

MARIA AUGUSTA MORAES SOARES

DESGASTE DO PAPEL DE CUIDADOR:
utilizando o diagnóstico de enfermagem para verificar o
desgaste dos profissionais de enfermagem

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
2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

DESGASTE DO PAPEL DE CUIDADOR:
utilizando o diagnóstico de enfermagem para verificar o desgaste dos profissionais de enfermagem

MARIA AUGUSTA MORAES SOARES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada em 07 de junho de 2004 com conceito A, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade.

Profa. Dra. Liana Lautert
CPF 220267460-87

(Presidente)

Liana Lautert

Profa. Dra. Vera Radünz
CPF 168874769-91

(Membro – UFSC)

Vera Radünz

Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida
CPF 334275880-04

(Membro- UFRGS)

Miriam A. Almeida

Profa. Dra. Eva Neri Rubin Pedro
CPF 289509170-68

(Membro- UFRGS)

Eva Neri Rubin Pedro

Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol
CPF 289861560-91

(Membro- UFRGS)

Clarice Maria Dall'Agnol

Porto Alegre, 07 de junho de 2004.

De acordo da Mestranda:

MARIA AUGUSTA MORAES SOARES

S676d Soares, Maria Augusta Moraes

Desgaste do papel do cuidador : utilizando o diagnóstico de enfermagem para verificar o desgaste dos profissionais de enfermagem / Maria Augusta Moraes Soares ; orient. Liana Lautert. – Porto Alegre, 2004.

118 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2004.

1. Diagnóstico de enfermagem : utilização. 2. Cuidadores. 3. Equipe de enfermagem. 4. Auxiliares de enfermagem. 5. Estresse. 6. Papel do profissional de enfermagem. 7. Humano. I. Lautert, Liana. II. Título.

I HSN - 404 9

Catlogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

AGRADECIMENTOS

Como é longa a trajetória entre uma idéia e a concretização de um sonho. Caminhamos entre algumas pessoas e junto a muitas outras, que com certeza são fundamentais para o alcance dos nossos objetivos. Aonde quer que se chegue sempre haverá alguém a quem devemos agradecer.

Por isso, obrigada a minha avó Suelly e meus pais, Arnildo e Maria Helena; vocês foram o começo de tudo. Você pai, foi também o exemplo. Ao meu marido Adão, minha admiração e agradecimento, pelos espaços permitidos aos meus momentos de egoísmo. Teu colo, teu ombro, tua maneira atenta e paciente de ouvir minhas queixas não me deixaram desistir nos momentos em que tudo pareceu em vão e as forças esgotadas. Por tudo isso, minha gratidão e amor eterno. Aos meus filhos Tiago, Diego e Luíza. A vocês, mais do que um agradecimento, eu devo desculpas. Desculpas pela mãe atarefada e sem tempo, pela falta da atenção ou de abraço, mas muito obrigada pela paciência em me esperar. Tudo que eu faço é pensando em vocês, esperando que minha determinação e persistência sirvam de exemplo nas suas buscas. Vocês são o máximo. Um muito obrigada à Marilda; Ela permitiu que eu me ausentasse com menos culpa, por perceber que minha filha ficava feliz e bem cuidada. As mães entendem a bênção de se ter alguém a quem confiar os nossos filhos.

Outra pessoa especial a quem devo desculpas e agradecimentos é a minha orientadora. Um muito obrigada, simplesmente por você ser quem é, você sabe o quanto é especial, já as desculpas são pelo aumento do número de fios brancos em seus cabelos; no doutorado poderão ser rugas. Dra. Liana Lautert, novamente eu jamais teria conseguido sem você.

À amiga, Dra. Miriam de Abreu Almeida, meu muito obrigada pelo seu dom de ouvir, esta é uma arte fundamental aos amigos. Entretanto, você tem uma parcela de '*culpa*', pois sua

busca pelo conhecimento acerca dos diagnósticos de enfermagem me instigou nesta caminhada. Mas está perdoada, pois seus conhecimentos me auxiliaram nesta chegada.

À torcida organizada de amigas, cultivadas ao longo dos anos: Mariane, Nadjamara, Anacira, Andréia, Meghe e a todos que acreditaram neste momento, VALEU!

Agradeço, também, às amigas e colegas de trabalho Ângela, Ursula, Andréia e Gladis, pelas trocas de plantão, e a ‘chefe’, Sandra Gil, por facilitar estas trocas, fundamentais para o término desta dissertação. À colega Mara, por ter segurado sozinha alguns plantões, reconhecidamente difíceis, meu muito obrigada.

Agradeço igualmente à Banca Examinadora de Defesa, por disponibilizarem horas tão preciosas de suas atividades, auxiliando na construção e definição deste estudo.

Um agradecimento especial à instituição que permitiu minha coleta de dados, bem como aos colegas enfermeiros e auxiliares que aceitaram participar desta pesquisa. Deixo por fim, meu muito obrigada a Deus, pois somente por sua existência pude ter tantos amigos a quem agradecer.

Agradeço também, neste momento, àqueles que já se encontram ao lado de Deus, que com certeza torceram por esta vitória e agora estão me aplaudindo.

Este trabalho é dedicado aos meus familiares, como gratidão pelo apoio e torcida e a todos os colegas enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, em reconhecimentos ao trabalho precioso e de excelência prestado dia-a-dia.

RESUMO

Estudo qualitativo, cujos objetivos foram verificar a existência de características definidoras do diagnóstico de enfermagem, Desgaste do Papel de Cuidador, entre ou auxiliares de enfermagem, e conhecer a percepção dos enfermeiros quanto ao uso deste diagnóstico como uma possibilidade de avaliar o desgaste entre estes profissionais. A coleta de dados deu-se em um hospital geral localizado em Porto Alegre, Brasil. Os participantes foram nove enfermeiros e nove auxiliares de enfermagem que trabalham no setor de emergência deste hospital. Os dados foram coletados em duas etapas. Primeiramente, cada um dos enfermeiros aplicou um formulário a um auxiliar de enfermagem. O formulário constou de vinte questões baseadas em manifestações do diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador, e do estresse relacionado ao trabalho. Após a aplicação dos formulários os enfermeiros foram entrevistados. Da análise dos dados, observou-se que dos nove auxiliares de enfermagem, seis admitiram estar desgastados em seu papel de cuidador, enquanto três não confirmaram a presença do diagnóstico. Tanto os que confirmaram como os que não confirmaram a presença do diagnóstico assinalaram pelo menos quatro das manifestações de desgaste. Não houve um quantitativo mínimo ou máximo que determinasse ou refutasse a presença do diagnóstico, sendo esta determinação feita pelo próprio respondente. As características definidoras assinaladas como existentes em todos os formulários foram: falta de tempo para prestar cuidados adequados e fica apreensivo em relação ao trabalho de algum colega da equipe. O excesso de carga horária foi apontado como fator relacionado a seis diferentes características definidoras e o número excessivo de pacientes foi citado em quatro das vinte manifestações de desgaste. Os dados das entrevistas originaram três categorias: uso do formulário para diagnosticar Desgaste do Papel de Cuidador entre os cuidadores profissionais; uso diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador como um processo auxiliar de avaliação funcional, e dificuldades dos enfermeiros para fazer diagnóstico de enfermagem. O formulário foi percebido, pelos enfermeiros, como adequado e revelador. As dificuldades referenciadas advieram do pouco conhecimento, dos enfermeiros, em relação ao tema e da complexidade do próprio diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador. A aplicação do formulário foi associada pelos enfermeiros aos momentos de avaliação funcional e percebido como um espaço propiciador para o estabelecimento de vínculos afetivos entre os membros da equipe, reduzindo o caráter negativo das avaliações.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem: utilização. Cuidadores. Equipe de enfermagem. Auxiliares de enfermagem. Estresse. Papel do profissional de enfermagem. Humano.

RESUMEN

Es un estudio de alta calidad, cuyos objetivos fueron verificar la existencia de características definidoras del diagnóstico de enfermería, Desgaste del Papel de Cuidador, auxiliares de enfermería y conocer la percepción de los enfermeros en cuanto al uso de este diagnóstico como una posibilidad de evaluar el desgaste entre estos profesionales. La recolección de datos se realizó en un hospital general localizado en Porto Alegre, Brasil. Participaron de esta investigación nueve enfermeros y nueve auxiliares de enfermería que trabajan en el sector de emergencia de este hospital. La recolección de datos fue realizada en dos etapas diferentes. Primeramente, cupo a cada uno de los enfermeros aplicar un formulario a un auxiliar. El formulario constó de veinte cuestiones, con base en manifestaciones del diagnóstico de Desgaste del Papel de Cuidador y estrés relacionado al trabajo. Tras la aplicación de los formularios, los enfermeros fueron entrevistados. Del análisis de los datos se observó que de los nueve auxiliares, seis admitieron estar desgastados en su papel de cuidador, mientras tres no confirmaron la presencia del diagnóstico. Tanto los que confirmaron como los que no confirmaron la presencia del diagnóstico señalaron por lo menos cuatro de las manifestaciones de desgaste. No hubo un cuantitativo mínimo o máximo que determinase o refutase la presencia del diagnóstico, siendo que esta determinación fue hecha por el propio encuestado. La característica definidora señalaba a todos los formularios fue falta de tiempo para prestar cuidados adecuados y queda aprensivo con relación al trabajo de algún compañero del equipo. El exceso de carga horaria fue apuntado como factor relacionado a las seis diferentes características definidoras y el número excesivo de pacientes apuntado como una de las etiologías para cuatro de las veinte manifestaciones de desgaste. Los datos de las entrevistas dieron origen a tres categorías: uso del formulario para diagnosticar Desgaste del Papel de Cuidador entre los cuidadores profesionales; uso diagnóstico de enfermería Desgaste del Papel de Cuidador como un proceso auxiliar de evaluación funcional y dificultades de los enfermeros para hacer diagnóstico de enfermería. El formulario fue percibido, por los enfermeros, adecuado y revelador. Las dificultades mencionadas proceden del poco conocimiento, por parte de los enfermeros, con relación al diagnóstico y de la complejidad del propio diagnóstico Desgaste del Papel de Cuidador. Aplicación del formulario fue asociada por los enfermeros a los momentos de evaluación funcional y percibido como un espacio propicio para el establecimiento de vínculos afectivos entre los miembros del equipo de enfermería, reduciendo el carácter negativo de las evaluaciones.

Descriptor: *Diagnóstico de enfermería: utilización. Cuidadores. Grupo de enfermería. Auxiliares de enfermería. Estrés. Rol de la enfermera. Humano.*

Título: *Desgaste del papel de cuidador: utilizando los diagnósticos de enfermería para verificar desgaste de los profesionales de enfermería.*

ABSTRACT

Is a qualitative study with the objectives of verifying the existence of defining characteristics of the nursing diagnosis Caregiver Role Strain among the nursing assistants, as well as learning the nurses' perception towards the use of this diagnosis as a possibility of evaluating the strain among these professional. The data was collected in a general hospital located in Porto Alegre, Brasil. Nine nurses and nine nursing assistants who worked in the emergency area of this hospital participated of this work. The data collection occurred in two different stages. First, each nurse applied a form to a nursing assistant. The form consisted of twenty, based on manifestation of the "Caregiver Role Strain" diagnosis and stress related to work. After the application of the forms, the nurses were interviewed. From the data analysis it was observed that of the nine nursing assistants, six admitted being strained in his/her role of caregiver, while three didn't confirm the presence of the diagnosis. Both the assistants who confirmed the presence of the diagnosis and the ones who didn't confirm it checked at least four of the strain manifestations. There hasn't been a minimum or maximum quantity to determine or refute the presence of the diagnosis this has been determined by the person who completed the form. The defining characteristic considered present by all the forms was: lack of time to take more adequate care, followed by becoming apprehensive towards the work of a colleague of the team. The excessive workload was pointed out as factor related to six different defining characteristics and the excessive number of patients was, pointed as one of the etiologies for four of the twenty strain manifestations. The data collected through the interviews originated three categories: use of the form to diagnose Caregiver Role Strain among professional caregivers; use of this nursing diagnosis as an auxiliary process of functional evaluation; and difficulties of the nurses to diagnose in nursing. The nurses perceived by the forms, as adequate and revealing. The difficulties referred resulted from the little knowledge of the nurses in relation to the theme nursing diagnosis and the complexity of the Caregiver Role Strain diagnosis. The application of the form was associated by the nurses to the moments of functional evaluation, and perceived as favorable opportunity for the establishment of emotional tie among the members of the nursing team, reducing the negative character of the evaluations.

Descriptores: *Nursing diagnosis: utilization. Caregivers. Nursing, team. Nurses' aides. Stress. Nurse's role. Human.*

Title: *Caregiver role strain: using the nursing diagnosis to for verifying the strain among the nursing professional.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	Trabalho	19
2.2	O Estresse e o Trabalho	21
2.3	Processo de Enfermagem	26
2.3.1	Diagnóstico de Enfermagem (D.E.)	30
2.3.1.1	<i>Estrutura do Diagnóstico de Enfermagem</i>	34
2.3.1.2	<i>Desgaste do Papel de Cuidador (D.P.C)</i>	36
3	CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO	41
3.1	Opção Metodológica	41
3.2	Local do Estudo	42
3.3	Entrada em Campo	43
3.4	Participantes do Estudo	44
3.5	Instrumentos de Coleta de Dados	46
3.6	Método de Organização e Análise dos Dados	47
3.7	Considerações Éticas em Relação à Pesquisa	48
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4.1	Distribuição das Características Definidoras Confirmadas e Fatores Relacionados	52
4.2	Apresentando os Dados dos Formulários com Diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador Confirmado	55

4.2.1	Apresentação do F1	55
4.2.2	Apresentação do F2	55
4.2.3	Apresentação do F3	56
4.2.4	Apresentação do F4	57
4.2.5	Apresentação do F5	57
4.2.6	Apresentação do F6	58
4.3	Apresentando os Dados dos Formulários com Diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador Não-Confirmado	58
4.3.1	Apresentação do F7	58
4.3.2	Apresentação do F8.....	59
4.3.3	Apresentação do F9	59
4.4	Discutindo os Dados dos Formulários	60
4.5	Apresentando e Discutindo os Dados das Entrevistas	75
4.5.1	Uso do formulário para diagnosticar Desgaste do Papel de Cuidador entre cuidadores profissionais	76
4.5.2	Uso do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador como processo auxiliar de avaliação funcional	79
4.5.3	Dificuldades dos enfermeiros para fazer diagnóstico de enfermagem	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE A – Formulário para identificação do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador	98
	APÊNDICE B – Entrevista com os Enfermeiros	101
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Enfermeiros ..	102

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem	103
ANEXO A – Textos introdutórios acerca dos Diagnósticos de Enfermagem em específico o diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador	105
ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição CEP – GHC; RESOLUÇÃO 196/96	118

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Muitos trabalhos vêm sendo realizados no sentido de buscar a humanização dos cuidados prestados pela enfermagem aos seus pacientes. Busca-se um cuidado mais individualizado, holístico com inter-relação entre o cuidador e o ser cuidado.

Cuidar do outro como um ser único e vê-lo de forma integral é inevitavelmente relacionar-se com ele e consigo mesmo. Cuidar de si pressupõe autoconhecimento, de forma a compreender suas respostas internas e externas.

As formas de cuidar, a preocupação com o outro se concretizam nos relacionamentos humanos, sendo que a “expressão, a atitude de cuidado de uma pessoa, fundamenta-se em quem a pessoa é, no que ela conhece e no modo como se percebe. A percepção honesta de si mesma (...) conduzem-na à capacidade de perceber os outros como pessoas e suas necessidades de cuidado” (SOUZA, 2001, p. 29).

Fala-se, pesquisa-se e escreve-se sobre as percepções dos pacientes nesta ou naquela unidade hospitalar, vivenciando este ou aquele problema de saúde. Tenta-se cada vez mais ouvir e entender como os pacientes querem ser cuidados e o que eles necessitam.

Paralelamente, verifica-se a crescente complexidade dos cuidados prestados aos pacientes, bem como o aumento das demandas de produtividade, nos diferentes setores de atenção à saúde. Atenção à saúde, hoje, pressupõe qualidade pelo menor custo. Neste cenário encontra-se a equipe de enfermagem, presente durante 24 horas, responsável por cumprir metas, as quais, por vezes, são implementadas sem o devido planejamento e preparo desta equipe. O trabalhador, por sua vez, busca se adaptar às exigências das situações, utilizando-se de recursos pessoais e mecanismos de enfrentamento. No entanto, nem sempre essa adaptação ocorre com

êxito, determinando um distanciamento entre a prestação de cuidados pretendida e aquela desenvolvida.

Este processo pode desencadear o adoecimento do trabalhador, à medida que encontra dificuldades para manejar e controlar as situações, comprometendo ainda mais a prestação de cuidados.

Frente a isso, alguns pesquisadores, se preocupam em entender as vivências do indivíduo em seu papel profissional, as relações e as influências do trabalho sobre o trabalhador, ou seja, o que o trabalhador sente e o que ele precisa.

Na enfermagem, algumas pesquisas têm demonstrado interesse em saber como os profissionais vivenciam seu trabalho de cuidadores. Alguns destes trabalhos foram realizados por enfermeiras, preocupadas em demonstrar e analisar os impactos do trabalho sobre seus trabalhadores, como Bianchi; Silva (1992), Lautert (1995); Radünz (1999), entre outros.

Contudo, a enfermagem tem peculiaridades enquanto equipe, permitindo muitas abordagens sobre o trabalho de seus profissionais.

Uma delas é o fato da equipe de enfermagem ser composta por categorias profissionais heterogêneas em graus de escolaridade, em salários e em responsabilidades, conforme exemplos descritos em Caregnato (2002), e que teoricamente devem trabalhar de forma harmoniosa. Por este motivo, embora se fale sobre a equipe de enfermagem, a maioria dos trabalhos restringe-se a pesquisar uma de suas categorias.

O tema estresse/desgaste profissional entre os membros da equipe de enfermagem, é um assunto que há muito me interessa, sendo que o papel da enfermeira como cuidadora desta equipe, devido ao seu cargo de coordenadora/supervisora/chefe, vem me suscitando inúmeros questionamentos, dentre eles, saber qual a percepção das enfermeiras frente ao possível desgaste

profissional de algum dos membros de sua equipe, bem como reconhecer a existência de manifestações de desgaste profissional entre os técnicos/auxiliares de enfermagem.

Para Dejours (1999), é difícil para os administradores ou profissionais de recursos humanos perceber o sofrimento mental dos trabalhadores, devido ao seu distanciamento. Partindo-se desta premissa, pode-se inferir que a proximidade da enfermeira em relação a equipe da qual fizer parte lhe permitiria maiores condições de ter esta percepção.

Contudo, exercendo a função de enfermeira assistencial não me sentia preparada ou até disponível para perceber, de forma individualizada, o desgaste dos técnicos e auxiliares das equipes as quais fiz parte. Ouvia queixas, percebia a sobrecarga física e emocional, mas na maioria das vezes não chegava a fazer uma avaliação mais aprofundada das situações, restringindo-me a dar um rótulo de estressado a um ou outro membro que se destacasse em atitudes agressivas ou de forma 'poliqueixosa'.

Percebia que alguns profissionais sofriam mais com as exigências do trabalho e, algumas vezes, procurei detectar de forma mais consistente o que estava ocorrendo. Em geral, buscava em possíveis problemas particulares as justificativas para seu desgaste ou sofrimento, mas confesso que além de incompetente para fazer o diagnóstico correto da situação, poucas vezes conduzia as situações de maneira a obter resultados satisfatórios.

Minhas angústias voltavam-se sempre para o cuidado aos pacientes, em protegê-los destes profissionais, por acreditar que os indivíduos são únicos e reagem em sua totalidade, e que sinais e sentimentos de desgaste perpassam as atitudes durante as vivências de cuidado.

Percebia, inclusive, que estas dificuldades não eram somente minhas. Outras colegas enfermeiras comentavam sobre um ou outro membro da sua equipe que parecia estar estressado, mal-humorado, complementando, algumas vezes, com uma suposta compreensão do fato, relacionando-o a uma sobrecarga de trabalho ou a reflexos de problemas particulares. No entanto,

não havia comentários sobre as intervenções frente a essas percepções; as atitudes, quando existentes, resumiam-se em conversas informais ou sugestões para procura de profissionais da medicina do trabalho, sendo que somente os encaminhamentos, em formulários não específicos, constavam como registro de intervenção de alguma enfermeira. Permanecíamos, assim, nós enfermeiras, distantes de prestarmos cuidados a nossa equipe.

Na busca de caminhos que possam modificar estas situações, busco o aprofundamento sobre o que realmente possa estar acontecendo com os membros da equipe de enfermagem, o que representam as queixas, os sofrimentos, as agressividades, enfim aquilo que alguns enfermeiros denominam de estresse ou desgaste.

Dentre muitos outros estudiosos sobre estresse, Peiró (1993) faz uma análise sobre as diversas teorias e o reconhecimento dos desencadeantes de estresse no mundo do trabalho, assim como os mecanismos de enfrentamento que individualizam as percepções e as vivências de cada ser.

Lautert (1995), em sua tese de doutorado, analisa entre as enfermeiras a presença da Síndrome de Burnout, ou seja, estresse crônico relacionado ao trabalho.

Enfim, vê-se alguns estudiosos preocupados com as vivências no trabalho e os impactos destas para os trabalhadores. Entretanto, para as enfermeiras, parece manter-se a dificuldade em registrar os indicadores que possam ser reconhecidos como estresse e identificar ações que sejam adequadas e eficazes para o manejo desta situação, de maneira a prestar um cuidado humanizado também aos cuidadores da equipe de enfermagem.

Estas dificuldades são confirmadas nas falas das enfermeiras, participantes da pesquisa realizada por Lautert e Soares (2002), que afirmam perceber uma falta de interesse das colegas pelos possíveis problemas dos funcionários, creditando este fato à falta de preparo dos

enfermeiros em lidar com determinadas situações. As conversas informais parecem ser uma forma utilizada para amenizar problemas, entretanto são percebidas como pouco eficazes.

Demonstra-se, desta forma, a necessidade de pesquisas e o desenvolvimento de instrumentos com a finalidade de instrumentalizar as enfermeiras na investigação e registro de sinais e sintomas de desgaste profissional, bem como trabalhos de capacitação dos profissionais para identificação deste fenômeno.

