

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

ANDRÉIA BARCELLOS TEIXEIRA MACEDO

**AVALIAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO, ESTRESSE
PSICOSSOCIAL E RESILIÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE PARA INTERNAÇÃO DE
ADULTOS PORTADORES DE GERMES MULTIRRESISTENTES**

Porto Alegre

2013

ANDRÉIA BARCELLOS TEIXEIRA MACEDO

**AVALIAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO, ESTRESSE
PSICOSSOCIAL E RESILIÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA
ADULTOS PORTADORES DE GERMES MULTIRRESISTENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Prof. Dr^a Sônia Beatriz Coccaro de Souza

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Macedo, Andréia Barcellos Teixeira

Avaliação da carga de trabalho, estresse psicossocial e resiliência nos profissionais de enfermagem em uma unidade de internação para adultos portadores de germes multirresistentes / Andréia Barcellos Teixeira Macedo. -- 2013.

88 f.

Orientadora: Sônia Beatriz Coccaro de Souza.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. carga de trabalho. 2. saúde do trabalhador. 3. resiliência psicológica. I. Beatriz Coccaro de Souza, Sônia, orient. II. Título.

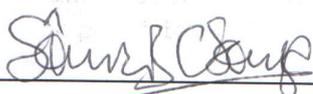
ANDRÉIA BARCELLOS TEIXEIRA

Carga de trabalho, estresse laboral e resiliência nos profissionais de enfermagem em uma unidade para internação de adultos portadores de germes multirresistentes.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de novembro de 2013.

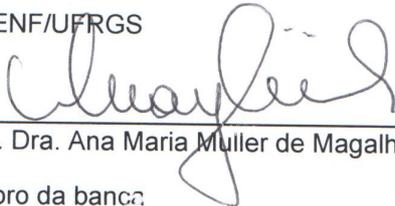
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Sônia Beatriz Cócara de Souza

Presidente da Banca – Orientadora

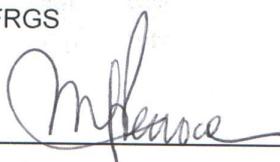
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marcia Perroca

Membro da banca

UNIFESP



Profa. Dra. Liana Lautert

Membro da Banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Considero que a trajetória percorrida no Mestrado foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Tenho certeza que se não fossem os inúmeros colaboradores envolvidos no decorrer do estudo, desde sua construção até a confecção deste relatório, o conteúdo apresentado não teria sido tão rico.

que a força de vontade e a iniciativa são o alicerce de tudo.

Aos meus filhos, Johann e Khalil, por aguentarem uma mãe enfermeira, chefe de unidade, estudante e pesquisadora e ao Jean, meu marido, por compartilhar as tarefas desta vida múltipla.

À Professora Sônia Beatriz Coccaro de Souza, colega, chefe, orientadora e antes de qualquer outra coisa, amiga de muitos anos, pelo empurrão no dia a dia e por ter dividido comigo o conhecimento adquirido nestes anos de caminhada.

À Professora Lia Funcke por me animar todo dia dizendo que eu iria conseguir.

Às Professoras Ana Maria Müller de Magalhães, Márcia Galan Perroca e Liana Lautert por terem aceitado avaliar a pesquisa e pelas contribuições trazidas.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, minha segunda casa, por ter permitido o desenvolvimento do meu estudo na instituição.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, local onde foi praticamente toda a minha formação, por ter oportunizado o acesso a mais esta etapa acadêmica.

À equipe de enfermagem da Unidade 6º Sul por terem prontamente aceitado o convite para participar da pesquisa. Saibam que a minha preocupação com este grupo é real e verdadeira.

As minhas queridas colegas, enfermeiras (o) do 6º Sul, por terem suprido meus momentos de ausência enquanto cursava as disciplinas do Mestrado, assumindo a assistência aos pacientes e as inúmeras tarefas da unidade. À Mozara, Carolina e Ariane pelo envolvimento no período das coletas da carga de trabalho.

Às bolsistas maravilhosas que auxiliaram nas coletas dos profissionais, organização do banco de dados e formatação do relatório final

Tenham certeza de que toda a demanda valeu a pena!!!

RESUMO

Macedo, ABT. Avaliação da carga de trabalho, estresse psicossocial e resiliência nos profissionais de Enfermagem em uma unidade de internação para adultos portadores de germes multirresistentes [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; 2013.

Estudo de delineamento transversal com objetivo de analisar carga de trabalho, risco para estresse psicossocial e a resiliência nos profissionais da Enfermagem que cuidam de adultos portadores de GMR em um hospital universitário. O local do estudo foi uma unidade de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A carga de trabalho foi avaliada através da coleta dos dados do prontuário eletrônico de 80 pacientes, no período de agosto a dezembro de 2012. Foram utilizados os instrumentos do Sistema de Classificação de Pacientes(SCP) de Perroca e do *Nursing Activities Score*(NAS). O estresse psicossocial e a resiliência foram avaliados em 39 profissionais da enfermagem através das escalas Desequilíbrio Esforço-recompensa e Escore de Resiliência. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e analítica, com utilização do software SPSS 18.0. Conforme o SCP de Perroca, a classificação quanto à necessidade de cuidados do paciente resultou em 18 (22,5%) pacientes com cuidados Intermediários, 35 (43,7%) semi-intensivos e 27 (33,8%) intensivos ($p < 0,001$). O tempo médio para cuidado aferido por meio da NAS foi de 12 ± 4 horas em 24 horas, por paciente ($49,9 \pm 14,9$ pontos). O risco para estresse psicossocial foi constatado em 69,23% (27) da amostra e a média do escore de resiliência foi $132 \pm 15,94$ pontos. Os resultados demonstram profissionais expostos à alta carga de trabalho em situação de risco e vulnerabilidade para estresse psicossocial. Sugere-se revisar quadro de pessoal e organização do trabalho, bem como implementar programas para reforço de estratégias de enfrentamento dos níveis de estresse no trabalho.

Palavras-chave: Carga de trabalho. Saúde do trabalhador. Resiliência psicológica.

ABSTRACT

Macedo, ABT. Evaluation of workload, psychosocial stress and resilience of nursing professionals in an inpatient facility for adults with multidrug-resistant organisms [dissertation]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. School of Nursing; 2013.

Cross-sectional study aimed to analyze workload, psychosocial stress risk and resilience score in nursing professionals who care for adults with multidrug-resistant organisms a university hospital. The study site was in a inpatient unit of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre. For a description of the workload data were collected from the electronic medical records of 80 patients in the period from August to December 2012, totaling 674 records and tools were used System Patient Classification Perroca and Nursing Activities Score. Instruments from the System Patient Classification of Perroca and from Nursing Activities Score were used. The psychosocial stress and resilience were assessed in 39 nursing professionals through questionnaires Effort-reward imbalance and Resilience score. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics, using the SPSS 18.0 software. As the SCP of Perroca, ranking as the need for patient care resulted in 18 (22.5%) patients with Intermediate Care, 35 (43.7%), semi-intensive and 27 (33.8%) intensive ($p < 0.001$). The average time for care to these patients identified by the NAS was 49.9 ± 14.9 points. The risk for psychosocial stress was observed in 69,23% (27) of the sample and the average score was 132 ± 15.94 Resilience points. The results indicated workers exposed to high workload at risk and vulnerability to psychosocial stress. It is suggested to review workload and organize programs aimed at strengthening strategies for dealing with stress levels at work.

Keywords: Workload. Occupational health. Resilience, psychological.

RESUMEN

Macedo, ABT. Evaluación de la carga de trabajo, el estrés psicosocial y la resiliencia de los profesionales de Enfermería en un centro de internación para adultos con organismos resistentes a múltiples fármacos. [disertación]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escuela de Enfermería; 2013.

Estudio transversal tuvo como objetivo analizar la carga de trabajo, riesgo para estrés psicosocial y la puntuación de resiliencia de los profesionales de Enfermería que atienden a adultos con GMR en un hospital universitario. El sitio de estudio fue un unidad de internación, del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para una descripción de la carga de trabajo, fueron colectados datos del prontuario electrónico de 80 pacientes en el período de agosto hasta diciembre de 2012 y herramientas se utilizaron del Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Perroca y del *Nursing Activities Score* (NAS). El estrés psicosocial y la resiliencia fueron evaluados en 39 profesionales de enfermería usando los cuestionarios Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y Escore de Resistencia. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva y analítica, con utilización del software SPSS 18.0. De acuerdo con el SCP de Perroca, la necesidad de la atención al paciente resueltó en 18 (22,5%) pacientes con cuidados intermedios, en 35 (43,7%) casi-intensivos y 27 (33,8%) intensivos ($p < 0,001$). El tiempo medio para cuidado con los pacientes identificados por NAS fue de $49,9 \pm 14,9$ puntos. El riesgo para el estrés psicosocial fue constatado en 69,23% (27) de la muestra y la media del escore de resiliencia fue $132 \pm 15,94$ puntos. Resultado indicaran profesionales expuestos a la alta carga de trabajo en situaciones de riesgo y vulnerabilidad para estrés psicosocial. Se sugiere revisar la carga de trabajo y organizar programas visando refuerzo de estrategia para tratar con los niveles de estrés en el trabajo.

Palabras-clave: Carga de trabajo. Salud laboral. Resiliencia psicológica.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Classificação dos pacientes segundo a necessidade de cuidados de enfermagem na unidade de internação.	46
Gráfico 2-	Distribuição dos pacientes da unidade conforme a média do escore do SCP de Perroca.....	47
Gráfico 3-	Distribuição da média por indicador crítico do SCP de Perroca nos pacientes hospitalizados na unidade	47
Gráfico 4-	Distribuição dos 80 pacientes conforme a pontuação na NAS	49
Gráfico 5-	Distribuição da média por indicador da NAS dos pacientes hospitalizados na unidade.....	50
Gráfico 6-	Correlação entre os resultados apresentados no SCP de Perroca e da NAS nos pacientes hospitalizados na unidade.....	52
Gráfico 7-	Distribuição da equipe de enfermagem da unidade conforme o nível de esforço despendido.....	56
Gráfico 8-	Distribuição da equipe de enfermagem da unidade conforme o nível de recompensa recebida.....	57
Gráfico 9-	Distribuição da equipe de enfermagem de unidade conforme o nível de excesso de comprometimento.....	58
Gráfico 10-	Distribuição dos profissionais da enfermagem conforme classificação da DER.....	59
Gráfico 11-	Escore de resiliência nos profissionais da enfermagem no 6º sul	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Riscos psicossociais do trabalho	24
Quadro 2-	Distribuição do quadro funcional na unidade	31
Quadro 3-	Cr�terios utilizados para os indicadores de cuidado da escala de classifica�o de pacientes de Perroca.....	34
Quadro 4-	Descri�o da classifica�o conforme o SCP de Perroca.....	37
Quadro 5-	Cr�terios utilizados para os indicadores de cuidados da NAS	38
Quadro 6-	Distribui�o da amostra por turnos de trabalho na unidade.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características dos pacientes internados na unidade	45
Tabela 2-	Distribuição das médias dos escores do SCP de Perroca conforme as características dos pacientes hospitalizados	48
Tabela 3-	Distribuição das médias da pontuação da NAS conforme características dos pacientes hospitalizados.....	51
Tabela 4-	Comparação entre as médias da NAS conforme as categorias da Perroca nos pacientes da unidade.....	53
Tabela 5-	Características sócio-demográficas dos profissionais da equipe de enfermagem	54
Tabela 6	Características laborais dos profissionais da equipe de enfermagem da unidade	55
Tabela 7-	Relação entre característica dos profissionais do 6º. Sul e valores da DER.....	59
Tabela 8-	Relação entre característica dos profissionais do 6º. Sul e o Escore de Resiliência.....	61

