vai concluir o seu programa cirúrgico do dia todo, (...) porque o anestesista ele

tira quase uma hora de início, mas isso faz parte do aprendizado que a gente tem que saber, nós estamos aproveitando muito no fim do ano, os residentes estão extremamente bem treinados, então as coisas funcionam que é uma beleza em outubro, novembro, dezembro e [em] janeiro muda tudo, se tem que redobrar atenção e aí tem que levar o estresse e a desavença com o anestesista e com a pessoal da enfermagem... C7

... às vezes acontecem erros grosseiros que independem da vontade da gente; quando eu detecto erros grosseiros eu procuro resolver imediatamente e às vezes eu acho que isso pode ser feito de uma forma assim mais violenta ou mais agressiva do que a pessoa que cometeu o erro gostaria de ouvir, mas eu acho que são situações em que a atitude, a conduta instantânea ela é importante; então se falta material, se deu problema na circulação extra corpórea, o paciente está com parada circulatória,(...) e a culpa é do perfusionista, eu vou tratar o perfusionista de maneira forte para que ele resolva isso imediatamente, e assim para todos os membros da equipe cirúrgica. C4

... entrada de outras pessoas, uma pessoa resolve conversar com anestesista, é uma coisa que te deixa extremamente estressado... C1

A falta de coleguismo na equipe aparece como situação geradora de estresse na subcategoria *relacionamento interpessoal* somente para os anestesistas. Estes profissionais apontaram as seguintes manifestações: falta de colaboração e ajuda, falta de disponibilidade e confiança, má vontade com a circulante e muita exigência com a circulante. A3 e A4, referindo-se aos estressores, apontaram a falta de coleguismo dizendo:

... outra coisa também que tem muito anestesista que prefere tipo assim: não é na minha sala; então, se der qualquer coisa eu não quero fazer extra fora da escala; então também eu acho que é uma coisa que atrapalha... A4

... quando a gente está com um paciente que tem um acesso venoso difícil de ser conseguido, difícil de ser puncionado, então, as pessoas que estão do nosso lado às vezes podem nos ajudar, e aí não ajudam porque não têm consciência. (...) eu normalmente costumo chamar por ajuda em uma situação complicada; (...) se eu percebo que as pessoas que estão na minha volta não tão realmente conseguindo realizar as tarefas que eu realmente preciso, eu tento contornar isso sozinho, que para nós é uma situação muito complicada e isso aí faz. o nível de estresse da gente subir muito. A3

A falta de reconhecimento da equipe aparece como situação geradora de estresse para as enfermeiras e técnicos de enfermagem na subcategoria *relacionamento interpessoal*. As enfermeiras apontaram como manifestações geradoras de estresse a rejeição e a falta de valorização.

A ausência de reconhecimento da enfermagem é um problema identificado há muito tempo pelo próprio COFEN, já na década de 80, quando realizou um levantamento dos problemas apresentados no exercício da profissão do enfermeiro (Bianchi, Salzano,

1991). Em outra pesquisa Bianchi (2000), ao comparar estudos feitos entre enfermeiros de Bloco Cirúrgico, constatou que conflito com médicos e falta de reconhecimento pelo trabalho aparecem, entre outros, como estressores mais apontados pelos enfermeiros. Apresento alguns depoimentos de enfermeiras que ilustram a falta de reconhecimento.

... principalmente quando meu trabalho não é valorizado; quando tem uma pessoa na sala, seja um médico, ou seja, uma pessoa que não enxerga o que eu faço bom, receber retorno, é pedir demais porque dificilmente a gente recebe um retorno, dificilmente tem uma pessoa que chega e agradece ou que chega e diz: a que bom que tu fez isso, que bom que tu estava aqui; (...) a falta assim de valorização me destrói bastante, eu me sinto bastante abalada por isso, essa falta de reconhecimento, por uma coisinha então, o resto não tem mais valor; eu acho que isso me deixa mais tensa. E7

... se um cirurgião tem cirurgia e ele tem algum problema então ele diz: chama a enfermeira [nome da colega enfermeira] isto é ridículo, pois eu estou dentro da sala. Isto é uma coisa que me marca. A outra não está ali, sou eu que estou ali... E8

O ato cirúrgico

A subcategoria denominada *o ato cirúrgico* aparece logo após a subcategoria *relacionamento interpessoal*, sendo considerada muito importante para todas as categorias profissionais, pois desencadeia várias situações que geram estresse. Em um estudo onde foi investigado o estresse dos cirurgiões e anestesistas antes, durante e após a cirurgia, Lipp, Sassi e Batista (1997) verificaram que somente os médicos que atendem cirurgias de urgência apresentaram um maior nível de estresse pré-cirúrgico. Portanto, as autoras concluíram ser o estresse ocupacional entre os cirurgiões e anestesistas maior durante o ato cirúrgico; isso se deve às responsabilidades e implicações dos profissionais na sua praxe, direcionada para a manutenção da vida e da saúde do paciente. Um cirurgião nesta pesquisa, referindo-se ao ato cirúrgico disse: *... traz estresse pela cirurgia em si... C7.*

No ato cirúrgico encontram-se todas as situações que, segundo Grandjean (1998), podem representar sobrecarga gerando estresse nos profissionais: grau de complexidade do trabalho, responsabilidade pela vida e pelo bem-estar dos outros e as exigências do trabalho.