A complexidade deste tema representa um grande desafio principalmente no que tange a criar e incorporar novos processos e instrumentos de estudos, onde os trabalhadores sejam sujeitos e parceiros.

Neste sentido, este estudo propõe-se a buscar no diagnóstico de enfermagem, mais especificamente no diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador, baseado na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), uma possibilidade não só de verificar o desgaste da equipe de enfermagem e os fatores causais, mas também registrar estes dados, utilizando uma linguagem própria da enfermagem, buscando intervenções eficazes.

A opção pelo estudo do diagnóstico de enfermagem provém do envolvimento desta pesquisadora com o assunto.

Durante o período em que trabalhei como professora universitária conheci e me interessei pelos diagnósticos de enfermagem, passando a participar de grupos de estudo sobre o assunto. As polêmicas e controvérsias geradas pelo tema serviam apenas para instigar ainda mais minha curiosidade, estimulando pensamentos críticos relacionados a minha profissão.

Percebo, então, que os estudos e o uso dos diagnósticos podem ser um caminho para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas da enfermagem, compactuando com Almeida (2002, p. 29) ao afirmar que “diagnosticar em enfermagem abarca, a *priori*, dimensões de competência técnico-científica, ética, cultural, social, espiritual e em tecnologias da

informação e comunicação, a serem contempladas na formação da enfermeira ao longo do curso de graduação”.

Pressuponho, também que esta metodologia ou processo possibilita a participação do paciente nas decisões sobre as intervenções e cuidados que lhe serão prestados, vindo ao encontro do pressuposto relacional do cuidado de enfermagem.

Infere-se, então, que a aplicação do diagnóstico de enfermagem, Desgaste do Papel de Cuidador, como uma forma de diagnosticar desgaste profissional entre auxiliares e técnicos de enfermagem irá igualmente possibilitar a participação destes trabalhadores, enquanto sujeitos de sua vida e de sua saúde, capazes de contribuir para o melhor conhecimento das relações entre a saúde e o trabalho em saúde, intervindo de maneira a qualificar ainda mais os cuidados prestados a si mesmos e aos outros.

Diante das colocações, têm-se como objetivos os que se seguem:

1.1 Objetivos

Verificar a existência de características definidoras do diagnóstico de enfermagem, Desgaste do Papel de Cuidador, entre técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, que trabalham em hospital.

Conhecer a percepção dos enfermeiros quanto ao uso deste diagnóstico como uma possibilidade de avaliar o desgaste dos profissionais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem da sua equipe.

Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como tema os diagnósticos de enfermagem, baseados na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), em específico o diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador.

Para o aprofundamento desta temática realizou-se uma breve abordagem sobre o trabalho e o estresse no trabalho, buscando compreender as relações entre o trabalho, a saúde e o adoecimento do trabalhador.

Isto posto, passa-se à apresentação mais detalhada do processo de enfermagem e da etapa diagnóstica, detendo-nos mais especificamente no diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador.

2.1 Trabalho

Historicamente o trabalho vem sendo discutido no campo social, político e econômico, pois constitui o meio pelo qual são produzidos os bens e serviços que a sociedade deseja, bem como é um dos subsistemas de atividade humana que cumpre a função de proporcionar identidade social às pessoas, integrando-as em um grupo, criando oportunidades para que se sintam socialmente úteis (PEIRÓ; SALVADOR, 1994).

As condições de trabalho e seus impactos sobre a saúde do trabalhador parecem ter recebido maior consideração a partir dos movimentos sociais que se iniciaram após a revolução industrial, no início do século XX. O trabalho penoso, perigoso e com longa carga horária passa a refletir diretamente sobre os índices de morbi e mortalidade, fazendo com que não só a sociedade

atentasse para o fato, mas também os próprios empresários que dependiam da mão-de-obra para obtenção dos lucros esperados (MENDES, 1995).

Nesta época, os estudos demonstraram haver uma relação de causa e efeito, ou seja, um indivíduo exposto a agentes biológicos, físicos e químicos, pode adoecer e morrer. Desta forma, evitando-se as exposições a estes agentes, o trabalhador manter-se-ia saudável.

Sem dúvida esta compreensão do processo de adoecimento foi e ainda é de grande valia para a humanidade e repercutiu em melhorias das condições de trabalho, bem como das condições gerais de vida. Entretanto, a compreensão dos agentes psicológicos e psicossociais, como capazes de interferir no processo de saúde dos trabalhadores ainda é restrita e de difícil demonstração científica.

Mendes (2003), ao descrever conceitos de patologias do trabalho, se refere à outra forma de doença, pouco conhecida e valorizada pela medicina por seu caráter subjetivo, que é o incômodo. Diante da distinção entre os efeitos somáticos e o incômodo, o autor diz que esta distinção deveria ser rejeitada pois:

(a) os trabalhadores não respondem como um sujeito dicotomizado, mas como pessoas unas e inteiras; (b) o incômodo percebido pode ser identificado e avaliado tão objetivamente quanto sintomas e sinais somáticos – pelo menos em nível de grupo – através de questionários validados; (...) (c) incômodos percebidos diminuem a qualidade de vida, tanto para trabalhadores como para a população geral (MENDES, 2003, p.49-50).

Assim como o incômodo, estresse e desgastes emocionais ou psicológicos, causados pelo trabalho, encontram grande resistência de serem profundamente estudados, dado seu caráter subjetivo.

Trabalhos como os de Dejours; Abdoucheli; Jayet (1994), demonstram uma preocupação específica sobre os impactos psíquicos do trabalho sobre o trabalhador. Para os autores, as condições de trabalho podem ser responsáveis pelo desgaste do corpo, porém a organização do

trabalho influencia a mente, sendo que o trabalho pode ser fonte de equilíbrio para uns e a causa de fadiga para outros, podendo causar sofrimento ou prazer.

As diferenças quanto à percepção e as respostas de cada indivíduo frente aos impactos do trabalho estão relacionadas aos mecanismos de enfrentamento, motivos, desejos, enfim, a uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos (PEIRÓ, 1993; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Outro aspecto a ser considerado é o fato de que as manifestações dos impactos e das tensões sofridas ao longo da história de vida de alguém poderão ser percebidas por aqueles que convivem entre si, dentro ou fora do trabalho (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

A percepção em relação às tensões e ao desgaste dos outros irá acontecer no âmbito das relações humanas, refletindo em cada um enquanto indivíduo e nos grupos como um todo.

Acredita-se por isso, que a subjetividade própria das vivências do estresse, tensões ou desgaste associado ao trabalho não pode acarretar prejuízos a sua compreensão, subestimando-se suas conseqüências em relação à saúde do trabalhador, enquanto indivíduo e enquanto grupo.

2.2 O estresse e o Trabalho

O termo estresse vem da Física, com o sentido de avaliar o grau de deformidade de uma estrutura quando submetida a um esforço, tendo sido utilizado pelo endocrinologista Hans Selye para denominar um conjunto de reações orgânicas desenvolvidas frente a uma situação que exija esforço (GRANDJEAN, 1998; FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Grandjean (1998, p.163) assegura, que para Selye o estresse é “uma reação do organismo a uma situação ameaçadora. Os estressores (ou agentes estressores) são as causas externas, enquanto que o estresse é a resposta do corpo humano aos estressores”.

O termo estresse tem sido utilizado popularmente e de forma generalizada, na maioria das vezes, associado a situações negativas de desgaste físico e mental. Todavia, o estresse não é necessariamente bom ou ruim, mas necessário, pois estímulos estressantes ativam respostas orgânicas e emocionais, individuais, objetivando o enfrentamento de diferentes situações do cotidiano (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Para os mesmos autores, o estresse relacionado ao trabalho é conceituado como:

situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador as suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ ou a sua saúde física ou mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho, à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações (FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 31).

Mesmo afirmando que o estresse não é necessariamente bom ou ruim percebe-se no conceito dado, pelos autores, ao estresse relacionado ao trabalho, uma conotação bastante negativa.

Seyle foi o primeiro estudioso a fazer referências ao estresse positivo e negativo, devido a sua capacidade de gerar estímulos que permitem às pessoas obterem resultados, satisfatórios ou insatisfatórios em suas atividades. Entretanto, as conseqüências negativas relacionadas ao estresse foram as que obtiveram maior atenção por parte dos pesquisadores, provavelmente por ser esta a conotação dada pela maioria das pessoas (PEIRÓ, 1993; QUICK *et al.*, 1997; FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Os aspectos físicos e químicos do ambiente e o desempenho do trabalhador na realização de tarefas conforme as demandas ambientais foram focos iniciais de investigações sobre o estresse no trabalho. Somente nas últimas décadas estudos que abordam as questões psicossociais, relacionando o trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, têm obtido interesse por parte de pesquisadores.

Diversas são as teorias sobre estresse, sendo que Peiró (1993), ao estudar o tema, contempla diferentes abordagens sobre as mesmas, configurando um modelo com seis blocos, onde considera as variáveis ambientais, as características do indivíduo, as experiências subjetivas, as estratégias de enfrentamento, os resultados das experiências vividas e as conseqüências do estresse.

Desta forma, o estresse enquanto processo pode ser conceituado como estímulos vivenciados diferentemente por cada indivíduo de acordo com recursos intrínsecos, manifestados por características pessoais, determinados por experiências prévias, que por sua vez, determinarão a capacidade de enfrentamento, resultando em diferentes conseqüências.

Frente à dificuldade em se adaptar a certas situações, ou quando a demanda é maior do que os recursos disponíveis, no indivíduo aparecem uma série de sinais e sintomas descritos como indicadores de estresse.

Para Quick *et al.* (1997), o estresse ruim pode estar expresso sob forma de desordens fisiológicas, psicológicas e comportamentais. Acrescenta-se a estas as desordens sociais, que podem estar diretamente relacionadas a qualquer uma das anteriores.

Estudos demonstram que o "ser humano tem apresentado dificuldades em lidar com estímulos estressores ambientais, sócio-econômico-culturais da sociedade industrial e urbana" (FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 57).

O progresso tecnológico das últimas décadas e a visão econômica preponderante nas gestões administrativas, inclusive dentro dos hospitais, tem gerado situações de conflito. Quando o sistema profissional prioriza o cuidado humanizado e o administrativo prioriza a contenção de despesas com alta produtividade, tem-se como resultado a insatisfação do trabalhador (LAUTERT, 1997); sendo que um ambiente de insatisfação pode ser extremamente estressante, conforme a capacidade de enfrentamento do sujeito que o vivencia.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 28), acreditam que a organização do trabalho pode ser considerada como a vontade do outro, e que o agir conforme a vontade do outro, dentro de um sistema de controle rígido, aumenta a carga psíquica negativa sobre o trabalhador, ou seja, "a carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho. Em geral, a carga psíquica do trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui".

De acordo com Pitta (1999, p. 42), o trabalho dentro de uma instituição hospitalar tem aspectos próprios relacionados à existência de "características ambíguas entre uma mítica religiosa/ caritativa e as regras gerais de mercado típicas das formas de organização das sociedades concretas".

Se via de regra, os hospitais têm peculiaridades que os fazem ser considerados ambientes exclusivos, alguns setores parecem exigir mais que outros, no que tange às demandas físicas e psíquicas de seus trabalhadores. Por exemplo, "o estresse contínuo exercido sobre os enfermeiros, em ambientes de emergência, ultrapassa a duração e a frequência normais voltadas à sobrevivência" (OMAN; KOZIOL-McLAIN; SCHEETZ, 2003, p. 58).

Os profissionais de emergência constantemente enfrentam situações de extrema gravidade, sendo esperado que os mesmos tomem rápidas e acertadas decisões, ajam em um curto espaço de tempo, parecendo sempre que a vida e a morte dependem de suas capacidades e habilidades. Além disto, é nas emergências que são recebidos os pacientes e seus familiares, em momentos de maior angústia, medo e ansiedade, expressados, muitas vezes, sob forma de violência contra os profissionais que os recebem, inclusive a equipe de enfermagem (SKABA, 1997).

Talvez seja muito difícil modificar os ambientes de emergência de forma a torná-los menos estressante; no entanto, é imprescindível que se busque, aprenda e ensine formas de

enfrentamento, tornando as conseqüências deste estresse menos prejudicial à saúde destes profissionais.

O uso intercalado das palavras estresse, em seu significado negativo, e desgaste, nesta pesquisa, encontra respaldo nas afirmações de Quick *et al.* (1997), ao lembrarem que a palavra *distress* foi usada por Selye em 1976 para definir estresse ruim. Estes autores acreditam que *distress* possa ser usada de forma intercalada com a palavra *strain*.

No dicionário médico Stedman, a palavra *strain* está traduzida para o português como “fazer esforço além do limite da própria resistência (...), lesar por uso excessivo ou impróprio” (...), bem como o “ato de esforçar-se” (STRAIN, 2003, p.1516).

BRASIL (2001, p. 597), define desgaste como “a perda da capacidade corporal e psíquica potencial e/ou efetiva”.

Didaticamente seria possível apresentar o desgaste como conseqüência do *distress*. Entretanto, esta limitação se restringe a uma compreensão didática, ora que a determinação de causas e conseqüências, parece apontar em uma mesma direção.

O mesmo acontece com a Síndrome de Esgotamento Profissional reconhecida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil como doença relacionada ao trabalho através do Código Internacional de Doenças (CID) Z73.0, conceituada como “resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho”. Esta síndrome “envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, à organização e ao trabalho”, devendo ser diferenciada das manifestações tradicionais do estresse que “não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal, que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto, na sua relação com o trabalho” (BRASIL, 2001, p. 191).

Estes conceitos parecem ter uma linha tênue de diferenciações, demonstrando a subjetividade e as peculiaridades que envolvem as condutas e atitudes humanas, seu impacto para os próprios seres humanos, bem como no ambiente em que se vive.

Uma limitação para definição no uso de termos que sejam adequados é a restrita bibliografia brasileira gerada por pesquisas brasileiras sobre estes assuntos. As traduções, por melhores que pareçam e mesmo que realizadas por pessoas qualificadas, não raro perdem a real significância das palavras, ora em prol de uma melhor compreensão, ora pela simples falta de sinonímia.

Cabe, como exemplo, citar as diferentes traduções já feitas ao título do diagnóstico de enfermagem estudado nesta pesquisa. O título original *Caregiver Role Strain* está traduzido para o português como Desgaste do Papel da Pessoa que Presta Cuidados em Doenças; Moorhouse (1999) e em Alfaro-Lefevre (2000). Já em Carpenito (1997, 2001, 2002), lê-se Desgaste do Papel de Cuidador.

A palavra Desgaste foi alterada para Tensão, em Carpenito (2003), a fim de manter linguagem semelhante à utilizada pela North American Nursing Diagnosis Association (2002), onde o título é traduzido como Tensão Devida ao Papel de Cuidador.

No decorrer deste estudo optou-se por manter o título Desgaste do Papel de Cuidador pelo fato da palavra desgaste nos parecer mais adequada às definições dadas ao diagnóstico por diferentes autores, bem como pelo fato de que este foi o título utilizado no início da pesquisa.

2.3 Processo de Enfermagem

A enfermagem, enquanto profissão, tem sido gradativamente reconhecida pelos trabalhos de estudiosos preocupados em conceituar sua base de conhecimentos, definir suas

práticas, os resultados esperados de suas intervenções, enfim, posicionar a enfermagem frente ao contexto profissional. Da caridade ao profissionalismo, muitas mudanças já se fizeram concretas, entretanto na prática diária os obstáculos são ainda consistentes.

Alguns pressupostos, como a natureza interpessoal da enfermagem, sua interface com a prática de outros profissionais da saúde, a necessidade de conhecimento de outras ciências e do uso de instrumentos que permitam organizar e registrar as ações vêm sendo objeto de estudo por parte dos enfermeiros, contribuindo para a prática profissional.

Por volta dos anos 50, algumas enfermeiras, como Henderson e Abdellah, começam a se preocupar em desenvolver teorias que demonstrassem a diferenciação entre a medicina e a enfermagem, propondo, então, que fossem organizados currículos de enfermagem de acordo com problemas de enfermagem ou necessidades dos pacientes, e não somente baseados em diagnósticos médicos (CRUZ, 1995).

Na década de 70, a enfermeira brasileira Wanda de Aguiar Horta, preocupada com a falta de organização do trabalho de enfermagem, propõe o uso do processo como uma forma de sistematização capaz de demonstrar o que ela considerou "a ciência da enfermagem" (HORTA, 1979, p. 7).

Segundo Paul e Reeves (1995), diferentes teorias e modelos podem orientar a prática da enfermagem, sendo que quando apropriada a aplicação da teoria à prática, esta pode ser sistematizada através do uso do processo de enfermagem.

A utilização do processo como um instrumento a ser inserido na prática profissional, tem sido sugerida por diversos enfermeiros, diferenciando-se, basicamente, na apresentação de suas etapas. O que parece gerar a concordância sobre o assunto é o fato de que para sua operacionalização é imprescindível o uso de habilidades cognitivas, técnicas e de inter-relacionamento, sendo que o processo não acontece de forma estanque, ou seja, cada passo deve

ser reavaliado no todo e a qualquer momento que houver a percepção desta necessidade, tanto por parte da enfermeira quanto por parte do cliente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; CARPENITO, 1997; DOENGES; MOORHOUSE, 1999; ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Embora não tenha registrado um processo nos moldes hoje reconhecidos, Florence Nightingale, enfermeira precursora da enfermagem moderna, já investigava coletando dados, acreditando ser essencial perguntar ao paciente o que ele deseja. A investigação também aparecia através das suas observações acerca do ambiente. Desta forma, Nightingale concluía e planejava suas ações baseando-se nos dados coletados em suas investigações (LOBO, 1995).

Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey (1993), ao escreverem sobre o processo de enfermagem, informam que as enfermeiras americanas Hall, Johnson, Orlando e Wiedenbach desenvolveram, cada uma de forma distinta, um modelo de processo constituído de três fases, sendo que Yura e Walsh foram as primeiras a descreverem o processo com quatro fases. A fase do diagnóstico foi acrescentada a partir da metade dos anos 70, por Bloch, Roy, Mundinger e Jauron e Aspinall, embora, de acordo com as enfermeiras brasileiras Benedet e Bub (1998), o termo diagnóstico de enfermagem tenha sido referido pela primeira vez por Vera Fry em 1953.

Para Alfaro-LeFevre (2000, p. 29), o processo de enfermagem é

um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, (...). É sistemático por consistir em cinco passos - Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (...) e é humanizado por basear-se na crença de que à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento de saúde (a pessoa, a família e a comunidade).

Considerando-se a história percorrida para o desenvolvimento do processo de enfermagem, fica evidente a existência de uma preocupação em organizar os dados coletados pelos enfermeiros obtendo-se um guia às intervenções de enfermagem, de forma que estas

intervenções possam alcançar tanto os interesses do cliente quanto os objetivos da enfermagem de qualificar e individualizar os cuidados prestados.

É exatamente no que tange à individualização que se percebe maiores polêmicas. Alguns profissionais vêm no processo de enfermagem um instrumento de ‘engessamento’ das ações, impedindo a flexibilidade e a criatividade necessárias à individualização na prestação dos cuidados de enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Por outro lado, têm-se as imposições legais¹ e institucionais, que exigem a implementação de uma sistematização de cuidados de enfermagem dentro das instituições. Estas exigências nem sempre vêm ao encontro das condições reais de trabalho ou da necessidade de qualificação dos serviços. Muitas vezes, processos são exigidos apenas com o intuito de que haja registros de sua existência ou para acompanhar tendências de um determinado momento, sendo que, não raro, são estabelecidas por pessoas afastadas da realidade dos serviços.

Diante disto, pode-se questionar se é o processo em si que acarreta dificuldades no trabalho da enfermagem, se são os meios utilizados para sua implementação dentro das instituições de saúde ou são as dificuldades que os enfermeiros têm para analisar e registrar dados.

Pressupõe-se que um somatório de situações advindas da própria história de submissão da enfermagem, acostumada a não se expor diante de outros profissionais de saúde e atrelada a um fazer pouco questionador, incentivada por um ensino tecnicista focalizado na visão biomédica relativa ao paciente, é o que influencia as resistências percebidas, não só no que se refere à implementação do processo de enfermagem, bem como a várias outras propostas de mudanças.

¹ Resolução COFEN 272/2002

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

No entanto, o reconhecimento das dificuldades e das imperfeições relativas à aplicação de um processo de enfermagem na prática deve constituir não o afastamento desta possibilidade, mas sim um incentivo a pesquisas que demonstrem quais os melhores e viáveis caminhos que qualifiquem ainda mais os cuidados prestados por esta categoria profissional.

Considerando os objetivos deste trabalho apenas a segunda etapa do processo de enfermagem, descrito em cinco etapas por Alfaro-LeFevre (2000), ou seja, a etapa do diagnóstico, será apresentada.

2.3.1 Diagnóstico de Enfermagem (D. E.)

Diferentes abordagens podem ser feitas quanto ao diagnóstico, podendo-se considerá-lo como um processo que envolve distintas capacidades, a exemplo do pensamento crítico e a tomada de decisão, bem como um produto ou um subprocesso do processo de enfermagem (ALMEIDA, 2002).

Neste estudo, o diagnóstico será considerado como uma das etapas do processo de enfermagem, sendo esta a perspectiva a ser aprofundada.

Como já referido anteriormente, o termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado na década de 50 por Vera Fry. Porém somente duas décadas mais tarde o mesmo foi acrescentado como uma das etapas do processo de enfermagem.

Cruz (1995, p. 162), acredita que "um conflito quanto ao uso da palavra diagnóstico que se pensava ser de propriedade da medicina pode ter atrasado o desenvolvimento dos nossos diagnósticos enquanto fenômenos do âmbito exclusivo da enfermagem".

Procurando-se a imparcialidade dos dicionários, encontra-se diagnóstico como sendo o reconhecimento de uma doença através de seus sinais e sintomas, e diagnosticador é aquele que sabe fazer o diagnóstico (DIAGNÓSTICO, 1999).

Estas definições parecem remeter o leitor ao profissional de medicina, ainda que, diagnosticar não seja referida como atribuição exclusiva deste profissional.