SIGLÁRIO

6S – 6° Andar ala sul
AVD – Atividade de Vida Diária
BIPAP – Bilevel Positive AirwayPressure
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CT – Carga de Trabalho
CTI – Centro de Tratamento Intensivo
DER – Desequilíbrio Esforço- recompensa
GMR – Germes Multirresistentes
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
NAS – Nursing Activities Score
PAM – Pressão Arterial Média
PCR – Parada Cardiorrespiratória
PIC – Pressão Intracraniana
SAE – Sistematização da Assistência
SECLIN – Serviço de Enfermagem Clínica
SCP – Sistema de Classificação de Pacientes
SVD – Sonda Vesical de Demora
TET – Tubo -Endotraqueal
VAS – Vias Aéreas Superiores

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1	CARGA DE TRABALHO NA ENFERMAGEM.....	19
3.1.1	Sistemas de Classificação de Pacientes	21
3.2	ESTRESSE PSICOSSOCIAL.....	23
3.2.1	O modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER)	25
3.3	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES ESTRESSANTES.....	27
4	MATERIAL E MÉTODO	29
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	29
4.3	POPULAÇÃO.....	30
4.3.1	Pacientes	30
4.3.2	Equipe de enfermagem	30
4.4	SELEÇÃO E CÁLCULO AMOSTRAL.....	31
4.4.1	Amostra de pacientes	31
4.4.2	Amostra de profissionais	32
4.5	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS.....	32
4.5.1	Carga de trabalho	32
4.5.1.1	Sistema de Classificação de Pacientes Perroca.....	33
4.5.1.2	Nursing Activities Score.....	37
4.5.2	Estresse psicossocial e Resiliência	40
4.5.2.1	Questionário de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER).....	40
4.5.2.2	Escore de Resiliência.....	41
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	42
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5	RESULTADOS	44
5.1	CARGA DE TRABALHO.....	44
5.1.1	Descrição da amostra de pacientes	44

5.1.2	Classificação da necessidade de cuidados dos pacientes de acordo com o SCP de Perroca.....	46
5.1.3	Nursing activities score.....	49
5.1.4	Relação entre as escalas.....	52
5.2	AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	53
5.2.1	Caracterização da amostra de profissionais.....	53
5.2.2	Modelo DER.....	56
5.2.3	Escore de resiliência.....	60
5.2.4	Relação entre carga de trabalho e risco para estresse psicossocial	61
6	DISCUSSÃO.....	63
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	67
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	69
	ANEXO A- instrumento para classificação de pacientes de Perroca	76
	ANEXO B – Nursing Activities Score.....	79
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO DER.....	81
	ANEXO D- ESCALA DE ESCORE DE RESILIÊNCIA.....	82
	APÊNDICE A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR.....	84
	APÊNDICE B - TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	85
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
	APÊNDICE D - APROVAÇÃO DO PROJETO COMISSÃO CIENTÍFICA	89

1 INTRODUÇÃO

O avanço da medicina e a utilização de novas tecnologias para diagnósticos e tratamento, vêm contribuindo para aumentar a sobrevivência da população, tornando possível a recuperação de doentes com diversos tipos de patologia. Em decorrência, observa-se modificação na complexidade do cuidado hospitalar, ocasionado pelo aumento da gravidade dos pacientes que procuram atendimento em nível terciário.

Neste novo cenário hospitalar, vários estudos demonstram a preocupação com o aumento da incidência dos microrganismos multirresistentes, visto que, este tipo de infecção está relacionado com alta letalidade e custo elevado ⁽¹⁻⁴⁾. Germes multirresistentes (GMR) são microrganismos que apresentam resistência bacteriana a vários ou todos os tipos de antibióticos disponíveis no mercado, com necessidade de medidas preventivas específicas para evitar a disseminação, por não existir disponibilidade de opções terapêuticas à curto e à médio prazo ⁽⁵⁾.

Vários fatores de risco contribuem para o surgimento da resistência bacteriana, tais como internações prolongadas, utilização indiscriminada de antibióticos de amplo espectro, internação em unidades de terapia intensiva, cirurgias, realização de procedimentos invasivos, baixas taxas de adesão à higiene de mãos, entre outros ⁽⁶⁾.

O tratamento destes pacientes requer que a enfermagem execute diversas atividades para manutenção de todas as necessidades básicas, incluindo a administração da dieta e de várias medicações, nutrição parenteral, cuidados de higiene, conforto e mobilização, curativos diversos, assim como educação dos pacientes e familiares, ocasionando o aumento da demanda de cuidados. Além disso, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição preconiza a utilização de barreiras físicas para evitar a disseminação do GMR, denominada Precaução de Contato ⁽⁵⁾. A precaução de contato implica em tempo utilizado para vestir avental e luvas a cada vez que o profissional entra em contato para cuidar de cada paciente.

Além do tempo utilizado para o cuidado, inovações terapêuticas e tecnológicas adicionam novas demandas ao trabalhador. Estudos no Brasil e em outros países, enfatizam que o adoecimento dos profissionais da enfermagem se devem à inúmeros fatores relacionados ao trabalho ⁽⁷⁻⁹⁾. Da mesma forma, a

necessidade de realização de múltiplas tarefas ou à exposição contínua às situações estressantes pode provocar sobrecarga funcional ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Conforme a área de conhecimento, o termo Carga de Trabalho é descrito de diversas formas ⁽¹¹⁻¹²⁾. De um modo geral, a CT diz respeito ao conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências de uma tarefa laboral ⁽¹³⁾. Na saúde ocupacional, a CT é definida como um dos elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos, que se manifestam como desgaste físico e psíquico, potenciais ou efetivamente apresentados ⁽¹⁴⁾.

Na enfermagem, a carga de trabalho está relacionada ao tempo utilizado pela equipe de enfermagem para a realização de atividades, de forma direta ou indireta para assistência ao paciente, em todos os níveis de atenção à saúde, sofrendo influência do grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados, da complexidade da doença e tratamento escolhido, da política de assistência da instituição, do perfil profissional da equipe, da área física e rotinas da unidade, além das tecnologias disponíveis ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Uma das formas de quantificação do tempo utilizado pela equipe de enfermagem para a realização de atividades pode ser mensurado por meio da Nursing Activities Score (NAS) ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, enquanto que a necessidade de cuidados dos pacientes pode ser quantificado por meio do Sistema de Classificação (SCP) de Perroca ⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A utilização concomitante destes instrumentos permite estudar a CT considerando o tempo gasto pelo profissional para o cuidado, bem como o nível de dependência e complexidade assistencial dos pacientes.

A carga de trabalho pode ser um fator de risco para o estresse psicossocial contribuindo para ocorrência de danos agudos ou crônicos. Entende-se como estresse psicossocial a reação do indivíduo decorrente do desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as capacidades do trabalhador. Além da carga de trabalho, são considerados riscos psicossociais o conteúdo do trabalho, o ambiente, a jornada, o controle, equipamentos, a cultura organizacional e a função exercida, relações interpessoais, desenvolvimento da carreira e a relação entre casa e trabalho ⁽²²⁾.

A teoria do modelo do Desequilíbrio Esforço – recompensa é o constructo indicado para avaliar risco para estresse psicossocial. Postula que o trabalhador está em equilíbrio, quando percebe que o esforço despendido para a realização das

suas atividades é compensado pelas recompensas recebidas por parte do empregador. Por outro lado, o excesso de comprometimento com o trabalho pode interferir no resultado da razão entre esforço despendido e recompensa recebida. O excesso de comprometimento é definido como um grupo de atitudes, comportamentos e emoções que refletem um esforço além dos níveis considerados apropriados para ser aprovado e valorizado pelos outros ⁽²¹⁾.

Observa-se que as pessoas reagem de diferentes maneiras quando expostas às situações adversas no trabalho. Por este motivo, não devemos nos deter somente no estímulo estressor e na resposta, mas também nas características individuais, na forma como o indivíduo avalia situações conflitantes e que estratégias são utilizadas para o enfrentamento das mesmas.

A habilidade do indivíduo em se adaptar ou se reconstruir a partir da adversidade, durante as fases do desenvolvimento denomina-se resiliência. Sendo assim, a resiliência constitui uma característica dinâmica entre a habilidade do indivíduo diante de um conflito, num determinado contexto e deve ser considerada quando se quer conhecer a relação entre sobrecarga de trabalho e estresse psicossocial ⁽²³⁻²⁴⁾.

A justificativa para realização deste estudo reside no fato de que foi identificada uma lacuna no conhecimento sobre carga de trabalho de profissionais de enfermagem no cuidado de pacientes hospitalizados portadores de Germes Multirresistentes.

A motivação para realização deste estudo se deve a experiência de 20 anos da autora, como enfermeira assistencial em um hospital universitário, e da observação sobre a modificação do perfil dos adultos internados. Empiricamente, os pacientes têm chegado ao hospital apresentando quadros cada vez mais graves e com alto grau de dependência. A crescente demanda por leitos em Centros de Tratamento Intensivos (CTI) tem gerado necessidade de reduzir o tempo de permanência e, conseqüentemente aumentado a necessidade de transferência destes pacientes em condições ainda complexas para a unidade de internação. Por outro lado, a observação do esforço despendido pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem para o atendimento dos pacientes podem estar contribuindo com o aumento do estresse no local de trabalho. Nesse contexto, observa-se que os trabalhadores utilizam diferentes estratégias para lidar com o estresse e que a licença saúde constitui a última opção, muitas vezes chegando ao extremo de

comparecerem doentes ao trabalho. A ausência no trabalho apresentada por alguns profissionais poderia estar relacionada com o nível de exigência do cuidado aos pacientes, com o estresse que isto produz ou ainda, com a habilidade que o indivíduo lida com os dois primeiros fatores. Dessa forma, a hipótese dos autores é de que esta equipe está exposta a elevada carga de trabalho, o que pode estar relacionado a elevado percentual de risco para estresse psicossocial e a menor escore de resiliência.

Este problema gerou a seguinte questão de pesquisa: “Qual a carga de trabalho, percentual de risco para estresse psicossocial e o escore de resiliência nos profissionais da Enfermagem que cuidam de adultos portadores de GMR em um hospital universitário”?

Este estudo pretende contribuir para descrever a carga de trabalho a qual a Enfermagem está exposta na unidade para pacientes portadores de GMR, assim como o risco para estresse psicossocial e os escores de resiliência, podendo subsidiar propostas para a criação de estratégias de redução do desgaste ocupacional para os trabalhadores da saúde.

2 OBJETIVOS

Com base na problemática exposta são propostos os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar carga de trabalho, risco para estresse psicossocial e o escore de resiliência nos profissionais da Enfermagem que cuidam de adultos portadores de GMR em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a carga de trabalho na unidade de internação para adultos com GMR através da aplicação do SCP de Perroca e da NAS;
- Avaliar relação entre carga de trabalho e características dos pacientes estudados;
- Identificar presença/ausência de risco para estresse psicossocial nos profissionais da enfermagem desta unidade e a relação entre as suas dimensões
- Verificar o escore de resiliência nestes profissionais.
- Avaliar relação entre estresse psicossocial e resiliência
- Verificar relação entre características dos profissionais e risco para estresse psicossocial e resiliência

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo descreve o “estado da arte” sobre o tema e estudos pertinentes sobre carga de trabalho, estresse psicossocial e resiliência.

3.1 CARGA DE TRABALHO NA ENFERMAGEM

O termo carga de trabalho (CT) possui distintos significados conforme a área a ser estudada. Se por um lado, a CT pode ser um instrumento para o dimensionamento de pessoal^(15,16), por outro, é apontada como causador do adoecimento dos profissionais da enfermagem^(11,12). Em uma visão mais abrangente, entende-se que não há como analisar conceitos separadamente, visto que, a saúde do trabalhador também é um fator dependente do dimensionamento de pessoal, tornando difícil entender o que é causa e o que é o efeito para dano à saúde.