Os desafios físicos e mentais, multiplicidade de tarefas, status de trabalho e

prestação de contas são variáveis universais definidas por Albrecht (1988), sendo desencadeadas nos trabalhadores durante o ato cirúrgico e interferindo diretamente no equilíbrio físico-psíquico dos profissionais. Os desafios físicos e mentais aos quais o autor se refere estão presentes durante o ato cirúrgico, quando a equipe depara-se com inúmeras situações difíceis, originando desequilíbrio físico e psíquico nos profissionais envolvidos. A diversidade de tarefas, também citada por Albrecht (1988), está presente no ato cirúrgico e quanto mais especialidades cirúrgicas um Bloco Cirúrgico estiver apto a atender, maior será a diversidade das tarefas e maiores serão as situações diferenciadas que podem produzir o estresse. O status de trabalho, citado por Albrecht (1988), também se encontra no ato cirúrgico, pois além dos cirurgiões considerarem-se superiores em relação aos seus colegas de outras áreas, a enfermagem também é considerada por Krahl (2001, p. 79) como a *elite da enfermagem*, pelo conhecimento que o Bloco Cirúrgico lhes exige. Por último, a prestação de contas citada por Albrecht (1988) está presente no ato cirúrgico, pois após a realização do mesmo, a equipe precisará prestar contas aos familiares do paciente operado e naturalmente à instituição.

Krahl (2001) diz que os sujeitos estudados definiram o ambiente de Bloco Cirúrgico como muito barulhento e muito instável. Disseram também que em alguns momentos o ambiente se torna caótico e em outros é calmo, portanto exigindo dos trabalhadores um grande poder de adaptação bem como de ações rápidas.

Analisando e comparando os dados levantados nesta subcategoria com os dados encontrados na categoria denominada *vivências significativas do estresse*, observei serem os fatos que marcaram os profissionais e geraram suas subcategorias diretamente relacionados ao ato cirúrgico; portanto, as situações geradoras de estresse são tão relevantes que, quando ocorrem, podem causar marcas profundas nos profissionais.

Nesta subcategoria identifiquei situações comuns que geram estresse aos profissionais, e outras que o geram em apenas uma categoria profissional. Apresento no quadro 6 as situações comuns e diferenciadas geradoras de estresse que interferem no ato cirúrgico, indicadas pelos profissionais da equipe cirúrgica.

Quadro 6 - Situações que geram estresse no ato cirúrgico segundo os profissionais da equipe cirúrgica. Porto Alegre, 2002.

Profissionais	Situações geradoras de estresse
Cirurgiões - Anestesistas Enfermeiras Técnicos de enfermagem	Atrasos/tempo/horário - Sangramento descontrolado Mau planejamento da cirurgia - Situações imprevistas Complicações que fogem do controle
Cirurgiões - Anestesistas - Técnicos de enfermagem	Coisas básicas que não fluem
Cirurgiões Anestesistas	Dificuldades - Desconhecido - Momentos mais graves Resultado e falta de qualidade no atendimento da cirurgia
Anestesistas - Enfermeiras	Início da anestesia.
Cirurgiões Técnicos de enfermagem	Troca de procedimento por diagnóstico diferente.
Anestesistas Técnicos de enfermagem	Ausência de professor na cirurgia.
Cirurgiões	Abordagem inadequada - Intercorrências anestésicas Improvisação - Risco de infecção Cirurgias demonstrativas.
Anestesistas	Aproveitamentos - Intubação - Plano cirúrgico indefinido Despreparo da equipe - Ausência de pessoal no final da cirurgia - Dinâmica da cirurgia e da SR
Enfermeiras	Cirurgias delicadas e/ou maiores Escala difícil de organizar / Falta de pessoal
Técnicos de enfermagem	Cirurgia em 3 tempos - Demora do paciente entrar na sala e da anestesia - Exigência de rapidez - Falta de hidratação do instrumentador - Ficar muito tempo de pé - Início da cirurgia - Mal posicionamento da instrumentadora - Não explicar a situação real ao paciente - Pressão - Sala ou mesa não prontas - Cirurgias de traumatologia, uso de avental de chumbo - Urgências e emergências.