Desta forma, com uma série de questões entreabertas, e várias críticas sobre o tema acontece nos anos 70 a primeira conferência sobre diagnóstico de enfermagem, momento em que é criado um grupo composto por enfermeiras americanas e canadenses cujo objetivo era o de classificar diagnósticos com base nos conhecimentos da enfermagem. Este grupo, a partir da 5ª Conferência Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, passa a ser conhecido como NANDA, sigla correspondente a North American Nursing Diagnosis Association.

Na década de 80, a American Nurses Association (ANA) passou a usar o processo de enfermagem como um marco teórico em sua Declaração de Política Social e de seus Padrões de Prática, proporcionando estímulo e apoio ao uso dos diagnósticos de enfermagem ao definir enfermagem como sendo "o diagnóstico e o tratamento da resposta humana aos problemas de saúde reais ou potenciais" (apud CARPENITO, 1997, p.28).

Em 1973 o esforço classificatório resultou em diagnósticos listados em ordem alfabética, sendo que em 1986 foi publicada pela NANDA a denominada Taxonomia I, compreendendo nove Padrões de Respostas Humanas com finalidade classificatória, quais sejam: troca (envolve dar e receber recíprocos), comunicação (envolve o envio de mensagens), relação (estabelecimento de elos), valorização (designação de um valor relativo), escolha (envolve a seleção de alternativas), movimento (atividade), percepção (envolve a recepção de mensagens),

conhecimento (envolve o conhecimento associado à mensagem), sentimento (percepção subjetiva das mensagens) (CARPENITO, 1997; DOENGES; MOORHOUSE, 1999).

Em abril de 2000 foi publicada a Taxonomia II, traduzida para o português em 2002. Embora semelhante à Taxonomia I, a Taxonomia II traz diferenças em sua estrutura, apresentando um sistema multiaxial, onde os 155 diagnósticos estão dispostos em 13 domínios e 46 classes (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2002).

Contudo o desenvolvimento de um sistema completo de classificação mostra-se difícil e lento, envolvendo amplas revisões, a exemplo dos sistemas de classificação de outras profissões, como a medicina e a biologia, que vêm se desenvolvendo há centenas de anos através da inclusão de nomenclaturas e do aprimoramento de sua linguagem.

É importante ressaltar que a taxonomia da NANDA não é a única proposta de classificação de diagnósticos de enfermagem, mas provavelmente é a mais divulgada nos EUA e no Brasil, onde desde 1987 grupos de interesse em diagnóstico de enfermagem a têm utilizado para aprofundamento de seus estudos sobre assunto.

Diferentes conceitos têm sido dados ao diagnóstico de enfermagem desde que foram iniciados estudos sobre o tema. Em 1990 a North American Nursing Diagnosis Association aprova como conceito oficial para o diagnóstico de enfermagem:

um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável. (apud CARPENITO, 1997 p.28).

Este conceito demonstra claramente que o diagnóstico de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira, e que seu objeto de trabalho não é a doença ou problema de saúde, e sim a forma com que o paciente/cliente responde a estas situações, vinculando também o diagnóstico ao agir frente ao mesmo.

Ao desvincular o diagnóstico das prescrições de enfermagem, em busca de resultados esperados, diagnosticar passa a ser um mero exercício intelectual podendo se creditar a este fator um dos motivos para a resistência, entre os profissionais, à utilização da etapa diagnóstica na prática de seu cotidiano (CRUZ, 1995).

Outras dificuldades para realização do diagnóstico têm sido apontadas, como o fato de que diagnosticar requer habilidades mentais e práticas para as quais alguns profissionais não estão preparados.

Em particular no Brasil, algumas enfermeiras se dizem ‘engatinhando’ com relação a coleta de dados, resistindo ao uso de instrumentos de registro, alegando falta de tempo ou falta de preparo para investigar e inferir sobre os dados coletados de forma a chegar a um diagnóstico.

Deve-se considerar o fato de que experiências de ensino diagnóstico com alunos de graduação e pós-graduação são recentes, principalmente no Brasil, tendo sido relatados nos Simpósios Nacionais sobre Diagnóstico de Enfermagem, que ocorreram a partir de 1991.

Acreditamos, porém, que propostas de mudanças nos currículos de escolas de enfermagem, desenvolvendo nos alunos a reflexão, o raciocínio, a criatividade, o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões, conforme sugerem Lunardi e Borba (1998); Unicovisky e Lautert, (1998); Almeida (2002), irão capacitar cada vez mais os enfermeiros não só para o uso do diagnóstico como também para a utilização do processo na sua integralidade.

O interesse, por parte de professores e alunos universitários em conhecer mais sobre diagnóstico de enfermagem tem sido demonstrado ao longo de Simpósios Nacionais ocorridos em diversas cidades brasileiras, realizados por iniciativa dos Grupos de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem (GIDE), a partir de 1991 (BENEDET; BUB, 1998).

Entretanto Almeida (2002) constata que, embora se perceba o engajamento das enfermeiras e docentes brasileiras com relação ao conhecimento dos diagnósticos, o ensino dos

mesmos nos cursos de graduação acontece ainda por iniciativas individuais de alguns professores, ou em determinadas disciplinas.

2.3.1.1 *Estrutura do Diagnóstico de Enfermagem*

Um diagnóstico pode ser real/vigente ou atual, de risco, de bem-estar ou síndrome podendo compreender diferentes componentes de acordo com a situação identificada.

A declaração de um diagnóstico descreve o estado de saúde do paciente ou grupo, podendo contemplar os fatores contribuintes para este estado e as manifestações percebidas, comprovadas ou referidas pelo paciente, conforme o tipo de diagnóstico.

Segundo as enfermeiras Doenges e Moorhouse (1999), Alfaro-LeFevre (2000) e Carpenito (2003), os diagnósticos de bem-estar e de síndromes são descritos com apenas uma parte, os de risco em duas, sendo que os diagnósticos reais ou vigentes possuem três componentes: título, fator relacionado e características definidoras.

O título é o descritivo da definição ou conceito do diagnóstico, expresso de forma concisa.

O(s) fator(es) relacionado(s) é, na verdade, a causa ou a etiologia do problema, sendo que um só problema, uma resposta ou reação do paciente pode ter uma ou mais etiologias. A causa do diagnóstico é fundamental, pois além de ser peculiar ao indivíduo deve ser percebida por este sempre que possível, tendo em vista que muitas das intervenções de enfermagem poderão ser direcionadas pelos fatores relacionados.

A(s) característica(s) definidora(s) são os sinais e sintomas apresentados pelo paciente/cliente. Ela constitui as reações ou respostas que levam a enfermeira ao título diagnóstico. Cada indivíduo tem reações peculiares e exclusivas, entretanto um conjunto de manifestações pode levar a enfermeira a uma hipótese diagnóstica que deverá ser confirmada,

sempre que possível, com o próprio paciente/cliente, com as referências bibliográficas e com todos os subsídios disponíveis (CARPENITO, 2003).

Nas ocasiões em que o indivíduo não apresenta as características definidoras, mas a enfermeira reconhece o fato deste indivíduo estar vivenciando determinada situação que lhe confere um risco de desequilíbrio da saúde, é recomendado o uso do “diagnóstico de risco”, que “é um julgamento clínico sobre a maior vulnerabilidade que um indivíduo, família ou comunidade apresenta para desenvolver um problema, comparando-se com outros em situação igual ou similar” (CARPENITO, 2002 p. 36).

Os diagnósticos de síndromes representam “um conjunto de diagnósticos de enfermagem vigentes ou de alto risco cuja presença é prevista devido a algum evento ou situação”, sendo que o próprio título define a situação (CARPENITO, 2002, p. 39).

Já os diagnósticos de bem-estar permitem que as enfermeiras se comprometam não só com as áreas em que os indivíduos tenham alguma disfunção, mas também que possam utilizar estes diagnósticos para intervir de forma a transformar o funcionamento eficaz em ideal (CARPENITO, 2003).

Existem ainda os diagnósticos possíveis, que não são considerados como um tipo de diagnóstico, mas que podem ser usados como indicativo de que alguns dados estão presentes, porém não são suficientes para confirmação de um diagnóstico (CARPENITO, 2003).

Concordando com Almeida (2002), vê-se nos diagnósticos possíveis um espaço para aquelas situações em que não se tem um grau de certeza para confirmação do diagnóstico, mas existem dados que não podem ser perdidos e que podem ser repassados a outras enfermeiras para que sejam feitas maiores investigações. Como exemplo, pode-se pensar em dados coletados por uma enfermeira que não tenha conhecimento específico acerca de determinada área, como psiquiatria, pediatria ou outra qualquer. Entretanto, os dados coletados indicam fatores de risco

e/ou manifestações pertinentes a estas especialidades. Uma enfermeira que não tenha domínio nestas áreas pode não se sentir segura para confirmação de um diagnóstico, podendo descrever os dados e colocar o diagnóstico como uma possibilidade.

Desta forma, fazer um diagnóstico de enfermagem é olhar o indivíduo como um ser único, com respostas únicas frente as suas vivências e obter um direcionamento para intervenções de enfermagem que sejam exclusivas a cada paciente e de responsabilidade da enfermeira.

2.3.1.2 Desgaste do Papel de Cuidador (D. P. C)

A investigação da possível existência de características definidoras deste diagnóstico em membros da equipe de enfermagem, técnicos e auxiliares, é um dos objetivos deste estudo. É fundamental, portanto, defini-lo conforme os referenciais que serão utilizados.

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (2001), Desgaste do Papel de Cuidador é a dificuldade na performance do papel de cuidador. Já Carpenito (2002, p.148) define este diagnóstico como “estado em que o indivíduo está apresentando sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de prestar cuidado a outra pessoa.”

Cabe retomar, também, a definição anterior deste diagnóstico, traduzida como “uma dificuldade sentida ou demonstrada pelo cuidador para desempenhar o papel de cuidador da família”, dando a idéia que este era um diagnóstico voltado apenas à avaliação dos cuidadores domiciliares (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2000, p. 66).

Considerando-se a última revisão da North American Nursing Diagnosis Association (2002, p.208), percebe-se que esta definição está mais ampla, sendo traduzida como “dificuldade para desempenhar o papel de cuidador”. No entanto, nesta edição as tradutoras brasileiras optaram por modificar o título, utilizando “Tensão Devida ao Papel de Cuidador”.

Com a finalidade de manter uma linguagem semelhante na 9ª edição de Carpenito (2003), as revisoras técnicas brasileiras optaram também por utilizar a palavra tensão no lugar de desgaste. O título, entretanto, é apenas uma forma concisa de descrever a definição.

Analisando-se as definições, as características definidoras e os fatores relacionados, aceitos para o diagnóstico D.P.C. vislumbra-se a possibilidade de aplicar este diagnóstico aos cuidadores profissionais.

Algumas características definidoras, assim como os fatores relacionados ao D. P. C., citados pela NANDA e por Carpenito, estão direcionados, quase que exclusivamente aos cuidadores domiciliares. Porém, existem sinais e sintomas, citados por estas autoras como manifestações deste diagnóstico, que se assemelham às manifestações de estresse, da Síndrome de Burnout e da Síndrome da Fadiga relacionada ao trabalho, listadas por Peiró (1992), Lautert (1995) e Grandjean (1998). Menciona-se como exemplos a hipertensão, doenças cardiovasculares, cefaléias, distúrbios gastrintestinais, mudança de peso, sentimentos depressivos e de raiva.

Nos estudos sobre a Síndrome de Burnout, descrita por Maslach e Jackson como uma Síndrome de Esgotamento Profissional, despersonalização e baixa realização profissional, que pode ocorrer em indivíduos que trabalham com pessoas, como principais sinais e sintomas são citados cefaléias, perda de peso, hipertensão, condutas violentas, distanciamento afetivo e irritabilidade, entre outros (LAUTERT, 1995; PUEYO, 2001).

Já, na Síndrome da Fadiga relacionada ao trabalho, incluída no Código Internacional de Doenças (CID) como F48.0 e descrita como a presença de fadiga acumulada por meses ou anos, sem descanso necessário e suficiente, as possíveis manifestações são a irritabilidade, perda do apetite e dores de cabeça, entre outras (BRASIL, 2001).

Outro aspecto relacionado ao diagnóstico é a preocupação em determiná-lo com a maior certeza possível. Mesmo que uma só característica definidora possa indicar a presença do diagnóstico, quanto maior o número de manifestações presente maior é a certeza em determiná-lo, sendo que a percepção do paciente, sempre que este estiver em condições, juntamente com a enfermeira, é de grande relevância.

Importar-se com a percepção do paciente quanto a sua situação, encontra concordância nos estudos sobre estresse do trabalhador, onde Peiró (1992, p.184) descreve a importância de se considerar a existência de uma "organização percebida", para melhor compreensão das diferentes condutas de seus membros, ou na definição, já citada anteriormente, do estresse relacionado ao trabalho como “as situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador (...)” (FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 31).

Os fatores relacionados ao D.P.C, citados pela North American Nursing Diagnosis Association (2000, 2001, 2002), encontram-se categorizados como, situações ligadas à saúde do ser cuidado, à saúde do cuidador, atividades de cuidados, relacionamento entre o ser cuidado e o cuidador, processos familiares e recursos.

A investigação e a descrição dos fatores relacionados e a elaboração de um diagnóstico relacionado ao desgaste profissional demonstram a necessidade de uma visão abrangente por parte da enfermeira, pois esta deverá reconhecer juntamente com o trabalhador, sempre que possível, os estímulos geradores das manifestações percebidas.

Cada pessoa responde diferentemente aos estímulos internos e externos. Sendo assim, uma situação no ambiente de trabalho poderá ser considerada por um dos trabalhadores como extremamente desgastante, ao passo que outro pode ter mecanismos de enfrentamento que o façam perceber a mesma situação com indiferença.

Desta forma, ao descrever as características definidoras e os fatores relacionados a um diagnóstico de desgaste dos profissionais da sua equipe, a enfermeira poderá determinar o norte de suas ações, reconhecendo as peculiaridades do seu local de trabalho, possibilitando intervenções individuais, e por isso, provavelmente mais eficazes, podendo alterar não somente as manifestações de desgaste, mas principalmente os estímulos causadores das mesmas.

Caminhos da Investigação

3 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

A ciência é apenas um olhar sobre a realidade, e nem sempre o mais adequado.
Pedro Demo (2000).

3.1 Opção Metodológica

A metodologia qualitativa foi escolhida para este estudo por proporcionar um campo vasto para investigação das percepções e subjetividade dos seres humanos, pois é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma esta abordagem (MINAYO; SANCHES, 1993, p.244).

Considerando que o tema deste estudo é o diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador, cujas características definidoras estão fundamentadas nas teorias de estresse, que por sua vez tem a subjetividade e a percepção do mundo como essência, este tipo de abordagem oferece elementos que permitem explorar esta temática.

Pressupõe-se, portanto, que utilizando esta opção metodológica será possível verificar a existência de características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador entre os cuidadores profissionais, auxiliares de enfermagem, bem como conhecer a percepção dos enfermeiros quanto ao uso deste diagnóstico como uma possibilidade de avaliar o desgaste dos profissionais de sua equipe.

Segundo Minayo e Sanches (1993, p.247), a metodologia qualitativa trabalha com valores, hábitos, atitudes e opiniões, sendo capaz de se adequar ao aprofundamento da “complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente”.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no setor de emergência de um hospital escola, localizado na zona norte da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Esta instituição é uma sociedade anônima cujo maior acionista é o Ministério da Saúde, sendo o sistema de contratação de pessoal realizado através de seleção pública, regimentada pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Atualmente a instituição conta com aproximadamente 3.318 servidores que atendem em média 77.000 pessoas por mês, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo capacidade operacional de 850 leitos, para as mais diversas especialidades².

O setor de emergência é composto por sete salas: triagem, sala de medicação, sala de procedimentos cirúrgicos, sala de curativos, atendimento ginecológico e outras duas salas (13 e 15) para atendimento clínico, com três (03) e quarenta e sete (47) leitos fixos, respectivamente, nas quais se encontram em média treze (13) e (90) leitos ocupados³. A média de atendimento na emergência é de 1.200 pessoas por dia (BRASIL, 2003).

De acordo com o organograma da instituição, os cargos de coordenações de enfermagem podem ou não ser ocupados por enfermeiros, os quais estão subordinados aos gerentes de área, que por sua vez encontram-se subordinados ao diretor técnico, sendo este subordinado ao superintendente, cargos estes, normalmente ocupados por médicos. Na emergência, a coordenadora atual de enfermagem é uma enfermeira, escolhida pelo gerente de área.

² Dados informados pelo gerente do setor de recursos humanos, uma vez que não se teve acesso a documentos oficiais que contivessem estes dados.

³ Dados informados pela enfermeira, gerente do setor de emergência.

Massarollo (1991, p.38), ao comentar sobre o serviço de enfermagem (S.E) nas estruturas organizacionais afirma que:

a posição ocupada na escala hierárquica geralmente evidencia a importância que é dada ao S.E. Assim, quanto mais importante for considerado o S.E. para o alcance dos objetivos da instituição, mais alto será o escalão administrativo a que estará subordinado; a posição hierárquica normalmente determina também o grau de autoridade e influência, o *status* e a remuneração do ocupante do cargo.

O número de trabalhadores pertencentes à equipe de enfermagem no setor de emergência é de sessenta e seis (66) profissionais, divididos em onze (11) enfermeiros e cinquenta e cinco (55) técnicos e auxiliares de enfermagem⁴.

Neste estudo não diferenciamos os técnicos e auxiliares, pois ambos desempenham funções semelhantes na instituição. Sendo assim, optamos por utilizar o termo auxiliar de enfermagem para identificar os profissionais de nível médio que participaram desta pesquisa, visto que a maioria está contratada nesta categoria profissional.

3.3 Entrada em Campo

A tarefa de definição dos métodos apropriados para a coleta de dados encontra-se entre as mais desafiadoras do processo de pesquisa (POLIT; HUNGLER, 1995).

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um encontro com o grupo de enfermeiros da emergência a fim de convidar estes profissionais a participar da pesquisa, explicar o desenvolvimento, expor os objetivos do estudo e discutir os resultados encontrados em um estudo preliminar realizado na mesma instituição por Lautert e Soares (2002) sobre as percepções dos enfermeiros acerca do estresse vivenciado pelos membros da equipe de enfermagem.

⁴ Dados informados pela enfermeira, gerente do setor de emergência.

Neste encontro foi realizado um trabalho de sensibilização dos enfermeiros quanto ao uso do diagnóstico de enfermagem, tendo sido entregue material didaticamente elaborado sobre o tema (Anexo A), bem como esclarecidas algumas dúvidas. Foram distribuídos também os formulários que seriam aplicados pelos enfermeiros aos auxiliares de enfermagem por eles escolhidos (Apêndice A), juntamente com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para os enfermeiros (Apêndice C) quanto para os auxiliares de enfermagem (Apêndice D) que aceitassem participar do estudo. Foi informado aos enfermeiros que após a aplicação dos formulários estes seriam entrevistados, ficando acertado que em um prazo máximo de 15 dias cada enfermeiro entraria em contato com a pesquisadora para combinar a data de entrega dos formulários e de realização das entrevistas. Caso o prazo estipulado fosse ultrapassado, a pesquisadora faria contato com os enfermeiros a fim de dar continuidade ao trabalho.

3.4 Participantes do Estudo

O estudo foi realizado com nove (9) dos onze (11) enfermeiros que trabalham no setor de emergência do hospital, os quais aceitaram participar do estudo. Os mesmos aplicaram o instrumento para avaliar a presença ou não de características definidoras do diagnóstico de enfermagem de Desgaste do Papel de Cuidador a nove (9) auxiliares de enfermagem.

A escolha dos enfermeiros foi feita de forma intencional, tendo como critérios de inclusão o fato de estarem trabalhando no setor de emergência da Instituição e aceitarem participar do estudo. A escolha dos auxiliares de enfermagem foi feita pelos enfermeiros incluídos no estudo, de forma intencional, sendo critérios de inclusão que os escolhidos estivessem trabalhando na mesma equipe do enfermeiro que o escolheu há no mínimo um ano e que aceitassem participar do estudo.

Sete dos enfermeiros que participaram deste estudo pertencem ao sexo feminino e dois ao sexo masculino, confirmando que a enfermagem ainda é um trabalho exercido essencialmente por mulheres, cabendo citar Gelbcke (2000, p.56) ao dizer que “é importante que as trabalhadoras, inclusive as de enfermagem, passem a reconhecer-se como grupo sexuado, pois vários são os problemas patogênicos que lhe são comuns provenientes do processo de trabalho e de suas características biológicas”.

A idade dos enfermeiros variou entre 30 e 50 anos, sendo que seis estavam na faixa entre 30 e 40 anos e três tinham mais de 40 e menos que 50 anos.

Cinco dos enfermeiros estão formados há menos de cinco anos, um tem menos de dez anos como graduado e três estão graduados há mais de dez anos. Os mesmos enfermeiros graduados a mais de dez anos são os que trabalham há mais tempo na Instituição, sendo que dois destes trabalham no hospital desde a sua graduação.

Seis dos enfermeiros têm somente o curso de graduação, dois concluíram também algum curso de especialização e um está cursando o Mestrado.

Quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico de enfermagem, quatro enfermeiros ouviram falar de diagnóstico na graduação, dois participaram de alguns trabalhos sobre o tema quando realizaram o curso de especialização, um trabalha com diagnóstico com seus alunos de graduação e dois disseram que desconheciam totalmente o assunto.

Os enfermeiros participantes do estudo trabalham distribuídos em cinco diferentes turnos. Dois trabalham pela manhã, dois à tarde e três à noite, havendo ainda dois que trabalham em turno intermediário. Este turno tem como objetivo aumentar o número de enfermeiros em horário considerado de maior sobrecarga de trabalho.

Para identificação dos enfermeiros utilizou-se a letra E, significando Entrevistado, seguida dos números 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ou 9, que determinam a ordem de realização das entrevistas.

3.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Cabe ao pesquisador escolher e construir o instrumento mais adequado para o alcance dos objetivos da pesquisa. Neste caso optou-se por utilizar um formulário com perguntas abertas-fechadas e entrevista semi-estruturada, conforme recomendado por Polit e Hungler (1995, p.167).

O formulário foi construído com vinte (20) questões com a finalidade de identificar a existência ou não de características definidoras do diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador e verificar os fatores relacionados as mesmas (Apêndice A).