Do ponto de vista administrativo, a CT está relacionada ao tempo utilizado pela equipe de enfermagem para a realização das atividades. Entretanto, alguns autores conseguiram identificar que o fator horas/assistência sofre interferência de outras variáveis ligadas ao paciente, como grau de dependência e necessidade de orientações para o paciente e família; da instituição, como a política organizacional, rotinas, área física e tecnologias adotadas; e às condições específicas do trabalhador, incluindo nível de conhecimento, condições físicas e psíquicas, entre outros^(15-16,25).

Atualmente, as discussões e pesquisas sobre o dimensionamento de pessoal na enfermagem estão além do simples cálculo de pessoal, apontando aspectos como a relação da carga de trabalho com condições de trabalho e com a saúde do trabalhador⁽²⁶⁾. Com as mudanças no cenário da saúde, principalmente no hospitalar, mais dois fatores têm sido associados à discussão sobre carga de trabalho e influência na saúde: a variabilidade, complexidade e número de tarefas simultâneas que o trabalhador desempenha na sua rotina diária e uma responsabilização maior sobre os cuidados prestados, pelo estímulo que está sendo

dado aos direitos do consumidor e também pela exposição da profissão e seus problemas na mídia ⁽²⁷⁾.

Inicialmente os estudos sobre CT se concentravam na avaliação da carga física à que o trabalhador estava exposto. Uma classificação da carga de trabalho tem sido proposta para melhor entendimento do efeito desta sobre a saúde do trabalhador, o que pode variar entre os autores. Como carga física se entende a exposição à riscos ergonômicos, biológicos, ambientais, químicos, entre outros. Já a carga psíquica tem sido apontada como causadora de estresse e doenças mentais, pela exposição à situações estressantes, como a gravidade dos pacientes e ao desgaste emocional contínuo ⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Revisão integrativa sobre a relação das cargas de trabalho e condições de trabalho na enfermagem ⁽¹¹⁾, apontam que existe muita confusão quando se fala nestes dois assuntos, mas que a carga de trabalho sofre influência das condições de trabalho, podendo ser um agravante do adoecimento do trabalhador. Os estudos avaliados demonstram relação entre sobrecarga de trabalho e acidentes ocupacionais, como com material perfuro cortante, com fluídos corporais, problemas osteo musculares e adoecimento psíquico. A sobrecarga desencadeada pela organização do trabalho é vista como a responsável por consequências desfavoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador ⁽¹¹⁾.

Estudo desenvolvido na Índia, com enfermeiros locados no serviço público de cinco distritos observou sobrecarga de trabalho alocada em áreas do conhecimento ainda não muito estudadas no Brasil. A sobrecarga referente ao desempenho do papel profissional foi observado em 75,26% dos profissionais estudados e a estagnação na profissão em 55,62%. Mas o mesmo estudo cita que foi observado nestes locais um número crescente de profissionais sofrendo problemas osteo musculares devido à sobrecarga da profissão ⁽³¹⁾.

Avaliação desenvolvida em cinco hospitais universitários brasileiros demonstrou como ocorre o processo de sobrecarga psíquica entre os trabalhadores da enfermagem. A carga psíquica usual no trabalho acaba sendo potencializada por fatores característicos das condições de trabalho. A sobrecarga psíquica pode se manifestar pela somatização dos sintomas, assim como sintoma aumentado de angústia, desmotivação para o trabalho e para a vida pessoal e medo ⁽³²⁾.

As cargas de trabalho são elementos que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em

desgaste. Como processo de desgaste entende-se como a perda total, ou parcial, das capacidades corporal e psíquica, englobando os processos biopsíquicos em seu conjunto. Esses processos demonstram características da coletividade e definem o perfil patológico do grupo específico⁽²⁸⁾.

Com a abrangência do tema, a CT atualmente pode ser avaliada de várias maneiras, podendo focar a investigação no paciente atendido e/ou na saúde do trabalhador que assiste a clientela. O enfoque neste trabalho será nos Sistemas de Classificação de Pacientes e no tempo gasto para o cuidado. O papel das instituições de saúde passa a ser o de buscar estratégias para reduzir o impacto das cargas de trabalho sobre o profissional, visando redução de danos a curto, médio e longo prazo.

3.1.1 Sistemas de Classificação de Pacientes

Os Sistemas de Classificação de Pacientes estão sendo utilizados e aprimorados em muitos países, para monitoramento da carga de trabalho da equipe de enfermagem, por meio da mensuração da complexidade assistencial do paciente. Dos instrumentos desenvolvidos para esta finalidade, os que estão sendo mais aplicados em nosso meio são o SCP de Perroca e o Nursing Activities Score (NAS)⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Perroca^(19,20), no final da década de noventa, desenvolveu um instrumento de classificação com base nas necessidades humanas básicas, o qual foi validado posteriormente por Perroca e Gaidzinski, tendo nova versão publicada em 2011. Tem o objetivo de identificar as necessidades de cuidados dos pacientes e consequentemente, a carga de trabalho despendida pela enfermagem. Está composta por 10 itens e o valor obtido individualmente, em cada indicador é somado para obter-se o valor total, classificando o cuidado em mínimo (9-12 pontos), intermediário (13-18 pontos), semi-intensivo (19-24 pontos) e intensivo (25-36 pontos).⁽²⁰⁾

O SCP de Perroca é amplamente usado no meio hospitalar. Estudo realizado em 2002, em uma unidade de internação clínica do mesmo hospital deste estudo, demonstrou que 68% dos pacientes avaliados estavam na categoria de cuidados

mínimos, enquanto 26,7% eram de cuidados intermediários e 5,3% de cuidados semi-intensivos ⁽³³⁾.

Outro estudo, desenvolvido pela própria autora do instrumento em 2006, avaliou necessidade de cuidados em unidades de internação clínica e cirúrgica, onde foi observado predominância de cuidados mínimos, com 73% em unidades clínicas e 46% em unidades cirúrgicas ⁽³⁴⁾.

O NAS foi criado por Miranda e colaboradores, através de uma adaptação do *Therapeutic Intervention Score System* (TISS 28). Foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Queijo, em 2003 ^(17,18). Tem sido aplicado predominantemente em Unidades de Tratamento Intensivo, embora na revisão integrativa sobre o tema foram identificados estudos que mostrem a sua aplicabilidade em outros locais da estrutura hospitalar. Dentro da instituição deste estudo, a escala é aplicada rotineiramente em pacientes das UTIs e já foi testada na Sala de Recuperação pós Anestésica ^(35,36).

Na NAS o paciente recebe uma pontuação que pode variar de zero a 177 pontos, sendo que cada ponto obtido equivale a 14,4 minutos de assistência. Os resultados com NAS maiores que 50 pontos já revelam elevada demanda de cuidados de enfermagem pois indica que a cada turno de 6h o paciente avaliado necessita de 3h de assistência. Valores próximos a 100 pontos indicam que o paciente avaliado necessita dedicação exclusiva de um profissional da enfermagem ^(17,35)

Lima ⁽³⁷⁾ utilizou a NAS para avaliar carga de trabalho em pacientes classificados como de alta dependência. A média da NAS encontrada foi de $51,47 \pm 11,17$ pontos. Outro estudo demonstra a utilização da NAS em uma unidade de internação de para pacientes de gastroenterologia clínica e cirúrgica. As médias foram respectivamente $37,2 \pm 23,9$ e $32,6 \pm 20$ pontos ⁽³⁸⁾. A avaliação de pacientes em uma unidade de cuidados semi-intensivos de um hospital universitário de Curitiba demonstrou valores médios de $45,85 \pm 15$ pontos ⁽³⁹⁾.

No que se refere aos valores da NAS em UTIs, local de origem do instrumento, na Espanha foi verificada a pontuação na admissão do paciente na unidade, com média de $40,8 \pm 14,1$ e com $39,3 \pm 12,7$ pontos no decorrer da internação. Este setor concentra pacientes com problemas cardíacos e pacientes cirúrgicos graves ⁽⁴⁰⁾.

A aplicação de qualquer um dos dois instrumentos pode resultar em dados que demonstrem o panorama do paciente atendido e a carga de trabalho da enfermagem, verificando o trabalho direto e indireto. Neste estudo utilizamos as duas escalas por entendermos que um completa o outro e juntos apresentam um resultado mais robusto sobre o que estamos avaliando.

3.2 ESTRESSE PSICOSSOCIAL

A relação entre o estresse ocupacional e a saúde mental do trabalhador vem sendo tema de várias pesquisas nos últimos anos, no Brasil e em outros países, revelando índices alarmantes de incapacitação temporária ou permanente no trabalho, absenteísmo, aposentadoria precoce e riscos à saúde ⁽⁴¹⁾.

Estatísticas recentes revelam que, entre os países membros da União Européia, de 50 a 60% das ausências no trabalho se devem ao estresse e que, nos Estados Unidos da América, a ansiedade e o estresse foram os principais responsáveis pelo absenteísmo nas duas últimas décadas, com uma média de 20 dias parados ⁽⁴²⁾.

No Brasil, pesquisas realizadas pela Associação Internacional para o Manejo do Estresse (ISMA-BR) demonstram que pelo menos 70% dos trabalhadores brasileiros sofre de estresse no trabalho, enquanto 30% são acometidos de Burnout ⁽⁴¹⁾.

Estudo realizado com 300 trabalhadores da área da Enfermagem, visando à identificação dos fatores e dos níveis de estresse, bem como dos transtornos psicossomáticos auto-atribuídos, foi possível detectar que 100% dos trabalhadores apresentavam estresse em algum nível. Em relação aos fatores desencadeadores de estresse, encontrou o controle excessivo por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais, inobservância da ética pelos colegas; atividades rotineiras e repetitivas; excessivo número de pacientes; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e reconhecimento pela instituição, entre outros. Os sintomas psicossomáticos predominantes foram: cansaço, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, dor lombar, ansiedade, tensão pré-menstrual, cefaléia, problemas de memória, depressão, entre outros ^(42,43).

O termo estresse psicossocial vem sendo utilizado e estudado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1974. Segundo a OMS, o estresse psicossocial diz respeito a aspectos individuais, que se referem à capacidade e limitações, expectativas e necessidades do indivíduo frente às demandas do trabalho, às condições de trabalho e ambiente de trabalho que se refere às tarefas e aspectos físicos do ambiente de trabalho, envolvendo relação com a chefia e colegas de trabalho e organização do trabalho, e às influências sociais e econômicas, de âmbito da vida privada, da cultura, nutrição, transporte, moradia do indivíduo ⁽⁴⁴⁾.

Posteriormente, a OMS ampliou os aspectos envolvidos no desenvolvimento do estresse psicossocial ⁽⁴⁵⁾, o que é apresentado no Quadro 1:

Quadro 1- Riscos psicossociais do trabalho

FATORES DE RISCO	DEFINIÇÃO
Conteúdo do trabalho	Ausência de variação ou ciclos de trabalho curto, fragmentado ou sem sentido, com uso de habilidades, alto grau de incerteza, trabalho com contínua exposição a outras pessoas.
Carga de trabalho e ambiente de trabalho	Sobrecarga ou subcarga de trabalho, ritmo de trabalho imposto por máquinas, elevados níveis de pressão sobre o tempo, trabalho frequentemente sujeito a prazos.
Jornada de trabalho	Trabalho em turnos, trabalho noturno, horários de trabalho inflexíveis, horas-extras, jornada de trabalho extensa e em horário atípicos.
Controle	Pouca participação na tomada de decisões, falta de controle sobre a carga e ritmo de trabalho, trabalho em turnos, etc.
Ambiente e equipamento	Eficácia dos equipamentos, adequação ou manutenção, más condições ambientais tais como falta de espaço, má iluminação e excesso de ruído.
Cultura organizacional e função	Má comunicação, baixos níveis de apoio para a resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, falta de definição ou acordo sobre os objetivos organizacionais.
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social e físico, relação ruim com os superiores hierárquicos ou colegas de trabalho, conflitos interpessoais, falta de apoio social.
Desenvolvimento de carreira	Estagnação da carreira e incerteza, promoção e rebaixamento de cargo, baixa remuneração, instabilidade no emprego, trabalho de baixo valor social.
Interface casa e trabalho	Demandas conflitantes no trabalho e em casa, pouco apoio em casa, problemas de dupla carreira.