Fonte: Caregnato, Rita C. A. Coleta de dados em entrevistas. Porto Alegre, 2002.

Nesta pesquisa, os sujeitos de todas as categorias profissionais listaram algumas situações comuns geradoras de estresse relacionadas ao ato cirúrgico, tais como: problemas com horário, sangramento descontrolado, mau planejamento da cirurgia, situações imprevistas e complicações que fogem ao controle. As falas dos vários profissionais exemplificam as situações.

... me estressa muito, o tempo cirúrgico, o cirurgião 'aranha', que fica horas mexendo ali, a coisa não anda e a anestesia está passando... A4

... então qualquer coisa que prejudique o andamento, de alguma forma estressa o cirurgião, chegando numa sala que tem uma cirurgia marcada para as 7:30 são 8 e pouco da manhã, o doente está virando em decúbito lateral para fazer um bloqueio, (...) ainda tem que virar de novo para entubar, para induzir lento (...) esse atraso dá um

certo estresse, você começar a imaginar a cirurgia aí para frente, doentes do dia que têm que ser operado, e você sabe que tem horário meio finito, não começam as cirurgias depois das 6 horas. C8

... problemas de horários, cirurgias que deveriam iniciar em determinado momento e não acontecem por fatores de atraso do paciente ou atraso da equipe anterior, de maneira que o cirurgião inicia o seu procedimento já, de uma certa forma, estressado, porque ele já tinha um outro compromisso agendado e ele se vê naquela contingência de fazer uma cirurgia às vezes apressado ou se preocupando com o compromisso que vem a seguir; acho que seria (...) um fator estressor importante. A5

... fatores estressores: (...) a demora da anestesia, a demora às vezes da limpeza da sala, que isso aí para mim está resolvido, a limpeza da sala não demora mais, mas houve época em que demorava até 1 hora para limpar uma sala, quando elas saiam para almoço, todas junto, então isso aí é estressante... C7

... o fato de eu ter que ir para um outro compromisso e não poder me atrasar, e eu fico preocupado em avisar, isso me deixa muito tenso, acho que isso me prejudica, essa minha vontade de ser pontual, de não atrasar, eu gostaria que os outros também não fizessem isso, apesar de que às vezes a gente fica esperando, nós chegamos antes, marcam por ex. para às 8, tu chega assim 7:50, aí o cirurgião atrasa, então tudo vai atrasar, atrasa os teus compromissos posteriores e isso me deixa muito chateado, tenso; eu fico para mim, eu não costumo brigar, às vezes trato eles, como se nada tivesse acontecido, mas me preocupo. A6

... eu já me irritei barbaramente por horário de cirurgia, por não conseguir fazer um número x de cirurgias, C3

... horário (...) me estressa bastante... E5

... a mim estressa a demora da patologia... A1

O sangramento, apontado por todas as categorias profissionais como situação geradora de estresse, é responsável por muitas vivências significativas de estresse entre os profissionais pesquisados, já analisadas na primeira categoria. Nas falas aparece a importância atribuída a esta situação geradora de estresse.

... sangramento é uma coisa que estressa muito a qualquer anestesista, acho de uma forma geral. (...) o sangramento é uma coisa que tu não consegue controlar, primeiro porque não depende de ti, (...) não cabe a ti diretamente controlar o sangramento, isso depende do cirurgião e depende da condição do paciente; então, são coisas pelas quais tu fica totalmente impotente... A2

... um sangramento descontrolado de 30 segundos vai e acabou; então qualquer sangramento maior assim a gente fica muito preocupado porque são vasos de grande calibre. C8

... uma coisa na traumatologia quando fica pingando sangue no chão e as criaturas ficam olhando raio X, isso (...) é um problema (...) quando está sangrando isto estressa... A4

... se o paciente estiver sangrando muito e o sangue não estiver ali e eu não estiver quem busque, então isso também é uma coisa que me causa bastante estresse... E6

Situações imprevistas e complicações que fogem do controle também deixam marcas de vivências significativas do estresse nos profissionais, constatadas e analisadas na primeira categoria. Nos depoimentos apresentados a seguir, aparece claramente identificado este tipo de situação como geradora de estresse.