As questões do formulário referentes às características definidoras foram elaboradas sob forma de perguntas com alternativas fixas, que são aquelas em que o pesquisador traz as alternativas de respostas (POLIT; HUNGLER, 1995). Estas questões visaram identificar as características definidoras existentes através das opções: *percebido pelo enfermeiro, percebido pelo auxiliar de enfermagem*, podendo-se aceitar como resposta, ambas alternativas.

As características definidoras apresentadas no formulário têm como base algumas das características citadas pela North American Nursing Diagnosis Association (2002) e por Carpenito (2002,2003) ao apresentarem o diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador, juntamente com algumas manifestações de estresse identificadas na pesquisa realizada por Lautert e Soares (2002), nesta mesma instituição, juntamente com manifestações de estresse no trabalho apontadas por estudiosos como Peiró (1993); Grandjean (1998) e Mendes (2003).

Para verificar os fatores relacionados foram usadas perguntas do tipo aberto-fechadas, onde o informante responde com suas próprias palavras (POLIT; HUNGLER, 1995). Deste modo as causas ou etiologias que emergiram dos formulários caracterizam a peculiaridade do local da pesquisa.

Para a elaboração das questões das entrevistas foram considerados a necessidade de traçar um perfil de identificação dos sujeitos entrevistados, e o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do diagnóstico de enfermagem como uma possibilidade para identificar o Desgaste do Papel de Cuidador entre os membros de sua equipe. Desta forma, as entrevistas foram compostas por um total de treze (13) questões, sendo sete (07) fechadas e seis (06) semi-estruturadas (Apêndice B).

3.6 Método de Organização e Análise dos Dados

As respostas referentes às características definidoras foram quantificadas e descritas de acordo com a ordem de sua apresentação no formulário. Os fatores relacionados foram agrupados por semelhança semântica e apresentados conforme a característica definidora a que pertenceram.

As características definidoras foram analisadas de acordo com a frequência com que foram assinaladas como existentes. Concomitantemente foram levantadas e analisadas as causas para estas características. Com este procedimento foi possível verificar as características definidoras, bem como os fatores relacionados ao diagnóstico de Desgaste do Papel do Cuidador, predominantes neste grupo de trabalhadores da enfermagem.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com aquiescência das participantes, assegurando-lhes o sigilo e o anonimato das falas.

Para análise dos dados optou-se por utilizar o método de categorização proposto por Bardin (1977, p.117), que segundo a autora significa “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos”.

Dentre as diferentes possibilidades de categorização, utilizou-se a análise temática por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p.153).

3.7 Considerações Éticas em Relação à Pesquisa

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde se desenvolveu a pesquisa, sendo que o trabalho de campo foi iniciado somente após a autorização do mesmo (ANEXO B).

Diante da importância de que fossem observadas as questões éticas em pesquisa, foi garantido o caráter voluntário da participação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e assegurado o retorno dos resultados e benefícios do estudo à instituição, “salvaguardando a integridade individual e coletiva” (GOLDIM, 2000, p.114). Foram elaborados dois termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um para os enfermeiros e outro para os auxiliares de enfermagem (Apêndice C e D), respectivamente. Os documentos foram elaborados em duas vias, sendo uma destinada ao participante e outra que permaneceu com a pesquisadora. Nos termos de consentimento foram esclarecidos os objetivos do estudo e garantido que os dados que possam identificar os informantes serão confidenciais, não permitindo a identificação dos mesmos na divulgação dos resultados e garantindo a isenção de qualquer interferência da empresa.

Para a gravação das entrevistas buscou-se a anuência dos entrevistados. Posteriormente às transcrições das entrevistas, estas foram encaminhadas aos participantes para a validação das mesmas. As transcrições serão guardadas pelo prazo de cinco anos.

Apresentação e Análise dos Dados

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para uma apresentação inicial optou-se por demonstrar através do Quadro I, as características definidoras, segundo sua confirmação por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, bem como os fatores relacionados citados para mesmas.

Posteriormente os formulários são apresentados individualmente, divididos em seis confirmados, isto é, aqueles em que tanto os enfermeiros como os auxiliares de enfermagem confirmaram a existência do diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador, e três não-confirmados, aqueles em que os auxiliares de enfermagem não se consideraram desgastados em seu papel de cuidador.

Dos três formulários onde o diagnóstico não foi confirmado, em dois os enfermeiros consideravam que os auxiliares de enfermagem estavam desgastados. Porém após utilizarem o instrumento, os mesmos referiram ter mudado sua opinião, pois alguns fatores que os enfermeiros consideravam manifestações ou causas de desgaste não foram confirmados ou citados pelos auxiliares respondentes.

No entanto, a confirmação da existência ou não do diagnóstico foi feita à pesquisadora pelos enfermeiros durante as entrevistas, visto que os mesmos não preencheram a questão onde era solicitada a descrição do diagnóstico, caso o mesmo fosse confirmado.

Os formulários são identificados como F1, F2, sucessivamente até F9. Para ordenação dos mesmos obedeceu-se o quantitativo de itens assinalados como existentes, em ordem decrescente.

4.1 Distribuição das Características Definidoras Confirmadas e Fatores Relacionados.

Características Definidoras (CD)	Formulários com o Diagnóstico de Enfermagem Confirmado por:			Formulários com o Diagnóstico de Enfermagem Não-Confirmado por:			Fatores Relacionados (FR)
	Ambos	Aux.	Enf.	Ambos	Aux.	Enf.	
Apresenta dificuldade de realizar as atividades necessárias para prestar cuidados	2	-	-	-	-	1	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de espaço físico; - Falta de material; - Excesso de pacientes;
Refere/sente incapacidade para completar tarefas do cuidado	3	-	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Exagero de tarefas a serem realizadas em pouco tempo; - Excesso de pacientes; - Cuidados complexos; - Rotinas do setor;
Refere/sente que o trabalho interfere em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade	1	2	1	-	1	-	<ul style="list-style-type: none"> - Excesso de carga horária, secundário a trabalhar em dois hospitais; - Desgaste físico. - Desgaste emocional; - Leva tristeza do trabalho para casa; - Cansaço; - Estresse;
Refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados	6	-	-	3	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Excesso de pacientes; - Rotinas do setor; - Muitos e complexos cuidados a serem prestados;
Refere/sente que falta tempo para cuidar de si mesmo	4	1	-	1	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Excesso de carga horária, secundário a trabalhar em dois hospitais (necessidade financeira); - Acúmulo de papéis (técnica de enfermagem, mãe, esposa, dona de casa etc...) - Cansaço, secundário ao trabalho noturno; - Necessidade de cuidar de familiar doente; - Trabalhar finais de semana, feriados e à noite;

Notadas mudanças (negativas) na forma como presta cuidados	2	-	1	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Estar realizando o trabalho de forma mecânica - Falta de paciência com os pacientes; - Desgaste físico e emocional;
--	---	---	---	---	---	---	---

Fonte: Maria Augusta M. Soares. Dados obtidos dos formulários. Porto Alegre, 2004.

Continuação

Características Definidoras (CD)	Formulários com o Diagnóstico de Enfermagem Confirmados por:			Formulários com o Diagnóstico de Enfermagem Não-Confirmado por:			Fatores Relacionados (FR)
	Ambos	Aux.	Enf.	Ambos	Aux.	Enf.	
Fica muito apreensivo frente a situações graves ou morte dos pacientes	-	1	-	-	1	-	<ul style="list-style-type: none"> - Sensação de ter deixado de fazer algo;
Aparenta/sente-se cansado	4	-	-	-	-	1	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho, secundário a trabalhar no hospital e em casa; - Excesso de carga horária, secundário a trabalhar em dois hospitais; - Excesso de carga horária, secundário ao número excessivo de horas extras; - Excesso de pacientes; -
Demonstra sentimento de raiva/agressividade	3	-	1	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Situações de estresse; - Falta de paciência com os pacientes; - Negligência de alguns colegas em relação aos cuidados com os pacientes; - Desgaste físico; - Desgaste emocional; - Problemas com a equipe de trabalho;
Aparenta/sente depressão	1	1	-	-	1	-	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivação em casa; - Vontade de fugir dos problemas;
Refere/sente dificuldade em se relacionar com a equipe	1	2	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Desgaste físico; - Desgaste emocional; - Agressividade; -

Fica apreensivo em relação ao trabalho de algum colega da equipe	4	2	-	2	-	1	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de coleguismo; - Falhas técnicas na prestação de cuidados; - Desinteresse/ negligência em relação aos pacientes; - Desrespeito pelos pacientes;
--	---	---	---	---	---	---	--

Continuação...

Características Definidoras (CD)	Formulários com o Diagnóstico de Enfermagem Confirmado por:			Formulários com o Diagnóstico de Enfermagem Não-Confirmado por:			Fatores Relacionados (FR)
	Ambos	Aux.	Enf.	Ambos	Aux.	Enf.	
Teve mudança de peso significativa nos últimos dois meses	1	2	-	-	1	-	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação excessiva; secundária a ansiedade; - Falta de exercícios físicos secundário ao cansaço; - Falta de tempo para se alimentar adequadamente, secundário a ter dois empregos; - Aumento de peso secundário ao abandono do tabaco;
Apresenta problemas de hipertensão	-	2	-	1	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Estresse; - Cirurgia neurológica;
Problemas cardiovasculares	-	-	-	-	1	-	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão
Problemas músculo-articulares	-	4	-	1	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho; - Falta de posição correta ao movimentar os pacientes ou carregar peso; - Espaço físico inadequado, no trabalho;

Cefaléias/enxaquecas	-	2	-	1	1	-	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de coluna; - Hipertensão - Desgaste físico; - Desgaste emocional; - Excesso de carga horária;
Distúrbios gastrointestinais	-	2	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação; - Dieta a base de pães e lanches;
Problemas com sono e repouso	1	3	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Excesso de carga horária, secundário a trabalhar em dois hospitais; - Cansaço físico; - Dores na coluna;
História de abuso de álcool/cigarros ou medicamentos	1	3	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - (Uso de medicamentos) Controle da agressividade; - (Aumento do número de cigarros) Trabalhar em dois hospitais e ao trabalho noturno;

QUADRO I- Distribuição das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador e dos fatores relacionados, segundo sua confirmação por enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

4.2 Apresentando os Dados dos Formulários com Diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador Confirmado

4.2.1 Apresentação do F1

O F1 teve o total de quinze (15) características definidoras confirmadas, sendo sete (07) assinaladas tanto pelo enfermeiro quanto pelo auxiliar de enfermagem, quais sejam: *refere/sente que o trabalho interfere em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade; refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados; refere/sente que falta tempo para cuidar de si mesmo; aparenta/sente-se cansado; apresenta/sente dificuldade em se relacionar com a equipe; problemas com sono e repouso e história de abuso de cigarros.*

As características definidoras *notadas mudanças (negativas) na forma como presta cuidados e demonstra sentimento de raiva/agressividade*, foram assinaladas como existentes apenas pelo enfermeiro. *E fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas; teve mudança de peso significativa nos últimos dois meses; apresenta problemas de hipertensão; músculo-articulares; cefaléias/enxaquecas e distúrbios gastrointestinais* são manifestações expressas somente pelo auxiliar de enfermagem.

4.2.2 Apresentação do F2

Este formulário teve um total de quatorze (14) características definidoras assinaladas. Destas, seis (6) foram confirmadas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar de enfermagem, sendo elas: *apresenta dificuldade para realizar as atividades necessárias para prestar cuidados; refere/sente incapacidade para completar as tarefas do cuidado; refere/sente que*

falta tempo para prestar cuidados adequados; aparenta/sente-se cansado; demonstra sentimento de raiva/agressividade; fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas.

Refere/sente que o trabalho interfere em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade; refere/sente que falta tempo para cuidar de si mesmo; fica apreensivo frente às situações graves ou morte dos pacientes; apresenta/sente dificuldade em se relacionar com a equipe; apresenta problemas de hipertensão; músculo-articulares; cefaléias/enxaquecas e problemas de sono e repouso são manifestações confirmadas somente pelo auxiliar de enfermagem.

Neste formulário o enfermeiro não assinalou nenhum dos itens sem que houvesse concordância do auxiliar de enfermagem.

4.2.3 Apresentação do F3

F3 teve um total de dez (10) características definidoras assinaladas, sendo que quatro (4) foram assinaladas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar de enfermagem, conforme segue: *refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados; refere/sente que falta tempo para cuidar de si mesmo; aparenta/sente-se cansado e fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas.*

Depressão; dificuldade em se relacionar com a equipe; problemas músculo-articulares; distúrbios gastrointestinais; problemas com sono e repouso e abuso de cigarros, foram características confirmadas apenas pelo auxiliar de enfermagem.

Igualmente ao enfermeiro que aplicou o F2, este também não assinalou nenhuma manifestação sem a confirmação do auxiliar de enfermagem.

4.2.4 Apresentação do F4

Este formulário teve o total de nove (9) características definidoras assinaladas como descritas abaixo.

As características definidoras assinaladas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar foram seis (6): *refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados; refere/sente que falta tempo para cuidar de si mesmo; notadas mudanças (negativas) na forma como presta cuidados; aparenta/sente-se cansado; demonstra sentimento de raiva/agressividade; fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas.*

A característica definidora *refere/sente que o trabalho interfere em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade* foi assinalada como existente apenas pelo enfermeiro, sendo que *problemas músculo-articulares e abuso de cigarros* foram confirmados somente pelo auxiliar de enfermagem.

4.2.5 Apresentação do F5

O F5 obteve, igualmente ao F4, um total de nove (9) características definidoras assinaladas como existentes.

Cinco (5) foram assinaladas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar, sendo elas: *refere/sente, incapacidade para completar as tarefas do cuidado e falta de tempo para prestar cuidados adequados, notadas mudanças (negativas) na forma como presta cuidados; demonstra sentimento de raiva/agressividade e depressão.*

O auxiliar de enfermagem confirmou como existentes outras quatro (4) manifestações de desgaste referidas no formulário: *fica apreensivo em relação ao trabalho de*

algum dos colegas; teve mudança de peso significativa nos últimos dois meses; tem problemas com sono e repouso e abuso no consumo de medicamentos antidepressivos.

Nenhuma característica foi assinalada somente pelo enfermeiro.

4.2.6 Apresentação do F6

Este formulário teve um total de sete (7) características definidoras assinaladas. Destas, seis (6) foram confirmadas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar de enfermagem, quais sejam: *apresenta dificuldade para realizar as atividades necessárias para prestar cuidados; refere/sente incapacidade para completar as tarefas do cuidado; refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados e falta de tempo para cuidar de si mesmo; fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas e teve mudança de peso significativa nos últimos dois meses.*

A interferência do trabalho em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade foi a característica definidora assinalada apenas pelo auxiliar de enfermagem, sendo que o enfermeiro não confirmou nenhuma manifestação sem a concordância do mesmo.

4.3 Apresentando os Dados dos Formulários com Diagnóstico de Desgaste do Papel do Cuidador Não-Confirmado

4.3.1 Apresentação do F7

No F7 constatou-se nove (9) características definidoras, sendo que as assinaladas tanto pelo enfermeiro quanto pelo auxiliar de enfermagem foram três (3): *refere/sente que*

falta tempo para prestar cuidados adequados; refere/sente que falta tempo para cuidar de si mesmo e apresenta problemas músculo-articulares.

As características definidoras, *refere/sente que o trabalho interfere em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade; fica apreensivo frente a situações graves ou morte dos pacientes e aparenta/sente depressão* foram assinaladas como existentes apenas pelo auxiliar de enfermagem. Já o enfermeiro confirma a existência de *dificuldade para realizar atividades necessárias para prestar cuidados; aparente cansaço e apreensão em relação ao trabalho de algum colega*, situações não confirmadas pelo respondente.

4.3.2 Apresentação do F8

Este formulário obteve seis (6) características definidoras assinaladas como existentes.

Foram confirmadas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar de enfermagem as quatro (4) seguintes características: *refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados; fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas; tem cefaléias/enxaquecas e problemas de hipertensão.*

Mudança de peso significativa nos últimos dois meses e problemas cardiovasculares foram confirmadas apenas pelo auxiliar de enfermagem, não tendo havido nenhum item assinalado somente pelo enfermeiro.

4.3.3 Apresentação do F9

O F9 teve um total de quatro (4) características definidoras assinaladas, sendo que as assinaladas tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar de enfermagem foram: *refere/sente que falta tempo para prestar cuidados adequados; aparenta/sente-se cansado; fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas*, totalizando três (3) itens.

Cefaléias/enxaquecas foi a manifestação citada como existente apenas pelo auxiliar de enfermagem, sendo que não houve nenhum item assinalado somente pelo enfermeiro.

4.4 Discutindo os Dados dos Formulários

Falta de tempo para prestar cuidados adequados foi a característica definidora evidenciada por todos os participantes, isto é, todos os auxiliares de enfermagem e enfermeiros, tendo sido assinalada tanto nos formulários com diagnóstico confirmado como nos não-confirmados.

O fator relacionado citado em sete dos nove formulários como causa para esta característica definidora foi o *excessivo número de pacientes*. Outras causas apontadas referem-se às *rotinas específicas no setor*, bem como a *quantidade e complexidade dos cuidados exigidos*.

O *quantitativo de pacientes, excesso de tarefas, complexidade dos cuidados e rotinas do setor* também estão citados como fatores relacionados à *incapacidade para completar as tarefas do cuidado*, característica definidora assinalada como existente em três dos seis formulários com diagnóstico confirmado.

Contraditório nos parece o fato de que, embora todos tenham concordado que a falta de tempo tem comprometido a prestação de cuidados adequados, somente em dois dos seis formulários com diagnóstico confirmado, os auxiliares e enfermeiros assinalaram a existência da característica definidora *dificuldades para realizar as atividades necessárias para prestar*

cuidados, tendo sido assinalada por um enfermeiro em um dos três formulários não-confirmados. Para esta característica definidora os fatores relacionados citados foram *falta de espaço físico, falta de material e excesso de pacientes*.

Quantidade e complexidade das atividades estão entre os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem de Desgaste do Papel de Cuidador citados pela North American Nursing Diagnosis Association (2002) e Carpenito (2003).

Nesta pesquisa, estes fatores estão associados à alta demanda de pacientes que procuram o setor de emergência do hospital em estudo. Segundo dados informados pela instituição, a taxa de ocupação de leitos da emergência ultrapassa em 100% os leitos existentes, dificultando o atendimento de qualidade, o estabelecimento e cumprimento de rotinas.

Outra característica definidora intimamente ligada às anteriores, podendo ser decorrente destas, é a percepção de cansaço. *Aparenta/sente-se cansado* é uma manifestação confirmada tanto pelo enfermeiro quanto pelo auxiliar de enfermagem em quatro dos seis formulários com diagnóstico de desgaste existente, e confirmada pelo enfermeiro em um dos formulários onde não houve a confirmação do diagnóstico.

Além da sobrecarga de trabalho evidenciada pelo quantitativo de pacientes e complexidade de tarefas, associam-se como fatores relacionados ao cansaço a *carga horária excessiva* secundária, a dupla jornada de quem *trabalha em dois hospitais*, de quem *assume as tarefas da casa* e de quem faz um *excessivo número de horas extras*.

Segundo Mendes (2003), o trabalho poderá ser nocivo não necessariamente por sua natureza ou qualidade, mas por sua quantidade. O trabalho pode se tornar prejudicial à saúde pela intensidade de gestos, duração das jornadas diárias, semanais ou mensais.

Os “conhecimentos fisiológicos e as experiências até hoje acumuladas nos permitem concluir que uma jornada diária de 8 horas não pode ser ultrapassada sem que surjam danos pessoais, principalmente com trabalho intensivo” (GRANDJEAN, 1998, p. 169).

Os auxiliares de enfermagem que trabalham na instituição estudada, assim como na maioria dos hospitais, cumprem uma jornada de 40 horas semanais. No entanto alguns deles, como descrito nos formulários, trabalham em mais de um hospital, totalizando 80 horas por semana, caso trabalhem em somente dois locais, pois é sabido que alguns trabalhadores de enfermagem fazem trabalhos extras, como prestação de cuidados domiciliares, em seus dias de folga.

Dentre as condições de trabalho que podem representar sobrecargas desencadeantes de estresse, cita-se as exigências determinadas pela carga de atenção exigida, excesso ou falta de supervisão e vigilância do trabalho, falta de apoio e reconhecimento, insegurança -no sentido de instabilidade no emprego -o ambiente físico -determinado por ruídos, pouca iluminação e salas pequenas bem como, pelo fato de se tratarem de profissões com responsabilidade pela vida e bem-estar dos outros. Neste caso, diz-se que “estas profissões estão ligadas a um elevado risco de doenças do estresse” (GRANDJEAN, 1998, p.165).

Mendes (2003), entende o conteúdo do trabalho e sua divisão entre os responsáveis, o efetivo e a distribuição de pessoas em relação ao trabalho, as normas e as expectativas, assim como as exigências temporais das atividades como alguns dos aspectos a serem analisados quando na realização de estudos sobre a organização do trabalho em virtude de seu potencial para gerar estresse. Muito embora o autor ressalte que esta é apenas uma ótica a ser abordada, pois a organização do trabalho é complexa e multifacetada.

Gaidzinski (1991, p.91), ao dissertar sobre dimensionamento de pessoal, diz que:

na enfermagem, os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos têm requerido a atenção dos enfermeiros (...), em virtude das implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa sobre o resultado da qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela.

Afirmar que existe um número excessivo de pacientes e de tarefas a serem cumpridas permite-nos inferir que ou o número de pessoas está aquém do necessário ou as pessoas não estão capacitadas a cumprirem as exigências do trabalho.

Dentre os fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem de Desgaste do Papel de Cuidador, a North American Nursing Diagnosis Association (2002) e Carpenito (2003) citam as expectativas não-realistas do cuidador em relação a si mesmo e as dos outros em relação ao cuidador, bem como a possibilidade de que o cuidador não esteja pronto para exercer este papel. Cabe destacar que estas bibliografias estão descrevendo o diagnóstico voltado aos cuidadores domiciliares, onde não estar pronto tem a conotação de falta de desenvolvimento cognitivo para a ação. Ao nos referirmos aos cuidadores profissionais o quesito não estar pronto, pode ser utilizado ao denotar a falta de competências necessárias para trabalhar no setor ou mesmo para o exercício da profissão.