Fonte: World Health Organization, 2008

No Canadá foi realizada uma pesquisa com 107 enfermeiros, durante um período de significativas mudanças organizacionais impostas pelo governo. A falta de suporte organizacional e envolvimento eram os maiores geradores de estresse, segundo os enfermeiros. Foram citados como agentes estressores: falta de

participação nas decisões, má interpretação de suas reais necessidades por parte dos administradores, carga de trabalho, pressão temporal, segurança no trabalho, conflitos com gerentes e falta de pessoal⁽⁴⁶⁾.

O curso do processo de estresse no indivíduo pode ocorrer de duas formas. A primeira de natureza aguda (muito intenso, mas que desaparece rapidamente) e a segunda de natureza crônica (não tão intenso, perdurando por períodos de tempo mais prolongados e os recursos utilizados pelo indivíduo para enfrentá-lo são escassos). O estresse crônico contribui para uma pobre qualidade de vida e aumento do risco de diversas doenças, como coronarianas, hipertensão e baixa do sistema imunológico⁽⁴⁷⁾.

Este tema pode ser estudado sobre os mais variados enfoques. O modelo Desequilíbrio Esforço-recompensa é o que tem sido considerado mais abrangente para a avaliação do estresse psicossocial. Este modelo pode ser utilizado para definir risco para estresse psicossocial no trabalho⁽⁴⁸⁾.

3.2.1 O modelo Desequilíbrio Esforço- Recompensa (DER)

Para Siegrist⁽²²⁾, uma combinação crucial que considera as consequências de saúde das condições de trabalho é o grau no qual os trabalhadores são recompensados por seus esforços. Quando um alto grau de esforço não é correspondido com um alto grau de recompensa, surgem tensões emocionais e aumenta o risco de doenças.

Este modelo combina dois tipos de informação: 1º. A informação subjetiva sobre as demandas do trabalho executado e que exige recompensas (fator extrínseco); 2º. A informação de características pessoais, distinta da possibilidade de lidar com as demandas e desafios, caracterizada pela superdedicação, na qual há esforço e uma necessidade elevada de aprovação (fator intrínseco)⁽⁴⁹⁾.

O esforço é a resposta do indivíduo a partir da demanda esperada dele e da sua motivação para esta demanda. Já a recompensa, é composta por retorno financeiro, autoestima e controle social.

Assim, no modelo DER as experiências cronicamente estressantes são o resultado de um desequilíbrio entre altos esforços e baixas recompensas, somado a um alto nível de comprometimento.

A versão curta da escala possui 16 questões, sendo três da dimensão esforço, sete da recompensa e seis do excesso de comprometimento. Esta escala foi reduzida pelo próprio autor da versão original, com objetivo de facilitar a aplicação.⁽²¹⁾

Estudo multicêntrico em países europeus, entre profissionais da enfermagem, demonstrou que na Alemanha, Polônia, Eslováquia e Itália há um sentimento menor de recompensa no trabalho, se comparado aos outros países. Nestes países também apareceu desequilíbrio entre o esforço e a recompensa, sugerindo risco para estresse no trabalho. Quanto á vontade de abandonar a profissão, houve a intenção maior entre os entrevistados franceses, seguidos por alemães e Italianos (16,5% para 20,7%)⁽⁵⁰⁾.

No Brasil, este modelo também tem sido utilizado para avaliar estresse psicossocial em diversas áreas de atuação, por vezes comparado a outras escalas de mensuração. Vasconcelos⁽⁵¹⁾ analisou profissionais da enfermagem em um hospital do Mato Grosso do Sul. Verificou que não existe diferença estatística significativa nas relações das dimensões esforço percebido e recompensa recebida entre profissionais de nível médio e enfermeiros e entre turnos diferentes. Neste estudo, o desequilíbrio entre esforço e recompensa foi descrito em 17,65%(6) profissionais.

Sabe-se que as pessoas estão expostas a várias cargas de trabalho na sua rotina diária, e que podem apresentar risco para estresse psicossocial quando o esforço percebido é maior que a recompensa fornecida pela empresa. Por outro lado, observa-se que, mesmo expostas às mesmas situações os indivíduos reagem de maneiras distintas, o que nos leva a crer que características individuais interferem neste processo. A seguir apresentaremos alguns dados sobre as estratégias de enfrentamento das adversidades.

3.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES ESTRESSANTES

Estudos sobre o estresse e estratégias de enfrentamento têm despertado atenção e interesse de pesquisadores das áreas da saúde, psicologia, das ciências humanas e biológicas. O homem é um todo organizado de forma biológica, psíquica e social e apresenta um conjunto de fatores que interligados, o situam no tempo e no espaço ^(41,52).

A observação de reações distintas em indivíduos expostos ao mesmo estímulo tem estimulado estudos visando entender que características individuais interferem no ajustamento às situações de estresse. Uma das justificativas para a individualização de padrões de respostas á estressores é a resiliência. Estudar esta teoria possibilita conhecer as fraquezas e fortalezas do trabalhador diante das adversidades diárias do trabalho ⁽⁵³⁾.

O termo/conceito resiliência usado pela psicologia foi originado na física, quando estudada a resistência dos materiais. De um modo geral, é a capacidade para se recuperar de um abalo sofrido ou de se abalar e retornar ao que era antes do abalo sofrido. Possibilita ao indivíduo prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, podendo sair dessas situações fortalecido ou até mesmo transformado ⁽⁵⁴⁾.

É caracterizada como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida saudável vivendo em um ambiente insano, se tratando então de um processo interativo entre o indivíduo e o meio em que este vive, integrando ingredientes psicológicos, sociais, emocionais, cognitivos, culturais, éticos, entre outros ⁽⁵⁵⁾.

Neste processo de enfrentamento das adversidades estão envolvidos os fatores de risco (do ambiente) e os fatores de proteção (do indivíduo). A presença de fatores de risco não prediz psicopatologias. Mas, por outro lado, a presença de fatores de proteção é preditiva de resiliência. A proteção está ligada ás condições do próprio indivíduo, condições familiares, do meio ambiente e experiências vivenciadas durante a sua vida ⁽⁵⁶⁾.

Assim, os fatores de risco afetam a capacidade de resiliência, uma vez que esses aumentam a susceptibilidade do indivíduo para resultados negativos em seu desenvolvimento. Dentre as variáveis mencionadas como possíveis fatores de risco

nas investigações estão: 1) níveis e número de exposições a eventos estressores, 2) sentido atribuído ao evento estressor, 3) acúmulo dos fatores de risco, 4) cronicidade dos eventos e 5) níveis de tolerância ao estresse ⁽⁵³⁾.

Os fatores de proteção promovem, no indivíduo, ganho de controle sobre sua vida e incentivo ao bem-estar, à saúde psicológica, ainda que frente aos fatores de risco. Para que o sujeito seja considerado resiliente, é necessário que exista a percepção de equilíbrio, ou uma combinação entre os fatores de risco e de proteção ⁽⁵⁷⁾.

A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva, com escores oscilando entre de 25 a 175 pontos. O resultado é dividido em seis classificações de resiliência: muito baixa (25 a 100 pontos), baixa (101 a 115 pontos) moderadamente baixa (116 a 130 pontos), moderadamente alta (131 a 145 pontos), alta (145 a 160 pontos) e muito alta (161 a 175 pontos) ^(24,58).

Observa-se crescente interesse pelo constructo no meio acadêmico, embora a maioria dos trabalhos, até então, tenha sido com crianças em situações sociais adversas. As publicações no Brasil com utilização deste instrumento na investigação das condições dos profissionais da área da saúde ainda são escassas ⁽⁵⁹⁾.

Investigação com enfermeiras que atuam em uma UTI identificou escore médio de resiliência de $139,8 \pm 12,84$ pontos, observando-se altos escores em todos os profissionais. Este estudo pode detectar que um ambiente de trabalho provido de recursos humanos e materiais adequados à demanda de trabalho, acrescido de um grupo que consiga manter um bom relacionamento interpessoal são fatores primordiais na construção da resiliência ⁽⁶⁰⁾.

Observaram-se poucos estudos sobre a resiliência nos trabalhadores da enfermagem. Estes profissionais constituem rica fonte de informações, pois as características da profissão impõem múltiplas adversidades. Conhecer estratégias de enfrentamento utilizadas por alguns indivíduos pode auxiliar no fortalecimento de outros.

4 MATERIAL E MÉTODO

Este capítulo descreve a trajetória metodológica utilizada com o tipo de delineamento, local do estudo, população e amostra, coleta de dados, instrumentos utilizados, como foi realizada a análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal onde o fator em estudo foi a carga de trabalho da enfermagem e os desfechos foram o estresse psicossocial e a resiliência. Os delineamentos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. São apropriados para descrever a situação ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo ⁽⁶¹⁾.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Internação 6º. Andar Ala Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Trata-se de um hospital universitário, público de direito privado, vinculado a uma Universidade Federal. Possui 845 leitos e uma moderna estrutura para diagnóstico e tratamento de diversas patologias, atendendo 58 especialidades. Conta com 5997 funcionários.

O Grupo de Enfermagem constitui-se de 12 serviços, incluindo o Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN). O SECLIN dispõe de 195 leitos distribuídos em 5 unidades de internação para adultos clínicos (Medicina Interna), de especialidades (reumatologia, cardiologia, pneumologia, neurologia, entre outros) e cirúrgicos (ortopedia, cirurgia geral, urologia, entre outros). Entre as 5 unidades do SECLIN está o 6º. andar ala sul (6S) que dispõe de 34 leitos para internação de pacientes portadores de Germes Multirresistentes.

Os pacientes atendidos na unidade possuem múltiplos cuidados, em função da gravidade da doença de base ou das consequências da infecção. Internam pacientes com infecção ativa por GMR ou que estejam colonizados. O tempo médio de internação é de 12 dias. Pelo risco de transmissão do GMR para outros pacientes, a unidade possui visita restrita, onde é autorizado a permanência de somente um familiar ⁽⁶²⁾.

4.3 POPULAÇÃO

Este estudo teve duas populações de interesse, conforme a variável a analisada.

4.3.1 Pacientes

A distribuição dos leitos, conforme o tipo de GMR do paciente, é realizada pela CCIH da instituição, em combinação com as enfermeiras do andar. Internam pacientes clínicos e cirúrgicos oriundos das diversas equipes. A instituição considera paciente adulto aquele que possui 13 anos ou mais ⁽²⁶⁾.

4.3.2 Equipe de Enfermagem

É composta por 10 enfermeiros e 35 auxiliares e técnicos de enfermagem. Os técnicos e auxiliares de enfermagem lotados na unidade serão contados como uma única categoria pelo fato de desenvolverem atividades equivalentes. O HCPA possui profissionais nos turnos manhã, tarde, noite (3 equipes com revezamento de 12/48h), intermediário e VI turno. O VI turno é composto por enfermeiras contratadas para plantões nos fins de semana e feriados. A equipe de enfermagem encontra-se assim distribuída:

Quadro 2 - Distribuição do quadro funcional na unidade

Categoria	Manhã 7-13:15h	Tarde 13-19:15h	Interm 19-1:15h	Noite 1 19-7:30h	Noite 2 19-7:30h	Noite 3 19-7:30h	VI turno 7-19:30h
Auxiliares/técnicos	09	10	1	5	5	5	-
Enfermeiros	02	2	1	1	1	1	2

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013

4.4 SELEÇÃO E CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo da amostra foi realizado com apoio de um profissional de estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.4.1 Amostra de pacientes

Para conhecermos a carga de trabalho à qual a equipe de enfermagem está exposta, foi necessário caracterizar os pacientes através de uma avaliação, visto que não foram localizados estudos na literatura com este tipo de paciente.