... caso que foi totalmente inesperado, não tinha previsão de acontecer um acidente, de repente aconteceu; isso sim, isso me gera uma tensão muito grande, porque é imprevisível... A6

... dentro da anestesia [gera estresse] situações inesperadas, tipo surpresas, que seriam as arritmias, seriam o descontrole do cirurgião frente a uma determinada situação surpresa, tipo (...) um sangramento inesperado, ruptura de algum vaso aí a gente começa a ficar um pouco mais tensa... A7

... [fico] estressado, tenso quando está ocorrendo alguma complicação em que tu não estás conseguindo resolver de forma [adequada] (...) ela está fugindo do teu controle... A2

... o problema é quando isso foge ao controle do cirurgião, o cirurgião tem que manter tudo sob controle, (...) então quando as coisas não vão bem por uma razão ou por outra, aumenta o nível de estresse. C4

...me percebo tensa quando as coisas fogem do controle... E1

Fica novamente evidente serem as situações que fogem ao controle dos profissionais consideradas por eles como situações geradoras de estresse; por isso, não é de se estranhar que o mau planejamento de uma cirurgia seja mais uma situação indicada pelos sujeitos como geradora de estresse. Na fala de uma enfermeira fica evidente que esse tipo de situação foge totalmente ao seu controle, gerando uma sensação de impotência diante da situação constatada.

... o mau planejamento de uma cirurgia para mim é um fator muito estressante, muitas vezes a gente é informada de que vem um determinado paciente para uma determinada cirurgia, tu pergunta para o cirurgião qual é o tipo de material que ele vai utilizar, e ele te diz; só que na metade ou no início mesmo da cirurgia, o tipo de material é totalmente diferente do que tu planejou; então, isso para mim é muito estressante. E3

As coisas básicas que não fluem são situações geradoras de estresse para os cirurgiões, anestesistas e técnicos de enfermagem, profissionais estes que se encontram ligados diretamente ao ato cirúrgico.

... as situações que me deixam tenso são normalmente situações externas: o não funcionamento de coisa rotineiras, atividades da sala, coisas da rotina que normalmente funcionam que deveriam funcionar e fluir e não fluem; isso, normalmente, me incomoda... A1

... eu chego de manhã não tem soro aquecido, a funcionária não enxerga o serviço, tem que pedir para ela fazer tudo, é um grande estresse e isso acaba me incomodando, porque normalmente como trabalho em cirurgia de grande porte, isso acaba sendo um fator estressor porque tu tem que ficar controlando coisas muito básicas, que tu não precisaria fazer... A1

... o que mais me estressa são estas pequenas coisinhas em volta, que não funcionam, a dinâmica da cirurgia, da SR, medicações, é isto aí que eu acho que estressa, horário, porque (...) se fosse só o paciente ia ser tranquilo... A4

As dificuldades encontradas no ato cirúrgico foram citadas como situações geradoras de estresse somente pelos médicos (cirurgiões e anestesistas). Talvez isso tenha ocorrido por sentirem-se (os médicos) mais responsáveis pelos pacientes do que a enfermagem, pois são eles que irão prestar contas aos familiares caso algo não saia conforme o esperado. Lembrando que a variável prestação de contas, definida por Albrecht (1988), foi apontada como desencadeadora de estresse. A seguir alguns depoimentos que exemplificam estas situações.

... situações assim em que eu estou com alguma dificuldade cirúrgica, vamos dizer, isso é uma coisa que me deixa tenso óbvio... C3

... uma cirurgia muito complicada, uma cirurgia difícil, eu fico, de certa maneira, eu fico um pouco estressado... C5

... o que me estressa é a gravidade do caso, é um galho de anestesia, paciente grave, piorando, não ventilando, é tumor grande que a gente não pode tirar porque não sai, está próximo de cava, de grandes vasos que fazem sangramento às vezes sem controle, essas são as situações de estresse. C7

... quando as coisas não vão bem há um maior nível de estresse, eu sou extremamente preocupado com o resultado (...) porque a minha ansiedade não é em relação a mim, mas sim em relação ao resultado, do procedimento e quando eu acho que uma pessoa está fazendo alguma coisa que possa prejudicar o resultado, isso me gera ansiedade. C4

... em que o paciente apresenta alguma situação de maior risco, eu diria que essas são as situações em que eu me sinto mais estressado, eu fico muito estressado em relação ao resultado do meu trabalho (...) eu tenho medo de perder um paciente... A5

... esse fator de ter que conviver no dia a dia com a pessoa doente, com a dor, com o familiar, cada vez que vamos ver um paciente, seja uma criança, seja um adulto, nós vemos aquela manifestação da família depositando uma grande expectativa no nosso trabalho, e a gente sempre tem medo de que aquilo não funcione como a gente deseja, que apesar da gente tentar fazer tudo dentro do nosso protocolo de trabalho, para finalizar com um resultado positivo, às vezes as coisas falham, e isso me estressa profundamente. A5

... o meu estresse é sempre relacionado ao resultado final do paciente. (...) Todos os fatores