Apesar de não ser possível, neste estudo, afirmar se os recursos humanos estão quantitativamente ou qualitativamente deficitários, pode-se observar que o dimensionamento ou a distribuição dos profissionais em relação ao trabalho parece inadequado, e que este fato tem resultado em manifestações de cansaço entre os cuidadores, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

O cansaço aparece ainda como fator relacionado, ou seja, é identificado como causa para outras características definidoras, como a *falta de tempo para cuidar de si mesmo e interferência do trabalho em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade*. A *falta de tempo para cuidar de si mesmo* tem ainda como fatores relacionados o *trabalho noturno, aos finais de semana e feriados, excessiva carga horária secundária a dupla jornada de trabalho* (trabalhar em dois hospitais por necessidade financeira) e o *acúmulo de papéis, como técnica de enfermagem, mãe, esposa e dona de casa*.

Trabalhar em dois hospitais e sentir-se cansado estão também entre os fatores relacionados a *problemas de sono/repouso*, característica definidora confirmada em quatro dos nove formulários.

Mendes (2003, p.832), cita a 77ª Conferência Internacional do Trabalho, ocasião na qual foram discutidas proposições sobre o trabalho noturno, tendo sido feitas recomendações quanto a períodos de descanso, compensações pecuniárias, segurança e saúde. Desde 1999 o “trabalho em turnos e noturno está incluído como agente etiológico ou fator de risco de natureza ocupacional”.

Desta forma, afirma-se que o trabalho noturno pode comprometer a saúde física dos trabalhadores, desencadeando alterações no sono e distúrbios gastrointestinais. Estudos demonstram, ainda, que existe um aumento do número de erros e diminuição da disposição para o trabalho neste período (MENDES, 2003).

No presente estudo, o trabalho noturno é percebido também por um dos auxiliares de enfermagem como a causa, ou seja, o fator relacionado ao aumento no número de cigarros consumidos.

Outras reflexões a serem consideradas são relativas aos problemas sócio-familiares associados ao trabalho noturno.

A organização do trabalho de enfermagem tem como peculiaridade a ininterrupta prestação de serviços, fazendo com que existam diferentes turnos e jornadas de trabalho, sendo que alguns profissionais trabalham à noite, sendo ainda comum a estes trabalhadores trabalhar aos finais de semana e feriados.

Peiró (1993) ao revisar outros autores, diz que trabalhos por turnos, noturnos e durante os finais de semana reduzem o tempo de interação dos trabalhadores com seus filhos e com frequência interferem nos padrões de atividade familiar. Um dos aspectos citados por profissionais para definir qualidade de vida no trabalho é a possibilidade de conseguir um

equilíbrio entre a vida profissional e a vida fora do trabalho (família, tempo livre, participação em eventos sociais).

No entanto durante “grande parte de sua vida, o trabalhador em turnos está na contramão da sociedade diurna, não apenas durante as jornadas noturnas, mas também nos horários vespertinos, fins de semana e feriados” (MENDES, 2003, p.851). Situação esta que provavelmente dificulta o equilíbrio preconizado por Peiró.

As mulheres parecem sofrer mais com as dificuldades em conciliar a vida familiar com o trabalho, principalmente quando há necessidade de afastar-se dos filhos (PEIRÓ, 1993; QUICK *et al.*, 1997; GELBCKE, 2000; MENDES, 2003). Este aspecto torna-se relevante tendo em vista que um significativo percentual de trabalhadores da enfermagem é do sexo feminino. Nesta pesquisa, por exemplo, dos nove enfermeiros participantes, sete, são mulheres.

Fernandes *et al.* (2002), ao realizarem uma pesquisa com enfermeiras sobre saúde mental e trabalho feminino, citam a fala de uma das entrevistadas, onde a mesma retrata a relação entre o seu trabalho e sua vida familiar. A entrevistada identificada no estudo como E21, diz que suas condições de trabalho se estendem à vida doméstica, sendo que quando esta bem no local de trabalho está bem em casa e vice-versa. A entrevistada percebe que quando não está bem no trabalho, os filhos e o companheiro sofrem, dando a entender que seu estado emocional relativo ao trabalho acarreta desavenças domésticas. A mesma, comenta também sobre sua ausência em casa durante à noite, acreditando que este fato também é causador de problemas para ela e para a família.

Para Peiró (1993), a família pode ser tanto uma fonte importante de estresse, bem como uma fonte de apoio social que amortece os impactos negativos do estresse.

A *falta de motivação em casa* é citada por um dos auxiliares de enfermagem como causa para sentir-se deprimido, confirmando a importância do apoio familiar.

A alienação com relação à família e amigos, a falta de lazer e as finanças insuficientes aparecem também entre os fatores relacionados ao diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2002; CARPENITO, 2003).

Outra peculiaridade da enfermagem é o trabalho em equipe. Trabalhar em equipe é conviver com diferenças de crenças, valores e experiências de vida que determinam capacidades e condutas. A *apreensão em relação ao trabalho de algum colega* é uma característica definidora identificada por todos os auxiliares de enfermagem que se sentem desgastados e por dois dos três que não confirmam o diagnóstico.

Quick *et al.* (1997), ao descreverem sobre a relação entre as demandas organizacionais e os estressores, afirmam que existe uma pressão da equipe para o estabelecimento de padrões de conduta entre seus membros. A violação destes códigos de conduta, por um membro do grupo, em geral, resulta em sanções do grupo a este indivíduo. Esta situação pode gerar tensão e estresse.

As causas apontadas para esta apreensão referem-se à maneira inadequada de execução das tarefas, a negligência e o desinteresse pelo paciente na prestação de cuidados.

No estudo de Caregnato (2002) sobre o estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia, a falta de comprometimento de alguns profissionais é apontada por todas as categorias profissionais participantes da pesquisa como uma situação geradora de estresse. Assim, pode-se inferir que os termos negligência e desinteresse sejam apenas expressões usadas de diferentes formas, mas cujo significado seja semelhante à falta de comprometimento.

No entanto, esta apreensão não parece estar dificultando o relacionamento entre os membros da equipe, pois *dificuldade em se relacionar com a equipe* é uma característica definidora assinalada apenas por três auxiliares de enfermagem com a concordância do

enfermeiro em um dos formulários. Esta dificuldade, segundo os informantes, está relacionada ao seu próprio desgaste físico, emocional e comportamento agressivo.

Observa-se em relação a esta manifestação que as dificuldades de relacionamento foram atribuídas a si mesmo e não aos colegas. A auto-percepção demonstrada pelos respondentes revela uma crítica a seu comportamento, podendo favorecer a realização de atividades que visem a melhoria das relações interpessoais e do trabalho em equipe, ao mesmo tempo que pode diminuir a *apreensão sentida em relação ao trabalho do outro*, seja por negligência, desinteresse ou mesmo falhas técnicas, característica definidora citada em todos os formulários.

Outra característica definidora constante em três dos seis formulários confirmados tanto pelos enfermeiros como pelos auxiliares de enfermagem, e em um dos formulários, confirmada apenas pelo enfermeiro, foi *demonstração de raiva e agressividade*.

Segundo Grandjean (1998) a irritabilidade, a intransigência e o comportamento anti-social, na prática empresarial podem significar manifestações de fadiga⁵ crônica.

Estressores ocupacionais podem ser uma categoria importante na precipitação de comportamentos violentos em indivíduos já propensos à violência. Alguns estudos enfatizam que comportamentos violentos resultam de uma interação de múltiplos fatores, como desenvolvimentos psicológicos, situacionais, econômico e outros (QUICK *et al.*, 1997).

Para Kaplan e Sadock (1990 p.100), uma das “principais razões pelas quais muitas pessoas envolvem-se em repetidos encontros agressivos é que lhes faltam habilidades sociais básicas”. Os mesmos autores afirmam que a punição para deter comportamentos agressivos é de eficácia questionável, ao passo que o ensino de habilidades sociais parece produzir mudanças radicais de redução destes comportamentos.

⁵ Fadiga pode ser considerada como sinônimo de cansaço. (FADIGA, 1999)

As causas citadas neste estudo para a existência da raiva e da agressividade foram *situações de estresse, problemas com a equipe, a negligência de alguns colegas em relação aos cuidados com os pacientes, o desgaste físico e emocional e a própria falta de paciência com os pacientes*. Estes três últimos fatores relacionados foram também citados como causas para a característica definidora, *notadas mudanças negativas na forma de prestar cuidados*, assinalada em três dos seis formulários confirmados.

Resgatando o fato de que a negligência é citada como causa de apreensão em relação ao trabalho dos colegas, motivo de raiva e agressividade, pode-se questionar se esta negligência não está sendo uma forma de amenizar a falta de paciência auto-percebida por alguns dos respondentes.

Raiva e agressividade aparecem também como causa do abuso de medicamentos. Entre outras alterações de comportamento que podem acompanhar o aumento do nível de estresse inclui-se comportamento violento e o aumento do uso de álcool e drogas. Cada uma dessas situações pode causar importante impacto na saúde (QUICK *et al.*, 1997).

Lautert (1997) também referencia as condutas violentas, os comportamentos de risco e o abuso de drogas como possíveis sinais da Síndrome de Burnout.

Kaplan e Sadock (1990), ao considerarem a relação entre algumas drogas e a agressividade, afirmam que pequenas doses de barbitúricos podem inibir a agressão e grandes quantidades facilitam seu aparecimento. Já os ansiolíticos, em geral, inibem a agressividade, embora uma agressão paradoxal possa ser observada em alguns casos.

Outra droga citada como de uso abusivo foi o cigarro, tendo sido o *trabalho noturno* e a *dupla jornada de trabalho* os fatores relacionados a esta manifestação.

Quick *et al.* (1997), revisando estudos que relacionam o fumo e o estresse, não encontraram pesquisas que estabelecessem esta relação, mas descrevem que existe uma

tendência de aumento do consumo de cigarros proporcional ao número de estressores presentes em determinado período de tempo.

Observando-se outra característica definidora, *fica apreensivo frente a situações graves ou morte dos pacientes*, percebe-se que a mesma foi confirmada por apenas dois auxiliares de enfermagem.

Robazzi e Marziale (1999, p.333), ao apresentarem algumas considerações sobre problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem, afirmam que existem muitas situações de pressão as quais estes trabalhadores estão sujeitos como “quando se vêem envolvidos com dilemas e dores alheias, com o sofrimento e com os demais problemas humanos, demonstrando uma postura profissional indolor e controlada em relação ao outro que recebe o seu cuidado”.

Caregnato (2002), em seu estudo sobre estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia, encontra a morte ou seqüela por Parada Cardiorespiratória como a intercorrência mais marcante nas fala dos cirurgiões, anestesistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem.

A morte para os profissionais da saúde, segundo Beck (2001), tem um significado diferente do que para os pacientes e seus familiares. Para a equipe de saúde a morte pode significar incompetência ou impotência.

Skaba (1997, p.125), em seu estudo com profissionais que trabalham no serviço de emergência de um hospital do Rio de Janeiro, descreve que a exposição destes trabalhadores “a um ambiente de hostilidade e sofrimento tem contribuído para que alguns desenvolvam um processo de naturalização destas condições que, no limite, gera uma brutalização daqueles que, por definição, deveriam estar a serviço da vida”.

O mesmo parece ter ocorrido com alguns profissionais deste estudo, onde a morte ou a gravidade da situação dos pacientes causa apreensão a apenas dois participantes.

Os distúrbios físicos relacionados ao trabalho, diferentemente dos distúrbios emocionais, há muito são estudados face à facilidade de mensuração. Exames laboratoriais e radiológicos estão disponíveis para sua comprovação, sendo que o conhecimento do ambiente de trabalho permite correlacionar estas situações.

Neste estudo, a confirmação dos distúrbios físicos se deu pela verbalização dos respondentes, sendo que nenhum exame físico, laboratorial ou radiológico foi realizado. No entanto, crê-se que este fato não reduz a importância das manifestações confirmadas, pois a verbalização dos respondentes pressupõe os encaminhamentos adequados para investigações mais aprofundadas.

As características definidoras *problemas músculo-articulares, cefaléias/enxaquecas, mudança significativa de peso, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares e hipertensão*, citadas nos formulários, aparecem também como características definidoras do diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador na North American Nursing Diagnosis Association (2002), e estão descritas, entre outras, como possíveis respostas fisiológicas aos estressores ocupacionais (PEIRÓ, 1993; QUICK *et al.*, 1997; MENDES, 2003).

Dentre os distúrbios físicos, os *problemas músculo-articulares* foram confirmados por cinco dos nove auxiliares de enfermagem que participaram do estudo. Quatro destes confirmaram estarem desgastados.

Os auxiliares de enfermagem que confirmaram a característica definidora acreditam que os *problemas músculo-articulares* são decorrentes da *sobrecarga de trabalho*, da *posição incorreta ao movimentar os pacientes ou carregar peso*, bem como o do *espaço físico inadequado no trabalho*.

Quanto aos problemas músculos-articulares podemos destacar as lombalgias e as dorsalgias como as que constituem as maiores causas isoladas de distúrbios de saúde e de absenteísmo no trabalho. A lombalgia, por exemplo, é mais freqüente em ocupações que

exijam esforços físicos, estando sua incidência ligada à frequência com que seus mecanismos causadores são acionados (MENDES, 2003).

O trabalho de enfermagem é executado a maior parte do tempo em pé e caminhando, sendo que algumas tarefas são realizadas em posições incômodas e desconfortantes, como as punções venosas e outras que exigem esforço físico, como as mudanças de decúbito e banhos de leito (GELBCKE, 2000). Estes fatores são com certeza desencadeantes de distúrbios músculo-articulares.

Grandjean (1998) cita os trabalhadores em transporte, serviços pesados, agricultores e pessoas que prestam cuidados a outras pessoas, como grupos de trabalhadores que mais frequentemente apresentam doenças nos discos intervertebrais.

Problemas de coluna são citados também como causas para outra característica definidora que é a *cefaléia/enxaqueca*, assinalada como existente por dois auxiliares de enfermagem que confirmam o diagnóstico de Desgaste, e por dois cujo diagnóstico de não foi confirmado. Outros fatores relacionados foram atribuídos a esta manifestação, quais sejam: o *desgaste físico, emocional, hipertensão e excesso de carga horária*.

Ao fazer um diagnóstico de enfermagem, é importante que o enfermeiro tenha em mente que não deve usar diagnósticos médicos. Caso os sinais e sintomas e os fatores relacionados sejam patologias, os enfermeiros não devem descrever a situação sob forma de diagnóstico de enfermagem (CARPENITO, 2002). Neste caso, intervenção correta será o encaminhamento aos profissionais adequados, sendo que as situações poderão ser descritas como Problemas Colaborativos.

Nesta pesquisa foi diagnosticado Desgaste do Papel de Cuidador relacionado à hipertensão evidenciado por cefaléia. Tanto a hipertensão quanto a cefaléia devem ser tratadas pelo profissional de medicina. Portanto o diagnóstico de enfermagem, neste caso, não se caracteriza.

O mesmo acontece com *problemas cardiovasculares*, característica assinalada por um dos nove auxiliares de enfermagem participantes da pesquisa. Como causa para este problema o sujeito cita a *hipertensão*. Desta forma, problemas cardiovasculares e hipertensão poderão ser descritos como Problema Colaborativo.

Já a característica definidora *hipertensão*, assinalada em três dos nove formulários e em um dos casos relacionada ao *estresse*, merece uma investigação mais aprofundada por parte do enfermeiro, a fim de definir o que ou quais as situações que o auxiliar acredita estarem lhe causando estresse. Desta forma, o enfermeiro poderá reconhecer sua competência para intervir ou encaminhar a outro profissional.

Para Peiró e Salvador (1994) as enfermidades cardiovasculares e cardíacas estão entre as mais importantes conseqüências negativas do estresse.

Outra característica definidora é a *mudança significativa de peso nos últimos dois meses*, assinalada em quatro dos nove formulários. As causas citadas para esta manifestação foram *alimentação excessiva secundária à ansiedade, falta de tempo para alimentar-se adequadamente secundário à dupla jornada de trabalho, falta de exercícios físicos secundário ao cansaço e aumento de peso secundário ao abandono do tabaco*.

Quick *et al.* (1997) referem que uma dieta balanceada ajuda a prevenir o estresse ruim, bem como uma dieta desequilibrada converte mais facilmente os estressores em estresse ruim. A dieta tem impacto sobre a química do sangue, peso e reservas de energia.

A ansiedade, também citada como fator causal para o excesso de ingestão alimentar é definida como sendo a “sensação de receio e de apreensão sem causa evidente, e a que se agregam fenômenos somáticos como taquicardia, sudorese” entre outros. (ANSIEDADE, 1999, p. 147).

A North American Nursing Diagnosis Association (2002, p. 36) traz a ansiedade como um diagnóstico de enfermagem definido como “um vago e incômodo sentimento de

desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autônoma (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo”, podendo ter características definidoras comportamentais, afetivas, fisiológicas e/ou cognitivas.

Nogueira-Martins (2002) relata estudos de Menzies, nos quais observou entre os enfermeiros um alto nível de tensão, angústia e ansiedade, altos índices de absenteísmo, freqüentes mudanças de emprego e uma alta incidência de pequenos problemas de saúde com conseqüente necessidade de afastamentos por curto espaço de tempo.

Independente da definição ou o entendimento da palavra ansiedade ressalta-se que este é um termo comumente utilizado com conotações subjetivas, porquanto pode ser importante que a verbalização desta situação seja investigada de forma mais aprofundada, a fim de se obter dados que possam nortear intervenções eficazes.

Finalizando a discussão dos dados levantados através dos formulários, podemos afirmar que na maioria dos itens referentes às características definidoras houve concordância entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem.

Em todos os formulários houve pelo menos quatro (4) questões assinaladas como existentes, sendo que os formulários onde o diagnóstico Desgaste do Papel do Cuidador não foi confirmado tinham no mínimo quatro (4) e no máximo nove (9) questões preenchidas como existentes, e os formulários com diagnóstico confirmado, tinham no mínimo sete (07) e no máximo quinze (15) questões assinaladas.

A característica definidora assinalada por todos os respondentes, tendo a concordância entre os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, foi a *falta de tempo para prestar cuidados adequados* seguida da *apreensão em relação ao trabalho de algum colega*, sendo esta assinalada em todos os formulários e confirmada pelos enfermeiros e pelos auxiliares em seis deles. Em outros dois formulários somente os auxiliares de enfermagem

confirmam sentirem-se desta forma, e ainda em um dos formulários o enfermeiro percebe esta apreensão, mas a manifestação não é confirmada pelo auxiliar de enfermagem.

Os fatores relacionados mais citados como causas para diferentes manifestações foram: *excesso de carga horária, excesso de pacientes, desgaste físico e emocional*.

Nos formulários com diagnóstico não-confirmado, sete características definidoras não foram assinaladas pelos respondentes, sendo elas: *refere incapacidade para completar tarefas do cuidado, notadas mudanças negativas na forma como presta cuidados, demonstra sentimento de raiva ou agressividade, refere/sente dificuldade em se relacionar com a equipe, apresenta distúrbios gastrointestinais, problemas de sono/repouso e história de abuso de álcool, cigarros ou medicamentos*.

Nos formulários com diagnóstico confirmado, apenas uma característica definidora, *apresenta problemas cardiovasculares* não foi assinalada por algum dos participantes.

Frente aos dados quantitativos, concordamos com Carpenito (2001) ao afirmar que um dos aspectos mais difíceis para elaboração de um diagnóstico é a determinação do número suficiente de pistas capazes de confirmá-lo. A autora sugere que quanto maior o número de características definidoras existentes maior a certeza para a confirmação do diagnóstico, assim como a confirmação feita pelo cliente é mais um reforço para afirmação diagnóstica. Mesmo assim, alguns diagnósticos com padrões de abstração maior, como é o caso de Desgaste do Papel de Cuidador, apresentam grande dificuldade para os enfermeiros, exigindo atenção em todas as etapas do processo de enfermagem, uma coleta de dados minuciosa, experiência em diagnóstico e muitas vezes conhecimento aprofundado do cliente.

Neste estudo, apenas um enfermeiro utilizava diagnóstico de enfermagem em seu trabalho como docente, os demais limitavam seu conhecimento aos estudos na graduação ou pós-graduação, às discussões ocorridas durante o encontro de sensibilização e à leitura do material distribuído pela pesquisadora. Acredita-se, porém, que estes enfermeiros conheciam

o cliente, pois todos aplicaram os formulários a auxiliares de enfermagem que trabalhavam diretamente com eles há no mínimo um ano.

Podemos afirmar, portanto, que através da utilização do formulário os enfermeiros, participantes desta pesquisa, foram capazes de verificar a existência de algumas características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador entre os auxiliares de enfermagem de sua equipe.

As características definidoras assinaladas pelos profissionais com diagnóstico de Desgaste confirmado, neste estudo, assemelham-se às citadas pela North American Nursing Diagnosis Association (2002) e por Carpenito (2002, 2003), ao referir-se ao diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador, mesmo que a conotação dada por estes autores, seja de um diagnóstico voltado ao cuidador domiciliar.

Os fatores relacionados listados pelo grupo participante desta pesquisa também estão citados nestas mesmas bibliografias, sendo que algumas situações caracterizam as peculiaridades do local de trabalho.

Igualmente, tanto as características definidoras quanto os fatores relacionados estão citados, como estressores ou manifestações de estresse, por autores que abordam o tema estresse no trabalho, como Peiró (1992, 1993); Quick *et al.* (1997) e Mendes (2003).

4.5 Apresentando e Discutindo os Dados das Entrevistas

Em continuidade, segue-se a apresentação e análise dos dados que emergiram das entrevistas realizadas com os nove enfermeiros que aplicaram os instrumentos da pesquisa aos auxiliares de enfermagem.

Os dados obtidos após a análise das entrevistas foram agrupados em três (03) categorias: uso do formulário para diagnosticar Desgaste do Papel de Cuidador entre os

cuidadores profissionais; uso do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador como um processo auxiliar de avaliação funcional e dificuldades dos enfermeiros para fazer diagnóstico de enfermagem.

4.5.1 Uso do formulário para diagnosticar Desgaste do Papel de Cuidador entre os cuidadores profissionais

De modo geral, o instrumento foi considerado útil, revelador e adequado para investigação de desgaste entre os profissionais participantes da pesquisa, havendo sugestões para que fossem acrescentadas algumas características definidoras. Entretanto, nenhum dos enfermeiros concluiu o formulário, deixando de preencher a questão que solicitava a descrição do diagnóstico, caso fosse confirmado.