Foi realizado projeto piloto durante os meses de abril e maio de 2011, onde foram avaliados 24 pacientes da unidade, através da aplicação do SCP de Perroca e da NAS.

O grau de dependência para os cuidados encontrado neste piloto foi o seguinte: Cuidados mínimos 2 pacientes (8,33%), cuidados intermediários 7 pacientes (29,16%), cuidados semi intensivos 11 pacientes (45,85%) e cuidados intensivos 4 pacientes (16,66%).

Considerando a maior proporção (45,85%), aceitando um erro amostral de 5%, e nível de significância de 95%, foi calculada uma amostra aproximada de 80 pacientes. Este número contempla também a amostra para utilização da NAS, onde nesta avaliação foi verificado valor médio de 43 pontos.

Foram incluídos na amostra todos os pacientes que internaram na unidade a partir do dia de início das coletas até completar 80 (seleção contínua). O único critério de exclusão foi o fato de já estar internado no momento do início da coleta. Estes pacientes não foram incluídos para evitar viés de aferição.

4.4.2 Amostra de profissionais

Responderam aos instrumentos para aferição do risco para estresse psicossocial e escore de resiliência 39 profissionais, sendo 10 enfermeiras e 29 profissionais de nível médio.

Enquadraram-se nos critérios de exclusão 5 profissionais de nível médio, onde 2 possuíam retorno ao trabalho após afastamento prolongado, há menos de duas semanas e 3 ainda não haviam passado o período probatório que na instituição é de 90 dias. Um profissional de nível médio não aceitou participar do estudo.

Entende-se como afastamento prolongado o período referente à concessão de benefício por doença do INSS e Licença gestação.

4.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta dos dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2012, por meio da utilização de instrumentos para avaliar a carga de trabalho, o risco para estresse psicossocial e escore de resiliência dos profissionais de enfermagem.

4.5.1 Carga de Trabalho

A Carga de trabalho foi avaliada por meio do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (Anexo A), e pela Nursing Activities Score (Anexo B) ⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Os instrumentos foram preenchidos pelas enfermeiras da unidade devido ao

conhecimento e acompanhamento dos pacientes durante a internação. Os demais dados foram coletados no prontuário eletrônico dos pacientes. Antes de iniciar a coleta dos dados as enfermeiras da unidade se reuniram diariamente para estudar as escalas e padronizar o entendimento sobre os indicadores críticos da escala de Perroca e critérios da NAS, visando minimizar o viés de aferição. Durante a coleta, as enfermeiras seguiram se reunindo diariamente para discutir os resultados encontrados com o objetivo de reduzir diferenças de entendimento na aplicação das escalas. Foram coletados também dados sociodemográficos dos pacientes, a fim de caracterizar a amostra.

Pela ausência de uniformidade quanto à frequência das coletas nas publicações que utilizaram estas escalas, decidiu-se coletar uma vez ao dia, de segunda a sexta-feira. A quantidade de avaliações de cada paciente foi determinada pelo número de dias de internação. A média de tempo de internação nesta unidade é 12 dias ⁽⁶²⁾, mas ocorrem internações prolongadas. Pelo tempo destinado para a conclusão deste trabalho e para não termos avaliações infinitas (já tivemos experiência com internação de 4 anos) optou-se por manter a coleta por até trinta avaliações. Assim, o número de coletas por paciente não será uniforme dependendo do número de dias que permaneceu na unidade.

4.5.1.1 Sistema de Classificação de pacientes de Perroca

Optou-se pela última versão do Sistema de Classificação de Perroca, o qual foi publicada em 2011, após reformulação e validação de conteúdo. Este instrumento avalia necessidade de cuidados do paciente. Está composta por 10 itens e o valor obtido individualmente, em cada indicador é somado para e obter-se o valor total, classificando o cuidado em mínimo (9-12 pontos), intermediário (13-18 pontos), semi-intensivo (19-24 pontos) e intensivo (25-36 pontos). ⁽²⁰⁾

Para estimar a confiabilidade da escala nesta pesquisa foi utilizado o Alfa de Cronbach, com resultado de 0,72.

A seguir apresentamos as orientações para aplicação da escala na população estudada:

Quadro 3 - Critérios utilizados para os indicadores de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca

	INDICADOR DE CUIDADO PLANEJAMENTO E PROCESSO DE CUIDAR	CRITÉRIO
1	Manutenção do planejamento da assistência de enfermagem (SAE)	Quando o planejamento da assistência é realizado apenas na chegada do paciente
2	Revisão, em parte, do planejamento da assistência de enfermagem (SAE)	Quando há revisão diária da prescrição de enfermagem e possíveis alterações
3	Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de profissionais da equipe de enfermagem ou requer alocação de recursos intra-institucionais;	quando há necessidade de solicitar consultoria ou avaliação de algum profissional da instituição, solicitação de avaliação da equipe médica além da visita usual
4	Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de equipe multiprofissional ou requer alocação de recursos extrainstitucionais ou junto à comunidade	Quando há necessidade de contato ou auxílio de profissionais da comunidade ou de outras instituições
	INVESTIGAÇÃO E MONITORAMENTO	
1	Sinais vitais (3 vezes ao dia); exames diagnósticos simples (até 15 minutos); avaliação clínica; pesagem e verificação de outras medidas antropométricas; escalas de mensuração (1 vez ao dia);	Não se aplica na unidade
2	Sinais vitais e saturação de O ₂ (3 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (até 3 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (15-30 minutos); escalas de mensuração (2-3 vezes ao dia);	Não se aplica na unidade
3	Sinais vitais, saturação de O ₂ , PAM (4-6 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (4-6 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (30-50 minutos); atendimento de urgências; escalas de mensuração (4-6 vezes ao dia);	Atividades de monitoramento (sinais vitais, saturação O ₂ , escala da dor) de rotina (4 vezes) ou até 6 vezes quando há alterações
4	Sinais vitais, saturação de O ₂ , PIC e outros (maior 6 vezes ao dia); cuidados com tubo endotraqueal e equipamentos de ventilação mecânica; auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos tais como hemodiálise, swan-ganz, etc. (maior que 50 minutos); atendimento de PCR; escalas de mensuração (mais que 6 vezes ao dia).	Atividades de monitoramento além de 6 vezes no dia, pacientes com Bipap Aspiração VAS além de 6 vezes
	CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES	
1	Auto-suficiente;	
2	Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para vestir-se ou deslocar-se para o toailete, banho de chuveiro, higiene oral, controle das eliminações; tricotomia e higiene pré-operatória;	Paciente que necessite auxílio
3	Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (até 6 vezes ao dia); colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas;	Paciente que a enfermagem realiza cuidado corporal e de eliminações até 6 vezes no dia
4	Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (mais de 6 vezes ao dia); colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas.	Paciente que a enfermagem realiza cuidados além de 6 vezes

Quadro 3: Critérios utilizados para os indicadores de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca

Continuação...

	INDICADOR DE CUIDADO	CRITÉRIO
CUIDADO COM A PELE E MUCOSAS		
1	Orientação e supervisão de medidas preventivas de lesões de pele;	Paciente sem lesão de pele mas que por qualquer motivo possa desenvolver
2	Medidas preventivas de lesões de pele (massagens, aplicação de loções e outras) até 3 vezes ao dia; troca de curativo de pequena complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo;	Paciente com necessidade de troca de decúbito 3 vezes ao dia, ou que necessite medidas de prevenção para úlcera de pressão, que possua curativo pequeno ou com Braden < 13 pontos
3	Medidas preventivas de úlcera por pressão (4-6 vezes ao dia); troca de curativo de pequena ou média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (2-3 vezes ao dia);	Paciente com necessidade de troca de decúbito 4 a 6 vezes ao dia, que possua curativo pequeno ou médio
4	Medidas preventivas de úlcera por pressão (maior 6 vezes ao dia); troca de curativo de média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (mais de 3 vezes ao dia) ou de alta complexidade técnica (1 vez ao dia);	Paciente com necessidade de troca de decúbito além de 6 vezes ao dia, que possua curativo médio ou de alta complexidade
NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO		
1	Auto-suficiente;	
2	Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para alimentar-se e/ou ingerir líquidos; controle hídrico;	Paciente que necessita auxílio da enfermagem ou pacientes com preparo para exames ou dietas especiais
3	Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (até 6 x ao dia);	Paciente que a enfermagem administra alimentação Vo ou enteral até 6 vezes ao dia
4	Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (mais de 6 vezes ao dia); atuação de enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e/ou hidratação.	Paciente que a enfermagem administra alimentação Vo ou enteral além de 6 vezes ao dia, pacientes com NPT
LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE		
1	Auto-suficiente	
2	Requer auxílio para deambulação (apoio) e/ou encorajamento, orientação e supervisão para movimentação de segmentos corporais, deambulação ou uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores);	Quando necessita supervisão ou acompanhamento da enfermagem
3	Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação até 2 x ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de dois colaboradores, treino para deambulação e para as atividades da vida diária (AVD); transporte dentro da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem;	Quando enfermagem senta na poltrona até 2 vezes ao dia ou quando necessita 2 profissionais para mobilização, transferência dentro da unidade
4	Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação mais de 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de mais de dois colaboradores; transporte fora da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem.	Quando enfermagem senta na poltrona mais de 2 vezes ao dia ou quando necessita mais 2 profissionais para mobilização, transportes para exames fora da unidade
TERAPÊUTICA		
1	Requer medicação (1- 3 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (1-2 vezes ao dia);	
2	Requer medicação (4 vezes ao dia) colocação e troca de infusões (3-4 vezes ao dia); cuidados com sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma; oxigenoterapia;	Paciente que usa oxigênio

Quadro 3 - Critérios utilizados para os indicadores de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca

Conclusão...

	INDICADOR DE CUIDADO	CRITÉRIO
3	Requer medicação (6 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (5-6 vezes ao dia); medicações específicas para exames de diagnóstico e/ou cirurgia (laxantes, enemas); cuidados com cateter periférico; uso de sangue e derivados, expansores plasmáticos ou agentes citostáticos; diálise peritoneal;); cuidados com cateter periférico; uso de sangue e derivados, expansores plasmáticos ou agentes citostáticos; diálise peritoneal
4	Requer medicação a cada 2 horas ou horária; colocação e troca de infusões (mais de 6 vezes ao dia); uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração; cuidados com cateter epidural e central; hemodiálise.	Anfotericina, quimioterapia, pushes, albumina Pacientes com cateter central Hemodiálise
SUORTE EMOCIONAL		
1	Paciente/família requer suporte através de conversação devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e processo de hospitalização;	Avaliação e conversação diária
2	Paciente/família requer suporte através de conversação devido à presença de ansiedade, angústia ou por queixas e solicitações contínuas;	Pacientes/família que necessitam mais atenção no dia a dia, com visita diária mais longa
3	Paciente/família requer conversação e suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança, diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade;	Pacientes/familiares muito ansiosos, que solicitam com frequência, com necessidade de intervenções da enfermeira além de uma vez ao turno, pacientes com risco de suicídio ou distúrbios psiquiátricos
4	Paciente/ família requer reiteradas conversação e apoio psicológico; recusa de cuidados de atenção à saúde, problemas psicossociais.	Pacientes que se recusam a algum tipo de cuidado, que necessitem maior intervenção da enfermeira
EDUCAÇÃO À SAÚDE		
1	Orientações ao paciente/família na admissão;	
2	Orientações ao paciente/família: pré e pós-operatórias, procedimentos, resultado de testes, orientações diárias básicas;	
3	Orientações ao paciente/família com problemas de comunicação (cego, surdo, problemas mentais, distúrbios de linguagem), sócio-culturais, ou proveniente de outras culturas; com dificuldade de compreensão e/ou resistência às informações recebidas; orientações sobre manejo de equipamentos e/ou materiais especiais no domicílio;	Orientações usuais para alta
4	Orientações reiteradas ao paciente/família sobre autocuidado, orientação e treino para manejo de equipamentos e/ou materiais especiais em casa e realização de procedimentos específicos (diálise peritoneal, etc.).	Orientações reiteradas para alta ou para vários familiares em momentos diferentes

Fonte: Perroca MG, 2011

O significado de cada categoria do SCP de Perroca é apresentado no Quadro 4:

Quadro 4 - Descrição da classificação conforme o SCP de Perroca

Categoria cuidados	Pontuação	Descrição
Mínimos	9 a 12	Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas
Intermediários	13 a 18	Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas
Semi-Intensivos	19 a 24	Cuidados a pacientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada
Intensivos	25 a 36	Cuidados a pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada

Fonte: Perroca MG, 2011

4.5.1.2 Nursing Activies Score

O Nursing Activies Score (NAS) tem sido aplicado predominantemente em Unidades de Tratamento Intensivo, embora já existam estudos que mostrem a sua aplicabilidade em outros locais da estrutura hospitalar⁽²⁷⁻²⁹⁾. Neste estudo, a NAS apresentou boa consistência interna avaliada por meio do Alfa de Cronbach, com resultado de 0,62.

Esta escala fornece uma pontuação para cada intervenção realizada no paciente, sendo que, no somatório final, cada ponto equivale a 14,4 minutos gastos com aquele cliente nas 24 horas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A seguir apresentamos os critérios utilizados na aplicação da NAS neste estudo:

Quadro 5 - Critérios utilizados para os indicadores de cuidado da NAS

INDICADORES DE CUIDADO		CRITÉRIOS
1 - MONITORIZAÇÃO E CONTROLES:		
1 A - sinais vitais, cálculo e registro regular do balanço hídrico, controle de glicemia dentro da rotina (4 vezes ao dia)	4,5	Controles 4 x ao dia
1B - Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua, por razões de segurança, gravidade ou terapia, que requeiram monitorização intensificada em pelo menos um turno, nas 24h.	12,1	Controle se sinais vitais, saturação, dor ou glicemia, além da rotina, quando ocorre alteração, além de 1 vez ao turno
1C - Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua muito além do normal, por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima, incluindo monitorizações ou medicações h/h (muito além do normal)	19,6	Controle se sinais vitais, saturação, dor ou glicemia, além da rotina, quando ocorre alteração, de h/h
2 - EXAMES LABORATORIAIS	4,3	Qualquer exame coletado ou realizado com participação da enfermagem
3 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES (Independente da via ou dose (exceto drogas vasoativas)	5,6	
4 - PROCEDIMENTOS DE HIGIENE		
4 A - realização de procedimentos de higiene, curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito), queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos, dentro da rotina da unidade	4,1	Realização de banho de leito, curativo, cuidado com eliminações dentro da rotina
4B - Realização de procedimentos de higiene e demais descritos acima, em algum turno, além do normal ou além da rotina	16,5	Realização de banho de leito, curativo, cuidado com eliminações além da rotina
- Realização de procedimentos de higiene e demais descritos acima., em algum turno, muito além do normal ou da rotina	20	Realização de banho de leito, curativo, cuidado com eliminações muito além da rotina, pacientes com diarreia, sangramentos, vômitos incoercíveis
5- CUIDADOS COM DRENOS: todos inclusive SVD	1,8	(exceto sonda gástrica)
6- MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO (incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe)		
6 A - realização de procedimento em até quatro vezes em 24h	5,5	
6 B - realização de procedimento mais do que quatro vezes em 24h ou com dois profissionais em qualquer frequência	12,4	Com dois profissionais
6C - Realização de procedimento com 3 ou mais profissionais em qualquer frequência	17	Troca decúbito h/h ou com mais de 2 profissionais
INDICADORES DE CUIDADO		CRITÉRIOS
6C - Realização de procedimento com 3 ou mais profissionais em qualquer frequência	17	Troca decúbito h/h ou com mais de 2 profissionais
7 - SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES (incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, orientações, atividades de suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, explicar condições clínicas ou cuidados prestados, cuidados com precauções)		

Quadro 5 - Critérios utilizados para os indicadores de cuidado da NAS

continuação...

7 A - suporte e cuidados aos familiares e pacientes de acordo com a rotina da unidade (normal)	4	
7B - suporte e cuidados aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3h ou mais (além do normal)	32	Pacientes/familiares ansiosos ou de difícil manejo ou que apresentem recusa de atendimento, com necessidade de reiteradas intervenções da enfermeira
8 - TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS (passagem de plantão, visita diária ao paciente, admissão ou encaminhamentos para alta, solicitação de exames, solicitação de consultorias, troca de material, etc)		
8 A - realização de tarefas dentro da rotina	4,2	
8B - realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2h ou além do normal	23,2	Reuniões com familiares/pacientes, curativos especiais, medicações com cuidados especiais
8C - realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4h ou mais ou muito além do normal	30	
ATIVIDADE DE SUPORTE		
Suporte Ventilatório		
9 - Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método, uso de oxigênio	1,4	
10 - cuidados com vias aéreas artificiais, TET ou traqueostomia	1,8	
11 - tratamento para melhora da função pulmonar- aspiração e nebulização	4,4	
Suporte Cardiovascular		
13 - reposição EV de grandes perdas de fluídos, pushs, chad, outros, quantidade total maior que 4,5l/24h	2,5	
14 - monitorização de PVC	1,7	
15 - reanimação cardiorespiratória nas últimas 24h	7,1	
Suporte Renal		
16 -Técnicas de hemofiltração ou dialíticas	7,7	
17 - medida quantitativa de débito urinário (CD, SVD, SVA, cistostomia)	7	
Suporte Neurológico		
18 - medida de PIC, lombostomia,	1,6	
Suporte metabólico		
19 - tratamento de acidose/ alcalose metabólica com pushs, glicoinsulina, gluconato, bicarbonato, reposição de eletrólitos	1,3	
20 - hiperalimentação EV- NPT, lipídeos	2,8	

Quadro 5 - Critérios utilizados para os indicadores de cuidado da NAS

Conclusão...

21- alimentação enteral ou auxílio para alimentação VO	1,3	
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
22 - Intervenções específicas na unidade que requerem a atuação da equipe de enfermagem (isolamentos)	2,8	Precauções diversas
23 - intervenções específicas fora da unidade com necessidade de transporte pela enfermagem	1,9	Transporte para exames e procedimentos
Total		

Fonte: Queijo AF, 2002

4.5.2 Estresse Psicossocial e Escore de Resiliência

Os instrumentos do Estresse Psicossocial e Escore de Resiliência são questionários auto-aplicáveis. Foram distribuídos e recolhidos por participantes do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), previamente treinados, vinculado à Escola de Enfermagem de uma Universidade Pública, ao qual a pesquisadora faz parte. A coleta dos profissionais foi concomitante à dos pacientes, no período de agosto a dezembro de 2012. Cada profissional respondeu os instrumentos apenas uma vez.

A primeira parte do questionário utilizado para os trabalhadores foi elaborada pela autora e sua orientadora, com base na experiência profissional e literatura. Visa a coleta de dados de identificação, assim como informações específicas ao trabalho (Apêndice 1)

4.5.2.1 Questionário de Desequilíbrio Esforço-Recompensa

O risco para estresse psicossocial foi avaliado por meio do Questionário de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER) última versão ou versão curta (Anexo C) ⁽²¹⁾.

A DER é composta por 16 questões e define medidas em 3 dimensões:

1ª) esforço (pressão de tempo, interrupções, responsabilidades, pressão para fazer horas extras, trabalho fisicamente exigente e aumento de demanda);

2ª) recompensa (gratificação financeira: salário e esforço; expectativa de estima e reconhecimento; respeito, apoio adequado, tratamento inadequado; segurança e oportunidades de carreira: expectativa de promoção e ascensão, mudanças indesejáveis, insegurança no trabalho e inconsistência do status ocupacional);

3ª) excesso de comprometimento com o trabalho ou supercomprometimento, definido como um grupo de atitudes, comportamentos e emoções que refletem um esforço além dos níveis considerados apropriados para ser aprovado e valorizado pelos outros.

A aplicação deste instrumento resulta em 3 escores, que dizem respeito a uma pontuação de esforço, outra de recompensa e outra de comprometimento. O desequilíbrio entre esforço-recompensa é demonstrado quando aplicamos a seguinte equação:

$e = \text{soma dos itens de esforço}$

$r^* = \text{soma dos itens de recompensa} \times c = \text{fator de correção.}$

Valores maiores a 1 indicam desequilíbrio entre o esforço e recompensa.

O excesso de comprometimento com o trabalho é considerado um fator que pode interagir com o desequilíbrio esforço-recompensa, potencializando seus efeitos nocivos à saúde e ao bem-estar. Neste estudo o escore encontrado será relacionado com os resultados obtidos da equação acima.

Neste estudo, a DER apresentou um alfa de Cronbach de 0,40.

4.5.2.2 Escore de Resiliência

A resiliência foi avaliada por meio da escala desenvolvida por Wagnild & Young e validada por Pesce e colaboradores^(24,58) (Anexo D). Trata-se de um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo

totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. O resultado é dividido em seis classificações de resiliência: muito baixa (25 a 100 pontos), baixa (101 a 115 pontos) moderadamente baixa (116 a 130 pontos), moderadamente alta (131 a 145 pontos), alta (145 a 160 pontos) e muito alta (161 a 175 pontos) ^(24,58).

Por possuímos amostra considerada pequena para seis classificações, o grupo será dividido em apenas duas classificações, sendo considerada baixa resiliência valores ≤ 130 pontos e alta ≥ 131 pontos.

Neste estudo, a Escala de Resiliência apresentou ótima consistência interna obtendo um Alfa de Cronbach de 0,86.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados em planilhas com auxílio do pacote estatístico SPSS, versão 18.0.

As variáveis foram analisadas individualmente através de estatística descritiva, com o cálculo da média e desvio padrão, nas variáveis contínuas e frequência e percentual nas variáveis categóricas. Para avaliar a relação das variáveis entre si foram usados os testes de qui quadrado para as variáveis categóricas, o teste T independente para as variáveis contínuas e Anova, para comparação de três ou mais categorias.

A consistência interna das escalas nesta população foi avaliada através do Alfa de Cronbach e a relação entre os resultados encontrados nas escalas foi avaliado por meio do Coeficiente de Spearman.

Um valor de P menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo ⁽⁶¹⁾.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo originou-se do projeto denominado “Carga de trabalho, Estresse Laboral e Resiliência em Profissionais de Enfermagem em um Serviço de Internação para Adultos”, o qual se encontra em desenvolvimento no SECLIN. Foi aprovado pelo do Comitê de Ética e Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo E). As precauções éticas foram levadas em consideração conforme a Resolução Normativa 01/1997 do HCPA ⁽⁶³⁾.

Como não houve abordagem do paciente e apenas a utilização dos dados dos registros dos profissionais, a instituição orienta a assinatura de instrumento específico, onde as autoras se responsabilizam por manter a privacidade e confiabilidade dos dados coletados no meio eletrônico (Apêndice 2).

Os profissionais receberam o convite para a participação no estudo e a orientação sobre finalidade do mesmo. Visto que as pesquisadoras possuem vínculo hierárquico e profissional com os participantes, estes poderiam se sentir constrangidos em participar. Neste sentido, foi mantido o anonimato do profissional, a privacidade dos dados e a garantia de que este trabalho não terá qualquer relação com avaliações de desempenho. Ainda, foi orientado que, no caso do participante que se sentir constrangido por qualquer motivo, este poderia abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 3) em duas vias, ficando com uma delas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio da defesa pública da Dissertação e do Relatório Impresso. Uma cópia ficará à disposição dos trabalhadores no SECLIN e no 6º. Sul.