O conhecimento de que os auxiliares de enfermagem foram identificados como desgastados ou não foi obtido pela pesquisadora durante as entrevistas com os enfermeiros.

Acredita-se que esta situação se deu devido às dificuldades relacionadas à falta de conhecimento para a elaboração do diagnóstico e limitações do próprio diagnóstico, e não propriamente ao formulário.

Carpenito (2002) considera o diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador, entre outros, como um diagnóstico bastante complexo, exigindo que a enfermeira estude teoria e conceitos antecedentes para aprender a colocá-lo em prática.

Compreende-se assim E1 ao afirmar que já tinha percepção de que o funcionário não estava desgastado e o instrumento parece que comprovou isso. Se ele tivesse desgastado, o instrumento também iria mostrar. Entretanto, E1 refere ter tido dificuldade em justificar as respostas, ou seja, descrever os fatores relacionados.

Outra percepção é a do sexto entrevistado, que confirma não ter tido nenhuma informação sobre diagnóstico, antes deste estudo. E6 afirma que o instrumento foi revelador e diz:

ele me facilitou, mostrou que não era o que eu pensava...até porque é uma pessoa (o auxiliar de enfermagem escolhido) com quem eu tenho uma relação informal, além do trabalho...eu achava que ele tinha um ritmo totalmente diferente do que é na realidade, coisas que a gente vê no instrumento...ele tira de letra. É o estresse é a maneira com que tu vê as coisas e não aquela a qual as pessoas estão vendo.

Resgatando os aspectos importantes para validação de um diagnóstico, tem-se a confirmação do mesmo pelo cliente. Entretanto, alguns dados exigem que seja feita mais de uma verificação ou sejam verificados por mais de uma pessoa, sendo que, a incongruência entre situações observadas ou medidas e a percepção do cliente merecem investigação aprofundada (ALFARO-LeFEVRE, 2000; CARPENITO, 2002).

Quanto à possibilidade de que fossem observadas manifestações de desgaste com a utilização do formulário, E2 refere que

pelos itens do formulário, pela experiência que eu tive com esta pessoa que eu entrevistei, me parece que as características definidoras que ele demonstrou se enquadram no que está descrito na bibliografia como um possível diagnóstico. As características que ele relatou que pudessem estar associadas ao fato dele estar desgastado como cuidador, se enquadram no que está descrito.

O entrevistado demonstra um certo conhecimento referente ao diagnóstico de Desgaste do Papel de Cuidador, tornando-se evidente, entretanto, sua dúvida quanto ao estabelecimento final do mesmo, ou seja, existe em seu entender uma possibilidade diagnóstica.

Sendo assim, podemos afirmar que através do uso deste formulário elaborado com características definidoras listadas para o diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de

Cuidador, existe uma possibilidade de diagnosticar desgaste também entre cuidadores profissionais, em específico, técnicos e auxiliares de enfermagem. Visto que, conforme já analisado anteriormente, tanto as características definidoras quanto os fatores relacionados, assinalados como existentes neste estudo, assemelham-se aos citados pela North American Nursing Diagnosis Association (2002) e Carpenito (2002, 2003).

Entretanto, alguns ajustes merecem ser considerados no que tange à compreensão das solicitações feitas no formulário. A palavra “por quê?” colocada abaixo de cada característica definidora, para que fossem citados os fatores relacionados, parece ter causado dúvida e entendimento por parte dos participantes da pesquisa. Em alguns casos, os participantes explicaram as manifestações assinaladas e não citaram as causas para as mesmas.

Outro fator a ser analisado foi impedimento em se obter uma confirmação do diagnóstico através do quantitativo de características assinaladas ou pela existência de características definidoras exclusivas aos formulários com diagnóstico confirmado, tornando assim o diagnóstico um produto de análise muito subjetiva.

Embora a bibliografia contemple a complexidade deste diagnóstico, bem como a observância da confirmação do mesmo pelo próprio cliente sempre que for possível, evidencia-se a necessidade de estudos mais aprofundados, quanto as formas de confirmação deste diagnóstico, não nos parecendo adequado, depender tão efetivamente da opinião do cliente.

O que parece indiscutível é que a aplicação deste formulário permitiu um levantamento de dados, não usualmente investigados pelos enfermeiros com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham em sua equipe.

Este momento, necessário para coleta de dados, facilitou uma aproximação menos formal entre os membros da equipe, obrigando as pessoas envolvidas a refletirem sobre suas relações interpessoais, suas atitudes e condutas dentro e fora do trabalho.

Sem dúvida um instrumento que proporcione aproximação, reflexão e análise crítica por parte dos envolvidos, traz benefícios inumeráveis ao ambiente de trabalho, a tudo e a todos os envolvidos neste contexto.

4.5.2 Uso do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador como um processo auxiliar de avaliação funcional

Todos os enfermeiros entrevistados afirmam que o uso do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador para avaliar desgaste entre os auxiliares de enfermagem foi relevante e adequado, embora tenham relatado algum tipo de dificuldade.

Para E9, usar o diagnóstico de enfermagem foi uma maneira de avaliar o funcionário por outro ângulo que não seja aquela avaliação que sempre parece punitiva.

Na enfermagem a avaliação é uma atividade muitas vezes concebida de forma isolada, como se não estivesse relacionada à filosofia da instituição e/ou do próprio serviço de enfermagem. É importante que os avaliadores saibam quais os objetivos da avaliação, devendo estar “preparados para conhecer o avaliado como *homem* e como *profissional*, ou seja, ter conhecimento para perceber e analisar tanto o comportamento humano como, tecnicamente o trabalho realizado” (KURCGANT, 1991, p. 135).

Dall’Agnol e Ciampone (2002, p.367), dentre os embates dos primeiros encontros realizados com um grupo de profissionais da enfermagem, com o objetivo de conhecer representações acerca da avaliação de desempenho, focalizaram os sentimentos negativos

acerca da “avaliação centrada em erros e falhas”. O mesmo estudo traz críticas quanto ao “modismo” na busca pela afetividade nos locais de trabalho considerando, por fim, que as possibilidades de ações concretas dar-se-ão a partir do pensar, do ser crítico, do dar-se conta.

A preocupação com o caráter punitivo na avaliação é revelada também na fala de E2, ao comentar:

eu me senti em dificuldade porque ao mesmo tempo que eu tenho que fazer com ele um levantamento de dificuldades que vai mostrar algumas deficiências, algumas fraquezas que interferem no papel dele como funcionário, eu tenho que fazer a avaliação funcional dele (...) eu tinha o temor que as coisas se misturassem, a avaliação funcional com o diagnóstico. Quer dizer, tu faz o diagnóstico para tratar uma pessoa, para que ela seja melhor (...), mas outra coisa é tu fazer avaliação, que na concepção do funcionário isto o prejudica.

Torna-se evidente que E2 considera a avaliação funcional como algo centrado em falhas e deficiências, inclusive não vê na avaliação um processo para melhoria ou crescimento, como acredita ser o processo de diagnosticar. O entrevistado acredita que esta seja também a percepção dos funcionários.

Acredita-se que o momento de avaliação terá para o avaliado a conotação que for dada pelo avaliador. Caso os enfermeiros percebam ou usem os momentos de avaliação funcional unicamente para expor falhas e se queixar de condutas, provavelmente estes serão sempre momentos conflituosos e pouco úteis no que tange ao crescimento profissional de quem for avaliado.

Em contra-partida, E3 afirma que embora tenha tido dificuldades para avaliar o cuidador usando o diagnóstico, percebeu durante a aplicação do formulário um momento de interação com o funcionário, uma oportunidade de conhecer melhor um membro de sua equipe. Esta percepção foi assim expressa: uma coisa eu percebi: é que no sentar e conversar aparecem muitos problemas, que no dia a dia como funcionários eles não dizem, só que no parar para

conversar tu consegues detectar que algumas das atitudes deles são porque realmente eles tem algum problema. E3 complementa dizendo: acho que é muito importante o uso do diagnóstico, pois assim tu consegues avaliar o funcionário como um todo.

Para Chaves e Magalhães (1996, p.115) as avaliações são feitas como uma atividade isolada, vinculada a punições e recompensas, executadas pelos enfermeiros apenas por fazerem parte de suas atribuições. As autoras acreditam que avaliação deveria “atender à necessidade de *‘feedback’* que todas as pessoas têm, e a credibilidade de seu uso como um ‘processo’ deverá trazer melhoria no relacionamento interpessoal, na interação avaliador-avaliado e no uso adequado de seus resultados”.

Conforme E8, o uso deste diagnóstico foi relevante principalmente nas próprias avaliações deles, não que isso seria alguma coisa que fosse prejudicá-lo, mas para eles mesmos fazerem um retorno, uma auto-percepção. E4 também percebeu que a coleta de dados necessária para fazer o diagnóstico foi benéfica para a funcionária, à medida que a mesma *conseguiu verbalizar coisas*.

Outra consideração feita por E3, E4, E5 e E7 a respeito do uso do diagnóstico de enfermagem refere-se ao fato de que, sendo este um momento no qual os enfermeiros podem detectar situações-problema, o planejamento de intervenções adequadas é facilitado.

No entanto, é justamente o aspecto relacionado às intervenções que aparece como uma preocupação para E2, quando afirma: *eu só fico preocupado em relação a fazer o diagnóstico e intervir, se tu faz o diagnóstico tem que intervir, não tem graça fazer diagnóstico sem intervenção*.

Conforme Cruz (1997, p.54) os diagnósticos “expressam para onde se dirigem os nossos ‘que fazeres’ . Eles, por isso mesmo nos encostam na parede.” Para a autora

o diagnóstico de enfermagem pode contribuir para melhor delinear o que viemos fornecendo diretrizes para organização do conhecimento da disciplina - base para o exercício legítimo da autonomia - pois provê a esse nosso fazer um instrumento essencial para que possa ser exposto à observação e à crítica dos nossos pares, dos outros profissionais que conosco trabalham e, acima de tudo à população que faz uso dos nossos serviços: a nomenclatura, a linguagem organizada.

Na percepção do E9, entre outros aspectos positivos, o diagnóstico de enfermagem é uma maneira de falarmos uma linguagem única na enfermagem e podermos passar estas informações de forma científica para outros profissionais.

A padronização de linguagem, ou um sistema de classificação dos diagnósticos em busca de uma linguagem comum para enfermagem, tem sido alvo de inúmeras discussões. Para Wright (1995) uma linguagem comum para a enfermagem exige muito mais que a elaboração mecânica de um sistema de classificação para ter um padrão de qualidade, exige solidariedade, cooperação e união dos profissionais em busca de uma ação transformadora. Já Cruz (2001, p.70) afirma que “a padronização de linguagem é o acordo sobre regras quanto ao uso das palavras (...), o diagnóstico existe com ou sem o uso de linguagem padronizada”.

Considerando-se as falas dos enfermeiros participantes desta pesquisa, percebe-se um desejo de compreender e conhecer melhor os membros de sua equipe, sendo que os próprios enfermeiros talvez também necessitem serem percebidos por ângulo mais humanizado, visto que E7 diz: acho que precisa que alguém visualize também os enfermeiros, porque o enfermeiro também é funcionário. Alguém que identificasse os nossos problemas, que levantasse os problemas do grupo e visse uma maneira de diminuir estes problemas.

A coleta de dados para verificação da existência do diagnóstico de desgaste entre os trabalhadores, nesta equipe de profissionais, parece ter sido observada como uma forma de estabelecer vínculos entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. No entanto, para que

o diagnóstico seja verificado de maneira adequada é preciso que os enfermeiros compreendam todo o processo cognitivo necessário para diagnosticar.

4.5.3 Dificuldades dos enfermeiros para fazer diagnóstico de enfermagem

Diagnosticar é tomar decisões que requerem habilidades mentais, podendo ser definido como um julgamento clínico, um processo cognitivo pelo qual são feitas inferências sobre dados observados (RISNER, 1986a; SOUZA, 2001).

Para Risner (1986b) a falta de conhecimento, de autoconfiança, a indecisão e o receio de receber críticas estão entre os obstáculos ao desempenho da habilidade em diagnosticar.

E9 refere saber pouco sobre o tema “diagnóstico de enfermagem”, entretanto acredita que,

se entendesse mais teria tirado mais proveito do trabalho. Penso que a enfermagem está mudando de postura frente aos outros profissionais e por isso precisamos mais pesquisas e trabalhos que nos dêem respaldo para executarmos o nosso trabalho com profissionalismo e não só de forma empírica ou automática, sem pensar.

Em âmbito internacional, observa-se um interesse no que se refere ao ensino dos diagnósticos desde a primeira conferência sobre classificação de diagnósticos de enfermagem, ocorrida em 1973 nos estados Unidos. Todavia, no Brasil a temática parece ganhar espaço a partir do I Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, ocorrido em 1991, no Estado de São Paulo (GARCIA, 1998).

O ensino dos diagnósticos nos cursos brasileiros de enfermagem é recente e, considerando-se ainda sua complexidade, é possível explicar em parte, as dificuldades apontadas tanto por alunos quanto por enfermeiros, principalmente os profissionais graduados até meados da década de 90, época em que esta metodologia ainda era pouco utilizada.

Neste estudo, dois dos enfermeiros, formados há mais de dez anos, afirmaram nunca terem estudado diagnóstico de enfermagem e desconheciam o assunto antes de aceitarem participar da pesquisa; outros quatro, formados entre dois e dez anos, referiram ter ouvido falar sobre o assunto na graduação, mas consideraram difícil e afirmam terem aprendido muito pouco (E2, E3, E4, E5, E7, E9).

E9, referindo-se ao instrumento relata que *as dificuldades foram relacionadas ao fato de que eu entendo pouco sobre o assunto, por isso acho que cometi algumas falhas em perguntar algumas coisas, não entendi bem os fatores relacionados.*

O comentário do E3 vem ao encontro do comentário anterior, ao afirmar que a gente detectando os problemas vai conseguir fazer o diagnóstico, só que eu acho que o diagnóstico mesmo é uma coisa difícil de elaborar, até porque a gente não tem prática, a gente não desenvolve diagnóstico.

Nakatani, Carvalho e Bachion (2000), ao realizarem um estudo com alunos de graduação de enfermagem sobre o ensino dos diagnósticos baseados na classificação da NANDA, acreditam que a necessidade do domínio de múltiplas disciplinas e teorias, operações mentais de captação da realidade, discriminação de elementos de um problema, interpretação de dados, formulação de hipóteses, estão entre os elementos responsáveis pelos obstáculos percebidos pelos alunos.

Para Almeida (2002, p.24) o julgamento clínico e a tomada de decisão necessária à elaboração de um diagnóstico de enfermagem “precisam ser ensinados e aprendidos nos cursos de graduação”.

Pode-se também inferir que os obstáculos criados pelos enfermeiros em relação ao estudo e aplicação dos diagnósticos de enfermagem estejam no medo de se expor como

profissionais e tomar decisões. Embora as queixas relacionadas à submissão e falta de autonomia profissional estejam presente entre os profissionais de enfermagem, talvez o incômodo da mudança não seja tão desejado quanto referido.

Ao fazermos diagnósticos estamos inevitavelmente trabalhando com o risco de errar, de julgar mal, seja por coleta de dados incompleta, por desconhecimento da situação clínica, por utilizar diagnósticos não válidos a determinadas situações ou por não termos desenvolvidas as competências necessárias a uma tomada de decisão (GORDON, 1994).

No entanto, talvez seja necessário descobrir erros para que se comece a acertar, nos expor frente a outros profissionais para que sejamos instigados a nos questionar.

Trabalhar com o risco de errar é também trabalhar com o risco de acertar, sendo esta uma forma, talvez a única, de crescimento pessoal e profissional.

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao optar-se pelo estudo do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador, relacionando-o com o estresse da equipe de cuidadores profissionais da enfermagem, reconhecia-se o desafio a ser enfrentado, dado o conhecimento de limitações

como a complexidade e resistências em relação aos diagnósticos de enfermagem, o escasso quantitativo de pesquisas e o pouco conhecimento que os participantes deste estudo detinham sobre o tema.

Entretanto, a necessidade de reconhecer e avaliar de forma sistemática o desempenho dos trabalhadores de enfermagem por uma perspectiva humanística, especialmente aqueles que trabalham em áreas de grandes exigências físicas e emocionais, como as emergências, fez com que se vislumbrasse no processo diagnóstico uma possibilidade de alcançar esta finalidade.

Decide-se então verificar a existência de características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador entre técnicos e/ou auxiliares de enfermagem que trabalham no setor de emergência de um hospital, bem como conhecer a percepção dos enfermeiros deste setor quanto ao uso deste diagnóstico como uma possibilidade de avaliar o desgaste dos profissionais da sua equipe.

Para tanto optou-se pela pesquisa qualitativa, utilizando-se o método de auto-relato, tendo como instrumentos, um formulário com perguntas fixas e semi-estruturadas aplicado aos auxiliares de enfermagem e uma entrevista com questões semi-estruturadas com os enfermeiros.

Ao término da análise dos dados, verifica-se que dos nove auxiliares de enfermagem que participaram do estudo, seis confirmam sentirem-se desgastados, e todos foram assim percebidos pelos enfermeiros que aplicaram os formulários a estes auxiliares.

Três auxiliares de enfermagem não confirmaram a existência do diagnóstico, sendo que em um destes casos o enfermeiro acreditava que o mesmo estivesse desgastado, tendo mudado sua opinião diante dos dados coletados com o formulário e o relato do próprio auxiliar, demonstrando a pertinência desta abordagem.

Nos nove formulários aplicados houve no mínimo quatro e no máximo quinze características definidoras assinaladas como existentes, não havendo diferença de quantitativo mínimo entre os formulários cujo diagnóstico de Desgaste foi confirmado ou não.

Duas características definidoras foram assinaladas por todos os respondentes, sendo elas: a falta de tempo para prestar cuidados adequados e apreensão em relação ao trabalho de algum colega.

Para a falta de tempo, o fator relacionado mais citado foi excesso de pacientes, seguido, pelo quantitativo e complexidade dos cuidados a serem prestados e rotinas do setor.

As falhas técnicas, o desinteresse e a negligência na prestação de cuidados foram listados como situações geradoras da apreensão em relação ao trabalho de algum colega.

O excesso de carga horária secundário a trabalhar em dois hospitais, foi apontada como causa para seis das vinte manifestações de Desgaste do Papel de Cuidador listadas no formulário, da mesma forma que o número excessivo de pacientes aparece como fator relacionado a quatro diferentes características definidoras deste diagnóstico.

As manifestações confirmadas, juntamente aos seus fatores causais, permitiram aos enfermeiros a percepção não só dos incômodos causados aos trabalhadores, como também o resultado negativo para a prestação de cuidados aos pacientes. Sendo assim, pode-se inferir que utilizar esta sistemática para diagnosticar desgaste permite aos enfermeiros cuidar dos membros da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, qualificar ainda mais a prestação de cuidados aos pacientes.

Observou-se, entretanto, que não houve um quantitativo de características definidoras que pudesse validar ou refutar a presença deste diagnóstico, sendo que sua confirmação foi feita junto ao trabalhador que respondeu o formulário, situação preconizada como correta e indicada por bibliografias especializadas em diagnóstico de enfermagem.

Muito embora a bibliografia contemple a observância da confirmação do diagnóstico pelo próprio cliente, não nos parece adequado depender tão efetivamente da opinião do cliente.

Para os casos de discordância entre o enfermeiro e auxiliar de enfermagem quanto a existência ou não do diagnóstico, o uso do termo “possível” junto ao mesmo talvez seja mais adequado até que os dados possam ser comprovados com o menor risco de erro. Desta forma, os dados levantados não se perdem e podem servir como guia para intervenções cabíveis às características definidoras e aos fatores relacionados citados.

No entanto, todos os enfermeiros participantes deste estudo consideraram o uso do formulário para diagnosticar Desgaste do Papel de Cuidador, entre os membros da equipe, como útil e adequado, mesmo sem que tenham conseguido descrever o diagnóstico de forma correta ao final do levantamento de dados.

Percebeu-se que o formulário utilizado necessita de reformulações para sua melhor compreensão, de forma a esclarecer que os “por quês” deveriam relatar as causas para as manifestações assinaladas e não as manifestações que reforçavam a percepção de sua existência. Talvez, substituindo a questão por quês? por: descreva as causas para a manifestação assinalada; tivéssemos maior precisão com o instrumento. No entanto, persiste a complexidade para a confirmação do diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador.

Os participantes associaram a aplicação do formulário e verificação deste diagnóstico de enfermagem à atividade de avaliação de desempenho dos auxiliares de enfermagem, e concordaram que abordar o profissional nesta perspectiva reduz eventuais conflitos e mal-estares, comumente presentes nos momentos de avaliação.

A coleta dos dados através deste processo possibilitou o conhecimento mais profundo dos auxiliares de enfermagem, o estabelecimento de vínculos entre os enfermeiros e

os demais membros da equipe, e uma avaliação não só do desempenho profissional, mas também de fatores associados e causais a este.

As dificuldades de utilizar o diagnóstico de enfermagem como uma forma de avaliar desgaste profissional pareceram advir das limitações referentes ao conhecimento dos enfermeiros sobre este tema e da complexidade intrínseca ao próprio diagnóstico de enfermagem, em específico o de Desgaste do Papel de Cuidador.

Diante dos dados obtidos é possível afirmar que existe uma necessidade premente que se busque caminhos para criar e reforçar vínculos afetivos entre os membros da equipe de enfermagem. Os profissionais de enfermagem precisam e desejam se conhecer mais e entender todos os aspectos que envolvem seu desempenho profissional.

A coleta de dados com o uso do formulário para verificação do diagnóstico de enfermagem Desgaste do Papel de Cuidador permitiu conhecer manifestações de desgaste entre os auxiliares de enfermagem, assim como suas etiologias, porém a confirmação do diagnóstico suscita estudos aprofundados, que permitam minimizar equívocos.

Desta forma, nos cabe propor que os aspectos cognitivos e competências necessárias para fazer diagnóstico sejam estudados e desenvolvidos durante a graduação de enfermagem de forma a refletir na prática profissional.

Propõe-se, também que estudos aprofundados sejam realizados em busca do estabelecimento de regras mais claras para confirmação do diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador, assim como estudos que reforcem a possibilidade de sua aplicação aos cuidadores profissionais, a fim de auxiliar os enfermeiros nos difíceis caminhos de ser cuidador também dos cuidadores de sua equipe de trabalho.