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos em cada variável, após aplicação dos instrumentos descritos no capítulo da metodologia.

5.1 CARGA DE TRABALHO

A carga de trabalho foi verificada por meio da utilização de dois instrumentos: a) Escala para avaliação do nível de cuidados de Perroca e b) NAS, cujos dados foram coletados em registros do prontuário eletrônico de 80 pacientes. A avaliação diária, conforme o tempo de permanência destes pacientes resultou em 674 observações. Cada paciente apresentou um número de avaliações relacionadas ao tempo de permanência na unidade de internação, sendo que as autoras estipularam que o número máximo seria trinta avaliações.

5.1.1 Descrição da amostra de pacientes

Dos 80 pacientes incluídos na amostra, 48 (60%) eram do sexo masculino, 60 (75%) se encontravam em reinternação na instituição e apresentavam média de idade de $54,8 \pm 18,9$ anos.

A unidade possui visita restrita visando a redução do risco de transmissão para outros pacientes. É permitida a permanência de um familiar ou cuidador para acompanhamento do paciente, contato com profissionais da equipe multiprofissional e educação para alta. A permanência diária do cuidador foi observada em 30 (37,5%) dos casos, a eventual em 25 (31,3%) e a ausência em 25 (31,2%).

Em relação à procedência dos pacientes para internação no 6º S, observou-se que, 37 (46,3%) eram oriundos da emergência, 23 (28,7%) da CTI, 17 (17) das unidades clínicas e, por fim, 3 (3,7%) das unidades cirúrgicas, todas do HCPA.

No período da coleta dos dados, observou-se que, dos 80 registros de pacientes avaliados, 65 (81,3%) estavam aos cuidados de especialidades clínicas e 15 (18,7%) em especialidades cirúrgicas. A caracterização da amostra foi apresentada na Tabela 1:

Tabela 1 - Características dos pacientes internados na unidade. HCPA. Porto Alegre, 2013

Características dos pacientes (N=80)	Dados
Idade* (anos)	54,8±18,9
Sexo	
Masculino	48 (60)
Feminino	32 (40)
Primeira Internação	20 (25)
Reinternação	60 (75)
Procedência	
Emergência	37 (46,3)
CTI	23 (28,7)
Unidades clínicas	17 (21,3)
Unidades cirúrgicas	3 (3,7)
Cuidador	
Presente	30 (37,5)
Eventual	25 (31,3)
Ausente	25 (31,2)
Especialidade	
Clínico	65
Cirúrgico	15 (18,7)

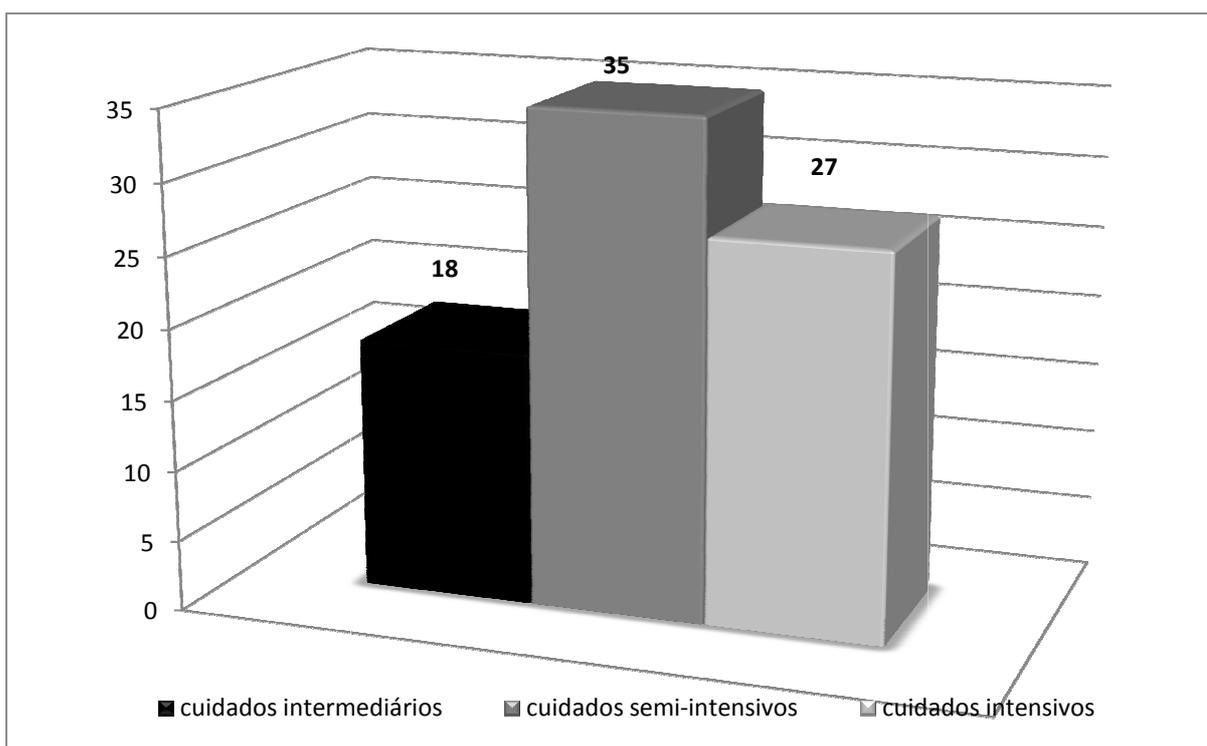
Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

*Média ± desvio-padrão. Nota: Dados expressos em n(%).

5.1.2 Classificação da necessidade de cuidados dos pacientes de acordo com SCP de Perroca

A avaliação dos 80 pacientes resultou em 674 registros, entre uma e trinta observações por paciente, conforme o tempo de internação na unidade. Não foram encontrados pacientes classificados como cuidados mínimos. Observou-se que 18 (22,5%) pacientes necessitavam de cuidados intermediários, 35 (43,7%) de cuidados semi-intensivos e 27 (33,8%) de cuidados intensivos ($p=0,069$). O resultado está exposto no Gráfico 1:

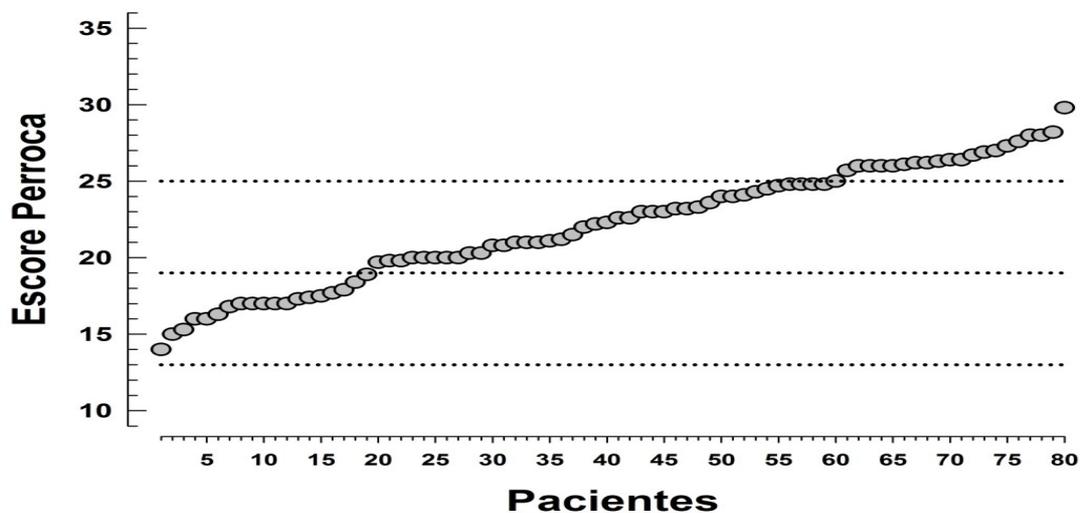
Gráfico 1 - Classificação dos pacientes segundo a necessidade de cuidados de enfermagem na unidade de internação. HCPA, Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

O escore médio de classificação foi $22,2 \pm 3,9$ pontos. A distribuição dos pacientes conforme a média do escore do SCP de Perroca é apresentado no Gráfico 2:

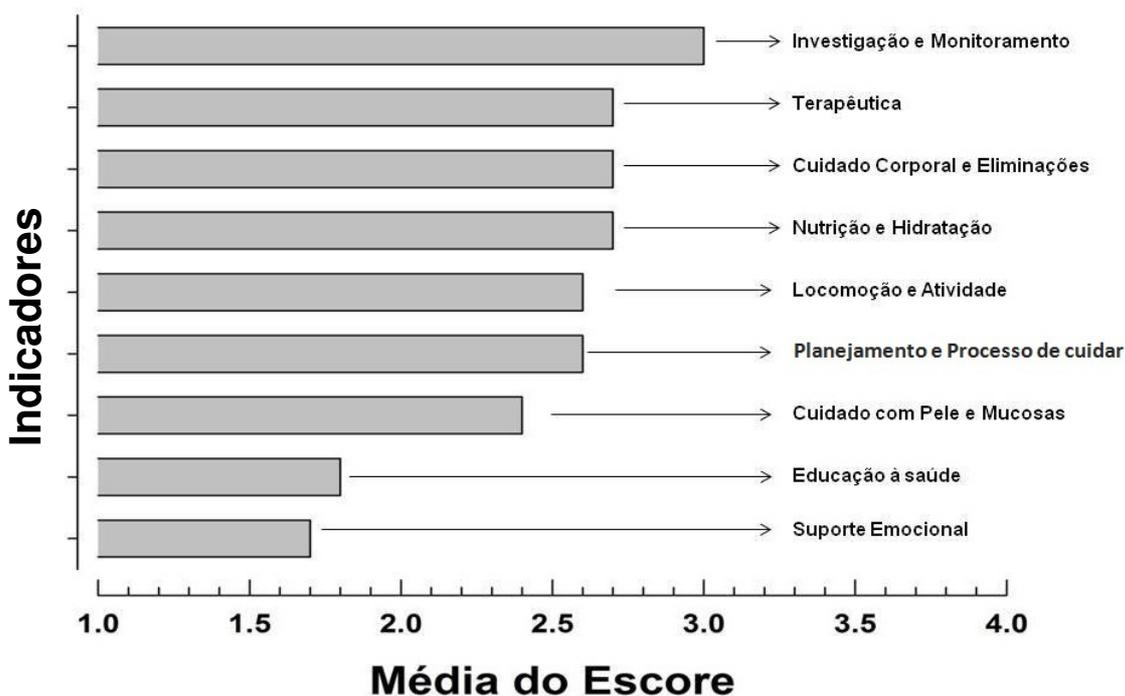
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes da Unidade conforme a média do escore do SCP de Perroca. HCPA, Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

A média da pontuação obtida em cada indicador de cuidado pode ser observado no Gráfico 3:

Gráfico 3 - Distribuição da média por indicador crítico do SCP de Perroca nos pacientes hospitalizados na unidade. Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Nesta população os cuidados mais freqüentes estavam incluídos no indicador crítico Investigação e Monitoramento, com média de $3,0 \pm 0,1$ pontos onde estão incluídos controles de sinais vitais, saturação de oxigênio, desobstrução de vias aéreas, atendimento de urgências, escalas de mensuração, entre outros, com frequência de 4 a 6 vezes ao dia. Os cuidados menos realizados foram no indicador Suporte Emocional apresentando média de $1,7 \pm 0,8$ pontos.