Referências

REFERÊNCIAS

ALFARO-LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. Tradução: Ana M. V. Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ALMEIDA, M. A. **Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem**: concepções de docentes e discentes. 2002. 243 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ANSIEDADE. *In*: FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio**: dicionário da língua portuguesa: século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís 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.n], 2001.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia Editora, 1998.

BIANCHI, E. R. F.; SILVA, A. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 65-74, mar. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre: GHC, 2003. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/hnsc/indicadores/indicadores.aspx>>. Acesso em: 10 abr. 2004.

_____. _____. Organização Pan-Americana da saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF. 2001.

CAREGNATO, R. **Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia**: um estudo de caso. 278 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. Tradução Ana M. V. Thorell. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. _____. Tradução: Ana M. V. Thorell. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

_____. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Tradução: Ana M. V. Thorell. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

_____. _____. Tradução: Ana M. V. Thorell. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

CHAVES, E. MAGALHÃES, A. M. M. Avaliando a avaliação de desempenho na prática de enfermeiros. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 17 n. 2, p. 115-123, jul. 1996.

CRUZ, D. A. L. M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 63-84.

_____. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para autonomia da enfermeira. In: VILANI, M.; GUEDES, C.; ARAÚJO, T. L. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. **Série Didática**: enfermagem no SUS. Brasília: ABEN, 1997. p. 51-58.

_____. Diagnósticos e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n.1, p. 160-169, jan./jun. 1995.

- DALL'AGNOL, C.; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de desempenho: diálogos e representações de um grupo na enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF. v. 55, n.4, p. 363-369, jul./ago. 2002.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução: Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Tradução: Maria Irene Stocco Betiol *et al.* São Paulo: Atlas, 1994.
- DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.
- DIAGNÓSTICO. *In*: FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio**: dicionário da língua portuguesa: século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnóstico e intervenções em enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- FADIGA. *In*: FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio**: dicionário da língua portuguesa: século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FERNANDES, J. D. *et al.* Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 10 n.2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2002.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. *In*: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-96.
- GARCIA, T. R. O ensino do diagnóstico de enfermagem: a experiência do curso de mestrado em enfermagem da UFPB. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, n. 4., 10-13 maio1998, Curitiba. **Anais....** Curitiba: ABEn,1998. p. 2-9.
- GELBCKE, F. L. Gênero e saúde: contribuições ao debate na enfermagem. *In*: ENFSUL,11., 6-7 jul. 2000. Porto Alegre. **Anais....** Porto Alegre: ABEn, 2000. p. 54-57.
- GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Revista e ampliada. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.
- GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. Tradução: João Pedro Stein. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI- LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. Tradução: Maria Cristina Monteiro Daise Batista. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KURCGANT, P. A avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem. *In*: _____. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 200f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca, 1995.

_____. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.18, n.2, p. 83-93, jul.1997.

LAUTERT, L.; SOARES, M. A. M. Percepções dos enfermeiros acerca do estresse vivenciado pelos membros da equipe de enfermagem. ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2., 28-30 out. 2002, Águas de Lindóia. **Anais...** São Paulo: USP, 2002. 1 CD-ROM.

LOBO, M. L. Florence Nightingale. *In*: GEORGE, J. B. **Nursing theories: the base for professional nursing practice**. 4. ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1995. p. 33-48.

LUNARDI, V. L.; BORBA, M. R. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. *In*: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998. p. 163-186.

MASSAROLLO, M. C. K. B. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. *In*: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 23-39.

MENDES, R. (Org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

_____. _____. 2. ed. atual e ampl., São Paulo: Atheneu, 2003. 2 v.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set. 1993.

NAKATANI, A. Y. K.; CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> - Acesso em: 02 abr. 2004

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *In*: BOTEGA, N. J. (Org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p.130-144.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999- 2000**. Tradução: Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002**. Tradução: Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.

_____. **NANDA Nursing diagnoses: definitions & classification 2001- 2002.** Philadelphia, PA, 2001.

OMAN, K. S.; KOZIOL-McLAIN, J.; SCHEETZ, L.J. **Segredos em enfermagem de emergência:** respostas necessárias ao dia-a-dia. Tradução: Regina Garcez. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

PAUL, C; REEVES, J.S. An overview of the nursing process. *In:* GEORGE, J. B. *et al.* **Nursing theories: the base for professional nursing practice.** 4. ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1995. p.15- 31.

PEIRÓ, J. M. **Desencadeantes del estrés laboral.** Madrid: Eudema, 1993.

_____. **Psicología de la organizacion.** Madrid: Universidad Nacional de Educacion a Distancia, 1992.

PEIRÓ, J.M.; SALVADOR, A. **Control Del estrés laboral.** Madrid: Eudema, 1994.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Tradução: Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PUEYO, R C. El síndrome de bournout el desgaste profesional. **Enfermeria en Trauma,** Argentina, ano 57, n. 1334, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.e Listas.net/lista/enfermeriaentrauma>>. Acesso em 12 ago 2001.

QUICK, J. C. *et al.* **Preventive stress management in organizations.** Washington DC: James Campbell, 1997.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros:** o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. 1999. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

REIBNITZ, K. S. Enfermagem: espaço curricular e processo criativo. *In:* SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem:** da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed.da UFSC, 1998. p.187-218.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. *In:* GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CHRISTENSEN, P.J. **Nuring process application of theories, frameworks, and models.** 2.ed. St. Louis, Mosby, 1986. p.23-38a.

_____. Diagnosis: diagnostic statements. *In:* _____. _____ 2. ed. St. Louis, Mosby, 1986. p. 65-78b.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF. v. 52., n.3., p. 331-338, jul/set. 1999.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidados individualizado. *In*: CIANCIARULLO, T. I.; *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 41-62.

SKABA, M. M. V. F. **O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência.** 1997. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e suas influências nos processos cuidados. *In*: CIANCIARULLO, T. I.; *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

STRAIN. *In*: **STEDMAN.** Dicionário médico. Tradução: Cláudia Coana *et al.* 27. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

UNICOVSKY, M. A. R.; LAUTERT, L. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. *In*: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: Ed da UFSC, 1998. p. 219-241.

WRIGHT, M. G. M. Una lenguaje comum para enfermeras: dilema persistente. **Rev. Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 3., n. 2., p.107-129- jul. 1995.

Apêndices

APÊNDICE A

Formulário para identificação do diagnóstico de enfermagem

Desgaste do Papel de Cuidador

Desgaste do Papel de Cuidador: estado em que o indivíduo está apresentando sobrecarga física, emocional e social no processo de prestar cuidados a outra pessoa.

Marque com um **X** na coluna (**percebido p/ enfermeiro**) caso as manifestações abaixo estejam presentes em sua percepção e com **X** na coluna (**percebido pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem**) caso o mesmo o tenha identificado. Coloque (0) quando a manifestação não for percebida. Os motivos deverão ser respondidos pelo enfermeiro e pelo auxiliar ou técnico, caso a característica definidora seja percebida como existente.

Manifestações Percebidas = Características definidoras;

1. Apresenta dificuldade para realizar as atividades necessárias para prestar cuidados:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

2. Refere/ sente incapacidade para completar as tarefas do cuidado:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

3. Refere/ sente que o trabalho interfere em outros papéis como casamento, amizade, estudo, maternidade/paternidade:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

4. Refere/ sente que falta tempo para prestar cuidados adequados:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

5. Refere/ sente que falta tempo para cuidar de si mesmo:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

6. Notadas mudanças (negativas) na forma como presta cuidados:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

7. Fica muito apreensivo frente às situações graves ou morte dos pacientes:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

8. Aparenta/ sente-se cansado:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

9. Demonstra sentimento de raiva/ agressividade:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

10. Demonstra sentimento de depressão:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

11. Apresenta/ sente dificuldade em se relacionar com a equipe:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

12. Fica apreensivo em relação ao trabalho de algum dos colegas da equipe:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

13. Teve mudança de peso significativa nos últimos dois meses:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

14. Apresenta problemas de hipertensão:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

15. Problemas cardiovasculares:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

16. Problemas músculo-articulares:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

17. Cefaléias/ Enxaquecas:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

18. Distúrbios gastrintestinais:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico
Por quê? (Fatores Relacionados): _____

19. Problemas com sono e repouso:

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico

Por quê? (Fatores Relacionados): _____

20. História de abuso de álcool/ cigarro ou medicamentos (especificar):

() Percebido p/ enfermeiro () Percebido p/ auxiliar ou técnico

Por quê? (Fatores Relacionados): _____

Após o preenchimento descreva como ficará o diagnóstico caso exista:

Após o preenchimento do formulário junto ao membro da sua equipe, quais as intervenções que lhe parecem adequadas?

APÊNDICE B**Entrevista com os Enfermeiros**

Dados de Identificação:

Sexo () Feminino () Masculino

Idade:.....anos

Grau de Escolaridade: () Graduação () Concluído

() Especialização () Em curso

() Mestrado

() Doutorado

Tempo de formada:anos.

Tempo que trabalha na instituição:anos.

Turno em que trabalha:.....

Número de técnicose auxiliares.....sob sua supervisão.

1) Você tinha algum conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem antes deste trabalho?

2) Caso positivo. Qual seu conhecimento prévio sobre o assunto e onde o adquiriu?

3) Você considera relevante que os enfermeiros usem diagnósticos de enfermagem?

4) Você considera adequado que o enfermeiro use o diagnóstico, desgaste do papel de cuidador para avaliar o possível desgaste profissional dos membros da sua equipe?

5) Você acha que o instrumento foi capaz de identificar características definidoras do diagnóstico, facilitando sua percepção quanto ao desgaste do profissional com quem você aplicou o instrumento? De que forma? Quais foram suas dificuldades?

6) Gostaria de acrescentar algo sobre o assunto?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Enfermeiros

A presente pesquisa está sendo realizada pela Enf^ª. Maria Augusta Moraes Soares, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob orientação da Dra. Liana Lautert. O estudo tem como objetivos verificar a existência de características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Desgaste do Papel de Cuidador* entre os cuidadores profissionais, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem que trabalham em hospital, bem como conhecer a percepção dos enfermeiros

quanto ao uso deste diagnóstico como uma possibilidade de avaliar o desgaste dos profissionais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem da sua equipe.

Os enfermeiros terão dois encontros com a pesquisadora. No primeiro serão instrumentalizados para o uso de um formulário de investigação do diagnóstico de desgaste do papel de cuidador, que será aplicado aos técnicos e/ou auxiliares escolhidos. Após a aplicação do formulário será realizada uma entrevista semi-estruturadas, gravada e transcrita, posteriormente, pela pesquisadora. Neste mesmo encontro será recolhido o formulário preenchido, pelo enfermeiro.

Pelo presente, declaro que fui orientado de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos aos quais serei submetido, bem como:

- da garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca do preenchimento dos dados;
- da liberdade de deixar de preencher todo e qualquer dado que não me for conveniente, bem como deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que por isso sejam questionadas minhas razões;
- da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- do direito a ter acesso aos resultados da pesquisa após a apresentação e avaliação por banca examinadora.

Para maiores informações sobre esta pesquisa, meu telefone para contato é: 3325-3201 e o e-mail é: mariaaugustag@aol.com, ou com a Dra. Liana Lautert pelo telefone: 3316-5089.

Enfa. Maria Augusta Moraes Sores

Dra. Liana Lautert

Data: ___/___/___

Nome e Assinatura do Informante: _____

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem

A presente pesquisa está sendo realizada pela Enf^a. Maria Augusta Moraes Soares, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob a orientação da Dra. Liana Lautert. O estudo tem como objetivos, verificar a existência de características definidoras do diagnóstico de enfermagem, *Desgaste do Papel de Cuidador*, entre os cuidadores profissionais, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, que trabalham em hospital, bem como conhecer a percepção dos enfermeiros quanto ao uso deste diagnóstico como uma possibilidade de avaliar o desgaste dos profissionais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem da sua equipe.

Os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem serão entrevistados pelo enfermeiro supervisor do seu setor e turno, afim de responder questões de um formulário elaborado pela pesquisadora. Os formulários serão entregues à pesquisadora sem identificação do profissional. Os dados coletados serão computados afim de que sejam atingidos os objetivos do estudo.

Pelo presente, declaro que fui orientado de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos a que serei submetido, bem como:

- da garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca do preenchimento dos dados;
- da liberdade de deixar de preencher todo e qualquer dado que não me for conveniente, bem como deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que por isso sejam questionadas minhas razões;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- do direito a ter acesso aos resultados da pesquisa após a apresentação e avaliação por banca examinadora.

Para maiores informações sobre esta pesquisa, meu telefone para contato é: 3325-3201 e o e-mail é: mariaaugustag@aol.com, ou com a Dra. Liana Lautert pelo telefone: 3316-5089.

Enf^a. Maria Augusta Moraes Sores

Dra. Liana Lautert

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do Informante: _____

Anexos

ANEXO A – Textos introdutórios acerca dos Diagnósticos de Enfermagem em específico o diagnóstico Desgaste do Papel de Cuidador

Introdução

COMO FAZER UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PRECISO

Para fazer um diagnóstico de enfermagem correto a enfermeira deve ser capaz de fazer o que segue:

1. Coletar dados válidos e pertinentes.
2. Analisar os dados, agrupando-os.
3. Diferenciar os diagnósticos de enfermagem dos problemas colaborativos.
4. Formular corretamente os diagnósticos de enfermagem.
5. Selecionar os diagnósticos prioritários.

COLETA DE DADOS VÁLIDOS E PERTINENTES

Conceitos-chave

Investigação focalizada na enfermagem
 Coleta ampla *versus* focalizada
 Significação dos dados
 Avaliação dos dados

Investigação focalizada na enfermagem

A enfermagem é definida como o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde e às situações de vida vigentes ou potenciais (*Nursing: A Social Policy Statement*, 1985, NANDA, 1990). O formato de investigação utilizado pela enfermeira deve ser capaz de dirigir a coleta de dados sobre as respostas humanas, desde as condições da pele e da função urinária até a saúde espiritual e a capacidade de autocuidados.

Em outras palavras, o conhecimento da enfermeira sobre os sinais e os sintomas para os diagnósticos vigentes, os fatores de risco para os diagnósticos de risco ou as possíveis complicações fisiológicas direciona a coleta de dados. Esse conhecimento também é usado para comprovar a exatidão do diagnóstico.



Coleta ampla *versus* focalizada

Existem dois tipos de investigação:

1. Coleta ampla: coleta de dados pré-determinados, geralmente durante o contato inicial
2. Focalizada: coleta de dados específicos conforme determinado pelo cliente, pela família ou pela situação

Freqüentemente, durante os primeiros encontros com o indivíduo, a enfermeira enfoca perguntas investigativas para uma coleta ampla de dados, visando determinar como está o funcionamento da pessoa em várias áreas. Essas perguntas podem incluir as seguintes:

- Você tem problemas para dormir?
- Você tem problemas alimentares?
- Qual a frequência de sua evacuação?
- Têm havido situações difíceis de serem enfrentadas em sua vida?

O apêndice proporciona perguntas de coleta ampla de dados sob os Padrões Funcionais de Saúde.

Se a pessoa tem uma queixa sobre um determinado problema ou uma preocupação específica, a enfermeira deve limitar a investigação. A investigação localizada pode incluir as seguintes perguntas:

- Conte-me sobre a sua dor (surgimento, localização, intensidade, duração, o que ameniza, o que agrava?)
- Que outros sintomas você tem?
- Como essa dor afeta o sono, a alimentação, o trabalho, o lazer?

Em outra situação, a enfermeira pode estar atendendo uma mulher submetida, recentemente, à cirurgia, completando a investigação focalizada dos sinais vitais, da aparência da incisão, da ingestão, da eliminação e do nível de conforto.

Em muitas situações, a enfermeira não estará investigando os problemas diagnosticados pela enfermagem, mas os estilos de vida saudáveis. Por exemplo, uma mulher saudável de 42 anos pode ser investigada quanto ao conteúdo de fibras de sua dieta.

SIGNIFICAÇÃO DOS DADOS

Os estudantes iniciantes deverão aprender a determinar se os dados são significativos ou não nos padrões ou nas necessidades funcionais básicas, como a nutrição, a segurança, a eliminação, a mobilidade e o autocuidado. Para reconhecer a significação dos dados, a enfermagem deve saber, primeiramente, o que é esperado ou normal. Por exemplo, para determinar se a pessoa tem um problema nutricional, a enfermeira deve conhecer, em primeiro lugar, a pirâmide dos cinco grupos de alimentos, o peso normal para a altura e o preparo dos alimentos. Além disso, a enfermeira deve saber que determinados fatores, como a náusea, os dentes em mau estado, a boca inflamada ou o dinheiro insuficiente podem interferir na busca dos alimentos, na sua preparação, na ingestão e no metabolismo.

De forma simplificada, para que a investigação seja objetiva a enfermeira tem que saber o seguinte:

- Qual a variação da normalidade?
- Qual a variação da anormalidade?
- Quais são os fatores de risco?

Avaliação de dados

A avaliação de dados envolve:

- Diferenciação de pistas de inferências
- Garantia de validação
- Determinação da quantidade de dados necessária

As pistas são fatos que a enfermeira coleta através de entrevistas, observação, exame e revisão dos registros do cliente (por exemplo, sinais vitais, sentimentos, resultados laboratoriais). As inferências são julgamentos que a enfermeira faz sobre as pistas, como os seguintes:



A validação é a extensão da credibilidade dos dados como fatuais e verdadeiros (Alfaro-Lefevre, 1999). Alguns dados, como a diminuição da pressão sanguínea, são certos porque existem padrões aceitos. Para as situações nas quais não existem critérios claramente estabelecidos, como as respostas psicossociais, a enfermeira pode aumentar a validação dos dados ou do diagnóstico acrescentando mais evidências para apoiar a inferência.

Os julgamentos feitos pelas enfermeiras são válidos somente quanto aos dados usados. A validação ou a exatidão dos dados pode ser aumentada se a enfermeira verificar a informação.

Alfaro-Lefevre (1999) recomenda vários procedimentos para a comprovação dos dados:

- Verificar novamente seus próprios dados
- Pedir que alguém verifique os dados
- Comparar os dados subjetivos com os objetivos
- Pedir que o cliente verifique os dados

ANÁLISE DOS DADOS, AGRUPANDO-OS

Conceitos-chave

- Conhecimento das categorias diagnósticas
- Número suficiente de pistas
- Diferenciação de um diagnóstico de outro
- Tentativa de diagnóstico (hipótese)

A análise de dados não é possível a não ser que você saiba qual o grupo de pistas para descrever um diagnóstico. Em outras palavras, você deve saber quais as pistas que descrevem impotência antes de poder reconhecer o agrupamento. Alguns diagnósticos são muito fáceis de confirmar, como a Constipação ou a Integridade da Pele Prejudicada. Frequentemente uma única pista, como "Eu tenho dor na perna", pode confirmar um diagnóstico de dor.

Outros diagnósticos, principalmente os diagnósticos psicossociais mais complexos como Distúrbio na Imagem Corporal, podem necessitar de várias interações enfermeira-cliente antes de o diagnóstico ser confirmado ou não. A tabela 1, no final da introdução, lista os diagnósticos de enfermagem sob os Padrões Funcionais de Saúde.

Número suficiente de pistas

Um dos aspectos mais difíceis para a elaboração de diagnósticos exatos é a determinação do número suficiente de pistas presentes para a confirmação de um diagnóstico de enfermagem vigente. A enfermeira deve consultar a lista de características definidoras do diagnóstico suspeitado. Quantas características maiores estão presentes? Quantas características menores estão presentes? O cliente confirma a sua suspeita de diagnóstico? Se ainda não estiver confiante, rotule o diagnóstico como Possível e colete mais dados.

Diferenciação de um diagnóstico de outro

Alguns diagnósticos possuem as mesmas características definidoras como Intolerância à Atividade, Fadiga, e Distúrbio no Padrão do Sono. Revise as definições e as notas do autor buscando ajuda. Determine qual seria o foco de intervenção para o problema, por exemplo, técnicas de conservação de energia (Fadiga), promoção do sono (Distúrbio no Padrão do Sono) ou aumento da resistência (Intolerância à Atividade). Algumas vezes essa técnica ajuda a esclarecer o diagnóstico.

Tentativa de diagnóstico (hipótese)

A última atividade cognitiva na análise dos dados é a proposição de uma ou mais explicações diagnósticas prováveis para o conjunto de dados. Às vezes, apenas um diagnóstico é proposto porque o agrupamento de dados apóia claramente a sua presença. Quando mais de um diagnóstico é provável, a enfermeira deve revisar as características definidoras (para o vigente) ou os fatores de risco (para o de risco) para uma tentativa de diagnóstico. Sistemáticamente, a enfermeira deve comparar esses sinais, sintomas, ou fatores de risco com os dados investigados. Se for necessária maior coleta de dados, a enfermeira pode prosseguir com a investigação focalizada. Outra opção para a enfermeira é rotular a tentativa de diagnóstico como Possível, se a coleta adicional de dados não for realizável ou cabível nessa ocasião. Por exemplo, alguns dos diagnósticos de enfrentamento exigem interações repetidas para a confirmação do diagnóstico.

DIFERENCIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Conceitos-chave

Diagnósticos de enfermagem *versus* problemas colaborativos
Seleção de problemas colaborativos

Diagnósticos de enfermagem *versus* problemas colaborativos

Em 1983, Carpenito publicou o Modelo Bifocal de Prática Clínica. Nesse modelo, as enfermeiras são responsáveis pelo tratamento de dois tipos de julgamentos clínicos ou diagnósticos: os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos.

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos de vida vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a escolha de intervenções de enfermagem que visam a obtenção de resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 1990).

Os problemas colaborativos são determinadas complicações fisiológicas que a enfermeira monitora para detectar o surgimento ou as modificações no estado. A

enfermeira controla os problemas colaborativos usando intervenções prescritas pelos médicos e pela enfermagem, visando minimizar as complicações dos eventos (Carpenito, 1989).

As intervenções de enfermagem são classificadas como prescritas pela enfermeira ou prescritas pelo médico. As intervenções prescritas pela enfermeira são aquelas que a enfermeira pode ordenar, legalmente, para ser implementada pela equipe de enfermagem. As intervenções prescritas pela enfermeira tratam, previnem e monitoram os diagnósticos de enfermagem. As intervenções prescritas pelo médico representam os tratamentos para problemas colaborativos que as enfermeiras iniciam e controlam. Os problemas colaborativos requerem tanto intervenções prescritas pelo médico quanto pela enfermeira. O demonstrativo 1 representa esses relacionamentos.

A seguir a ilustração dos tipos de intervenções associadas com as complicações potenciais dos problemas colaborativos: Hipoxemia:

- PE: 1. Monitorar os sinais de desequilíbrio ácido-base.
- PE: 2. Administrar fluxo baixo de oxigênio conforme necessário.
- PE: 3. Assegurar a hidratação adequada.
- PE: 4. Avaliar os efeitos do posicionamento sobre a oxigenação.
- PE/PM 5. Administrar a medicação conforme necessária.

(PE: Prescrita pela enfermeira PM: Prescrita pelo médico)

Seleção de problemas colaborativos

Como mencionado anteriormente, os problemas colaborativos são diferentes dos diagnósticos de enfermagem.

A enfermeira toma decisões independentes tanto em relação aos problemas colaborativos quanto aos diagnósticos de enfermagem. As decisões diferem no seguinte: para os diagnósticos de enfermagem, a enfermeira prescreve o tratamento definitivo para a situação e é responsável pela obtenção de resultados; para os problemas colaborativos, a enfermeira monitora as condições do cliente para detectar o surgimento ou o estado das complicações fisiológicas, além de controlar os eventos com intervenções prescritas pela enfermeira e pelo médico. Os problemas colaborativos são rotulados "Complicações Potenciais" (especificando-se):

Exemplos:

Complicação Potencial: Hemorragia

Complicação Potencial: Insuficiência Renal

As complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram são geralmente relacionadas com a doença, o traumatismo, os tratamentos e os estudos diagnósticos. Os seguintes exemplos ilustram alguns problemas colaborativos:

Situação

Terapia anticoagulante

Pneumonia

Problema colaborativo

Complicação Potencial: Hemorragia

Complicação Potencial: Hipoxemia

Os critérios de resultados ou as metas do cliente são usados para medir a eficiência do cuidado de enfermagem. Quando um cliente não está progredindo na obtenção de metas ou está piorando, a enfermeira deve reavaliar a situação. O Demonstrativo 2 representa as questões que devem ser consideradas. Se nenhuma dessas opções for apropriada, a situação pode não ser um diagnóstico de enfermagem. Por exemplo:

DEMONSTRATIVO 2. QUESTÕES AVALIATIVAS

- O diagnóstico está correto?
- A meta foi mutuamente estabelecida?
- É necessário mais tempo para que o plano funcione?
- A meta precisa ser revisada?
- As intervenções precisam ser revisadas?

Risco para Déficit do Volume de Líquido relacionado aos efeitos de TPT prolongado secundário à terapia anticoagulante.

Meta: O cliente terá hemoglobina > 13.

Examine a questão no Demonstrativo 2; que opção é apropriada? Nenhuma. A enfermeira iniciaria a prescrição médica se o cliente apresentasse sinais de sangramento. Essa situação é um problema colaborativo, não um diagnóstico de enfermagem. Por exemplo:

Complicação Potencial: Sangramento

Meta de enfermagem: A enfermeira controlará e minimizará os episódios de sangramento. Os problemas colaborativos têm metas de enfermagem que representam a responsabilidade da enfermeira – detectar precocemente e controlar conjuntamente com os médicos. Os diagnósticos de enfermagem têm metas do cliente que representam a responsabilidade da enfermeira – obter ou manter um estado favorável após o cuidado de enfermagem.

A Tabela 1, páginas 34-40, inclui os problemas colaborativos usados frequentemente.

Algumas complicações fisiológicas, como as escaras e a infecção por vias invasivas, são problemas que as enfermeiras podem prevenir. A prevenção é diferente da detecção. As enfermeiras não previnem o íleo paralítico, mas detectam a sua presença precocemente, impedindo o agravamento da doença ou mesmo a morte. Os médicos não podem tratar os problemas colaborativos sem o conhecimento, a vigilância e o julgamento da enfermagem.

FORMULAÇÃO CORRETA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Conceitos-chave

- Tipos de diagnósticos de enfermagem
- Declaração do diagnóstico
- Validação do cliente
- Exemplo clínico

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Um diagnóstico de enfermagem pode ser vigente, de risco ou do tipo de saúde ou de síndrome.

Real: O diagnóstico de enfermagem vigente descreve um julgamento clínico que a enfermeira validou devido à presença de características definidoras principais.

Risco: O diagnóstico de enfermagem de risco descreve um julgamento clínico em que um indivíduo/grupo está mais vulnerável ao desenvolvimento de um problema do que outros na mesma situação ou em situação similar.

Saúde: O diagnóstico de enfermagem de saúde é um julgamento clínico sobre um indivíduo, família ou comunidade em transição de um nível específico de saúde para um nível mais elevado (NANDA).

Síndrome: O diagnóstico de síndrome compreende um conjunto de diagnósticos de enfermagem vigentes e de alto risco previsíveis devido a um certo evento ou situação.

Os possíveis diagnósticos de enfermagem não são um tipo de diagnóstico como os reais, de risco ou de síndrome. Eles são uma opção de quem diagnostica, indicando que alguns dados estão presentes para a confirmação do diagnóstico, mas não são suficientes, até aquele momento.

DECLARAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

A declaração do diagnóstico de enfermagem descreve o estado de saúde de um indivíduo ou grupo e os fatores que contribuíram para esse estado.



Declaração em uma parte

Os diagnósticos de enfermagem de saúde serão escritos em uma parte: Potencial para melhoria de, por exemplo, Potencial para melhoria à Paternidade. Os fatores relacionados não estão presentes nos diagnósticos de enfermagem de saúde, porque seriam sempre os mesmos: motivação para a obtenção de um nível mais elevado de saúde. Os diagnósticos de síndrome, tais como a Síndrome do Trauma pelo Estupro, não têm "relacionado a".

Declaração em duas partes

Os diagnósticos de risco e possíveis têm duas partes. A validação para um diagnóstico de risco é a presença de fatores de risco. Os fatores de risco constituem a segunda parte.

Diagnóstico de enfermagem de risco relacionado a fatores de risco

Suspeita-se de um possível diagnóstico de enfermagem devido à presença de certos fatores. A enfermeira então elimina ou confirma a existência de um diagnóstico vigente ou de risco.

Os exemplos de declarações em duas partes são:

Risco para Integridade da Pele Prejudicada relacionado a imobilidade secundária ao quadril fraturado.

Possível Déficit de Autocuidado relacionado a capacidade prejudicada de usar a mão esquerda secundária à hidratação endovenosa.

O estabelecimento de um diagnóstico possível propicia à enfermeira um método de comunicar às outras enfermeiras que pode estar presente um diagnóstico. A coleta adicional de dados é indicada para eliminar ou confirmar a tentativa de diagnóstico.

Declaração em três partes

O diagnóstico de enfermagem real consiste de três partes.

Título do diagnóstico + fatores relacionados
+ sinais e sintomas

A presença de sinais e sintomas principais (características definidoras) comprova a presença de um diagnóstico real. Não é possível existir uma terceira parte para os diagnósticos de risco ou possíveis, porque não existem sinais e sintomas.

Os exemplos de declarações em três partes são:

Ansiedade relacionada à natureza imprevisível dos episódios asmáticos, evidenciada por declarações de "Tenho medo de não conseguir respirar".

Incontinência impulsiva relacionada a capacidade diminuída da bexiga secundária à micção freqüente, evidenciada pela incapacidade de segurar a micção e o relato de micção por hábito, não por necessidade.

A presença de um diagnóstico de enfermagem é determinado pela investigação do estado de saúde do indivíduo e seu funcionamento. Para orientar a enfermeira que está colhendo as informações, é incluído um instrumento de Investigação de coleta ampla no apêndice, ao final do livro. Esse guia orienta a enfermeira na coleta de dados, de acordo com os padrões de saúde do indivíduo. Os padrões funcionais de saúde e os diagnósticos de enfermagem correspondentes estão listados à Tabela 1, no final desta introdução. Se forem coletados dados significativos em um determinado padrão funcional, o passo seguinte é verificar os diagnósticos de enfermagem relacionados para ver se algum deles é justificado pelos dados coletados.

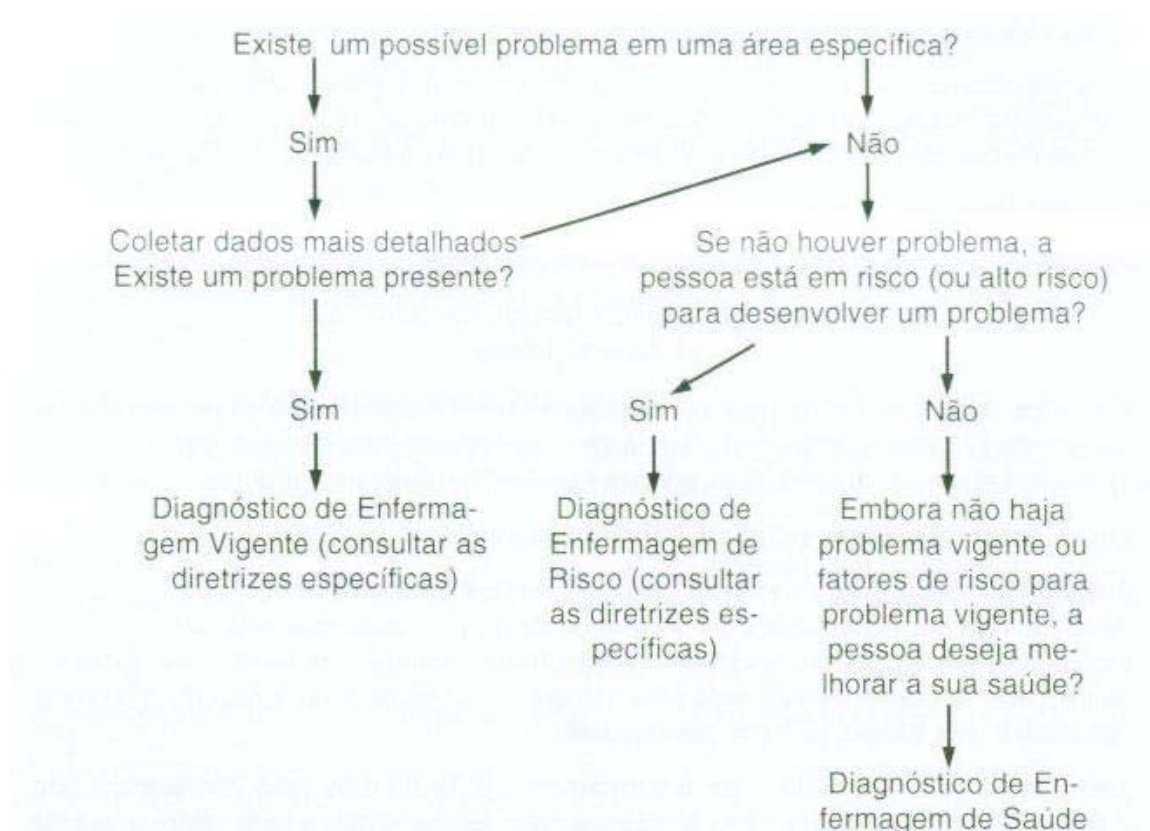
Validação do cliente

O processo de validação de um diagnóstico de enfermagem não deve ser feito sem a presença do cliente e da família. Os indivíduos são especialistas sobre si mesmos. Durante a investigação e as interações, as enfermeiras captam uma pequena parte do cliente. As inferências e os palpites sobre os dados devem ser discutidos com os clientes visando a sua participação. São proporcionadas aos clientes oportunidades para que escolham o tipo de assistência desejada, quais problemas são importantes para eles e quais não são.

Exemplo clínico

Após a coleta ampla de dados estar completa, a enfermeira aplica cada uma dessas questões a cada área funcional ou de necessidade:

- Existe um possível problema em uma área específica?
- A pessoa está em risco (ou em alto risco) para um problema?
- A pessoa deseja melhorar a sua saúde?



Por exemplo, após investigar o padrão ou a necessidade eliminatória de um cliente, a enfermeira analisa, então, os dados. A pessoa tem um possível problema com constipação ou diarreia? Em caso positivo, a enfermeira faz perguntas mais focalizadas à pessoa, visando confirmar a presença de características definidoras de constipação ou diarreia. Se essas características não estiverem presentes, não há um diagnóstico vigente de Constipação ou Diarreia. Existe um diagnóstico de risco? Para que isso seja determinado, a enfermeira investiga os fatores de risco para constipação ou diarreia (listados sob fatores relacionados/de risco). Se não houver nenhum fator presente, não há risco para constipação ou diarreia.

Finalmente, se não houver um diagnóstico de enfermagem vigente de eliminação ou um diagnóstico de risco, a enfermeira pode perguntar se o indivíduo gostaria de melhorar o seu padrão de eliminação. Se a resposta for positiva, o diagnóstico de saúde Potencial para Melhoria da Eliminação será a escolha apropriada.

Diagnóstico de enfermagem vigente

Os diagnósticos de enfermagem vigentes são redigidos em declarações em duas ou três partes:

Primeira parte

Rótulo Diagnóstico

Segunda parte

relacionada com os fatores etiológicos ou contribuintes

Terceira parte

evidenciado pelos sinais e sintomas no indivíduo que indicam a presença do diagnóstico.

Desgaste do Papel de Cuidador

Risco para Desgaste do Papel de Cuidador

Desgaste do Papel de Cuidador

DEFINIÇÃO

Desgaste do Papel de Cuidador. Estado em que o indivíduo está apresentando sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de prestar cuidado à outra pessoa.

Nota da autora:

Existem 2,2 milhões de pessoas que prestam cuidados sem pagamento nos Estados Unidos (Stone et al., 1987). Essas pessoas proporcionam cuidados a pessoas de todas as idades, algumas delas durante toda a vida (por exemplo: crianças com deficiências permanentes). As pessoas atendidas apresentam deficiências mentais ou físicas, que podem ser temporárias ou permanentes. Algumas delas são permanentes porém estáveis (por exemplo: a criança cega), enquanto outras demonstram deterioração progressiva (por exemplo: a doença de Alzheimer).

Desgaste do Papel de Cuidador representa o fardo dos cuidados sobre a saúde emocional e física do cuidador e da pessoa cuidada, bem como os efeitos sobre a família de ambos e o sistema social. Risco para Desgaste do Papel de Cuidador pode ser um diagnóstico de enfermagem muito significativo, pois as enfermeiras podem identificar os indivíduos em risco e auxiliá-los a prevenir essa grave situação.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

- Relato de tempo ou energia física insuficientes
- Dificuldade na realização dos cuidados exigidos
- Responsabilidade do cuidado interfere em outros papéis importantes (por exemplo: trabalho, casamento, amizade, paternidade)
- Apreensão sobre o futuro da saúde da pessoa que é cuidada e a capacidade de prestar cuidados
- Apreensão quanto à possibilidade de doença ou morte da pessoa que cuida
- Sentimentos depressivos, raiva

FATORES RELACIONADOS

Fisiopatológicos

- Relacionados às exigências complexas e permanentes de cuidados secundárias a:
 - Condições debilitadas (agudas, progressivas)
 - Demência progressiva
 - Dicção

Doença mental crônica
 Curso imprevisível da doença
 Deficiência

Relacionados ao tratamento

Relacionados às responsabilidades de atendimento nas 24 horas
 Relacionados ao gasto de tempo (atividade, transporte, diálise)

Situacionais (Pessoal, Ambientais)

Relacionados com as expectativas irreais do cliente sobre a pessoa que lhe cuida
 Relacionados ao padrão de estratégias de resolução ineficaz
 Relacionados à saúde física comprometida
 Relacionados às expectativas irreais sobre si mesmo
 Relacionados à história de mau relacionamento
 Relacionados à história de disfunção familiar
 Relacionados às expectativas irreais dos outros sobre a pessoa que presta cuidado (sociedade, outros membros da família)
 Relacionados à duração exigida pelo cuidado
 Relacionados ao isolamento
 Relacionados às folgas insuficientes
 Relacionados à recreação insuficiente
 Relacionados às finanças insuficientes
 Relacionados à ausência ou à indisponibilidade de apoio

Maturacionais

O bebê, a criança e o adolescente relacionados com as exigências implacáveis de cuidados secundárias a:
 Deficiência mental (especificar)
 Deficiência física (especificar)

RESULTADOS ESPERADOS

O indivíduo deverá:

1. Compartilhar as frustrações sobre as responsabilidades de prestar cuidado.
2. Identificar uma fonte de apoio.
3. Identificar duas mudanças que, feitas, melhorariam a vida diária.

A família deverá:

1. Relatar a intenção de ouvir sem dar conselhos.
2. Transmitir empatia à pessoa que presta cuidados em relação às responsabilidades diárias.
3. Estabelecer um plano de apoio e de ajuda semanal.



INTERVENÇÕES GENÉRICAS

1. Investigar os fatores causadores e contribuintes:
 - a. Visão deformada da situação
 - b. Expectativas irreais (pessoa que presta cuidado, família)
 - c. Relutância ou incapacidade de solicitar ajuda
 - d. Relacionamento insatisfatório entre a pessoa que presta e a que recebe cuidado
 - e. Recursos insuficientes (por exemplo: ajuda, financeiro)
 - f. Isolamento social
 - g. Lazer insuficiente

- h. Competição de papéis (conjugal, paterno, trabalho)
- 2. Avaliar a interpretação que o cuidador e as outras pessoas dão à situação (Roland, 1994).
 - a. Que tipo de informação obtiveram?
 - b. Esperam que a situação permaneça como está, melhore ou piore?
 - c. Eles são realistas?
- 3. Proporcionar empatia e promover uma sensação de competência.
- 4. Discutir os efeitos do presente horário e responsabilidades sobre:
 - a. Saúde física
 - b. Estado emocional
 - c. Relacionamentos
- 5. Auxiliar a investigar em que atividades é desejada assistência:
 - a. Necessidade da pessoa que recebe o atendimento (higiene, alimentação, tratamento, mobilidade)
 - b. Lavagem de roupas
 - c. Limpeza da casa
 - d. Refeições
 - e. Compras
 - f. Transporte
 - g. Consultas e compromissos (médico, cabeleireiro)
 - h. Jardinagem
 - i. Consertos na casa
 - j. Folgas (número de horas por semana)
 - k. Controle do dinheiro
- 6. Discutir com a família:
 - a. A importância do reconhecimento do peso da situação para a pessoa que presta cuidado
 - b. Os benefícios de ouvir sem dar conselhos
 - c. Enfatizar a importância do apoio emocional e da valorização
 - Telefonemas regulares
 - Cartões, cartas
 - Visitas
 - d. Discutir a necessidade de dar à pessoa que presta cuidado "permissão" para divertir-se (por exemplo: férias, folgas).
 - e. Permitir à pessoa que presta cuidado oportunidades de responder à pergunta "Como posso ajudá-la?".
- 7. Identificar todas as fontes possíveis de auxílio voluntário: família (irmãos, primos), amigos, vizinhos, igreja, grupos comunitários.
- 8. Demonstrar como solicitar ajuda para as atividades identificadas no item 4.
- 9. Identificar os recursos comunitários disponíveis:
 - a. Grupos de apoio
 - b. Aconselhamento
 - c. Serviço social
 - d. Transporte
 - e. Refeições entregues em casa
 - f. Atendimento durante o dia (creche)
- 10. Engajar outras pessoas no trabalho de aperfeiçoamento dos serviços de apoio financeiro estadual, federal e particular para a obtenção de recursos que estimulem o cuidado doméstico.

Risco para Desgaste do Papel de Cuidador

DEFINIÇÃO

Risco para Desgaste do Papel de Cuidador: Estado no qual o indivíduo corre alto risco de apresentar sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de cuidado de outra pessoa.

Nota da autora:

Consultar *Desgaste do Papel de Cuidador*.

FATORES DE RISCO

Presença de fatores de risco (consultar *Fatores Relacionados*)

FATORES RELACIONADOS

Responsabilidade da principal pessoa que presta cuidado ao indivíduo que exige assistência regular no autocuidado ou supervisão, devido à deficiência física ou mental.

Em acréscimo a um ou mais dos seguintes:

Relacionados às exigências complexas e permanentes dos cuidados secundários a:

(Características da pessoa que recebe o atendimento)

Incapaz de realizar as atividades de autocuidado

Sem motivação para realizar atividades de autocuidado

Problemas cognitivos

Problemas psicológicos

Expectativas irreais sobre a pessoa que presta cuidado

(Características da pessoa que presta atendimento/cônjuge)

Relacionados ao padrão de enfrentamento ineficaz

Relacionados à saúde física comprometida

Relacionados às expectativas irreais sobre si mesmo

Relacionados à história de mau relacionamento

Relacionados à história de disfunção familiar

Relacionados às expectativas irreais dos outros (sociedade, outros membros da família) sobre a pessoa que presta atendimento

Relacionados à duração exigida pelo atendimento

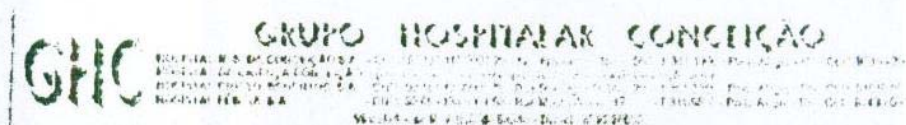
Relacionados ao isolamento

Relacionados às folgas insuficientes

Relacionados à recreação insuficiente

**ANEXO B- Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição CEP- GHC;
RESOLUÇÃO 196/96**

**ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição CEP – GH
RESOLUÇÃO 196/96**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC**

RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 21 de novembro de 2001.


O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 14/11/2001 analisou o projeto de pesquisa:

Nº 41/2001

Título: Diagnóstico de desgaste do papel de cuidador entre técnicos e auxiliares de enfermagem

Pesquisador: Maria Augusta Moraes Soares e Liane Leuteri

Este trabalho, bem como o Termo de Consentimento Pós- Informado, no aspecto ético e metodológico, por estarem de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96) obtiveram o parecer **APROVADO**. Projetos de áreas temáticas especiais não podem ser iniciados, sem a aprovação da CONEP.


Dr. Márcio Roberto Silveira
Coordenador
Comitê de Ética do GHC