A observação de diferentes frequências entre os indicadores críticos sugeriu a verificação de possíveis associações com as características da amostra de pacientes, conforme descreve a Tabela 2:

Tabela 2 - Distribuição das médias dos escores do SCP de Perroca conforme as características dos pacientes hospitalizados. HCPA, Porto Alegre, 2013

Características dos pacientes (N=80)*	Perroca	Valor de p
Sexo		
Masculino	$22,09 \pm 3,93$	0,965
Feminino	$22,13 \pm 3,73$	
Primeira Internação	$21,69 \pm 3,71$	0,574
Reinternação	$22,25 \pm 3,88$	
Procedência		
Emergência	$21,55 \pm 3,86^a$	
CTI	$24,10 \pm 2,99^b$	0,022
Unidades clínicas	$20,95 \pm 4,11^a$	
Unidades cirúrgicas	$20,23 \pm 78^{a,b}$	
Cuidador		
Presente	$22,53 \pm 3,71$	
Eventual	$22,47 \pm 3,61$	0,405
Ausente	$21,25 \pm 4,18$	
Especialidade		
Clínico	$21,92 \pm 3,81$	0,032
Cirúrgico	$22,11 \pm 3,9$	

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

*^{a,b}: letras diferentes expressam diferenças estatisticamente significativas, letras iguais equivalem à ausência de diferença estatisticamente significativa.

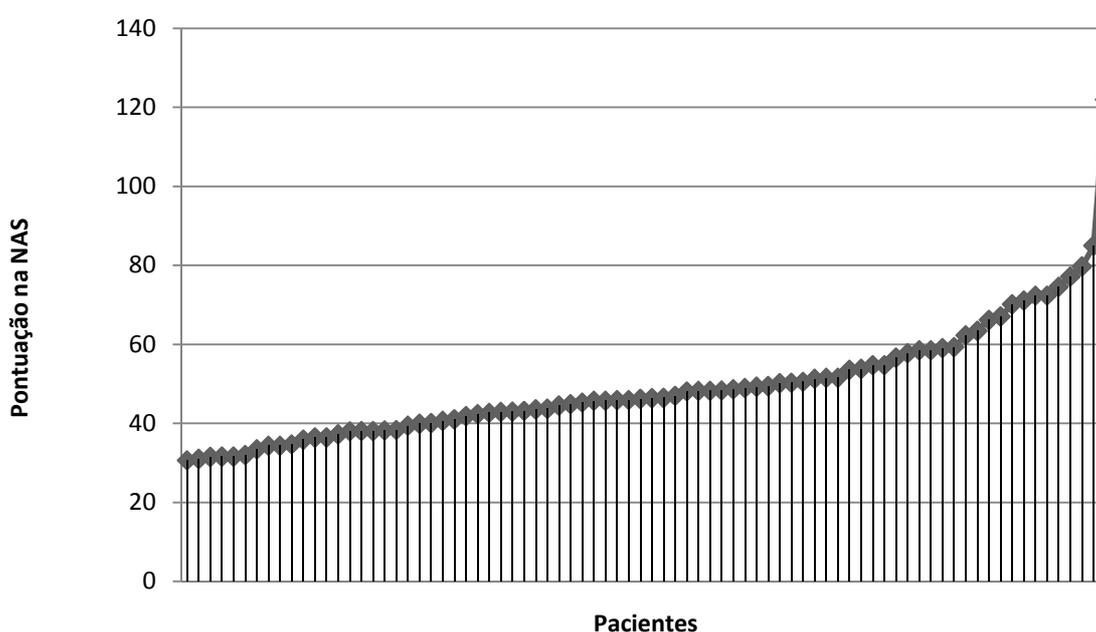
** teste de ANOVA foi utilizado para comparações entre as médias;

Observou-se que pacientes provenientes do CTI ($24,10 \pm 2,99$) apresentavam necessidade de cuidado maior em relação aos provenientes da emergência ($21,55 \pm 3,86$), unidade clínica ($20,95 \pm 4,11$) e cirúrgica ($20,23 \pm 2,78$) ($p=0,022$). Nas demais características da amostra não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis e a média do escore do SCP de Perroca.

5.1.3 Nursing Activities Score (NAS)

Observa-se no Gráfico 4, que média da pontuação da NAS obtida nesta amostra foi de $49,9 \pm 14,9$ pontos, variando entre 30,66 e 122 pontos.

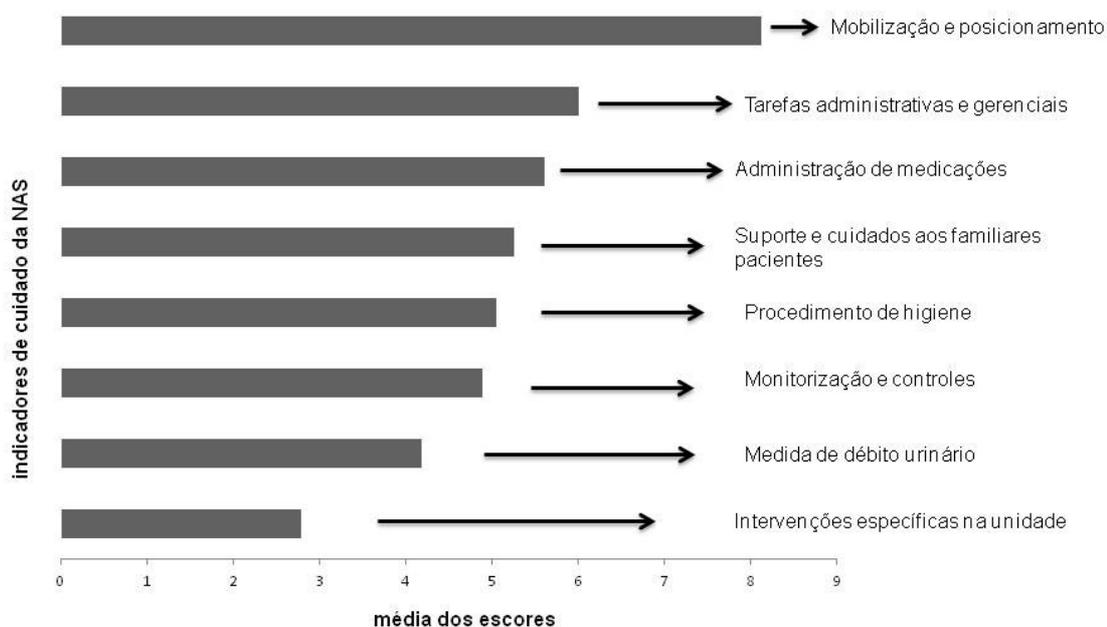
Gráfico 4 - Distribuição dos 80 pacientes conforme a pontuação na NAS. Porto Alegre, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

Nesta população os cuidados mais frequentes foram no indicador Mobilização e Posicionamento, com média de $8,12 \pm 4,96$ pontos, onde está incluída troca de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para cadeira e mobilização realizada em equipe, conforme apresentado no Gráfico 5. Não foram pontuados cuidados referentes a utilização de drogas vasoativas, monitorização com PVC e medida de PIC.

Gráfico 5 - Distribuição da média por indicador de cuidado da NAS dos pacientes hospitalizados na unidade. HCPA, Porto Alegre, 2013



• Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

A observação de diferentes frequências na pontuação da NAS conduziu para a verificação de possíveis associações com as características da amostra de pacientes, conforme descreve a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das médias da pontuação da NAS conforme características dos pacientes hospitalizados. HCPA, Porto Alegre, 2013

Características dos pacientes (N=80)	NAS	Valor de p
Sexo		
Masculino	49,73±12,46	0,328
Feminino	49,00±18,09	
Primeira Internação	50,19±10,39	0,320
Reinternação	49,18±16,15	
Procedência		
Emergência	46,42±13,41 ^a	0,002
CTI	57,62±16,82 ^b	
Unidades clínicas	45,65±12,10 ^a	
Unidades cirúrgicas	45,29±10,81 ^{a,b}	
Cuidador		
Presente	48,28±12,14	0,543
Esporádico	51,94±17,70	
Ausente	47,58±13,73	
Especialidade		
Clínico	49,14±15,74	0,289
Cirúrgico	50,70±10,58	

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

*^{a,b}: letras diferentes expressam diferenças estatisticamente significativas, letras iguais equivalem à ausência de diferença estatisticamente significativa.

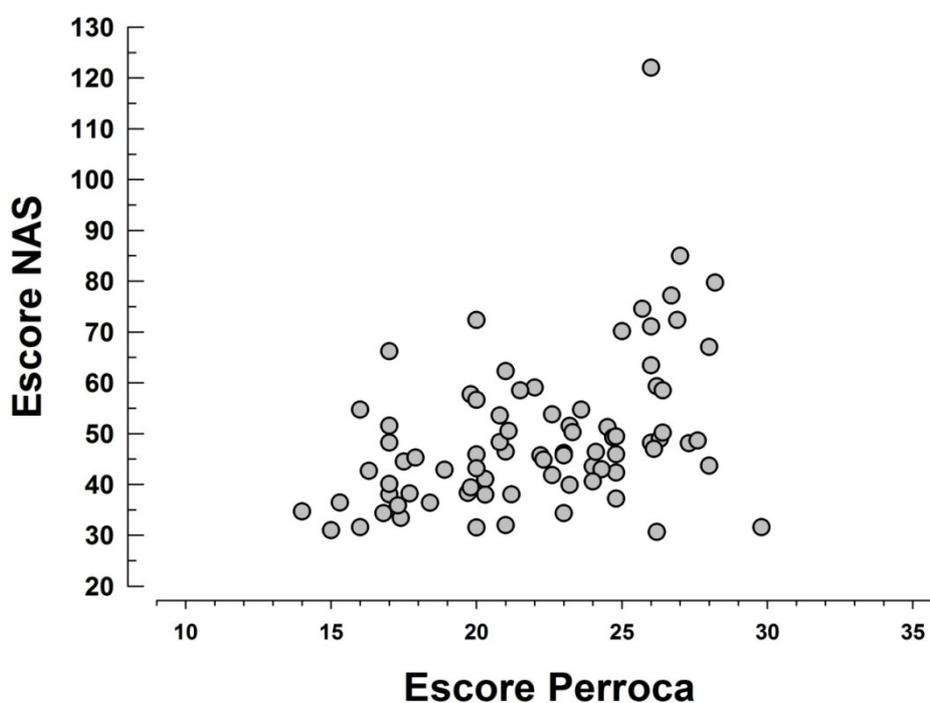
** teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparações entre as médias;

Observou-se que pacientes provenientes do CTI (57,62±16,82) apresentaram maior média de NAS do que os provenientes da emergência (46,42±13,41), unidade clínica (45,65±12,10) e cirúrgica (45,29±10,81) (p=0,002). Nas demais características da amostra não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias da NAS.

5.1.4 Relação entre as escalas

Alguns autores consideram a Escala de Perroca uma medida indireta da carga de trabalho e a NAS uma medida direta. Observamos neste estudo que existe correlação positiva e moderada entre as duas escalas, com um coeficiente de Correlação de Spearman de 0,44.

Gráfico 6 - Correlação entre os resultados do SCP de Perroca e da NAS nos pacientes hospitalizados na unidade. HCPA. Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Conforme descrito na Tabela 4, observou-se que o maior tempo de enfermagem utilizado com pacientes de cuidados intensivos, sendo que pacientes classificados como intermediário e semi-intensivo não foram diferentes entre si ($p=0,001$).

Tabela 4 - Comparação entre as médias da NAS, conforme as categorias do SCP de Perroca nos pacientes da unidade. HCPA. Porto Alegre, 2013

	Níveis de complexidade de Cuidados			Valor de p
	INTERMEDIÁRIO	SEMI-INTENSIVO	INTENSIVO	
NAS	41,30 ± 9,18 ^a	46,81 ± 8,90 ^a	58,25 ± 19,40 ^b	0,001

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

^{a,b} Letras diferentes expressam diferença estatisticamente significativa entre as médias;

A amostra apresentou diferença estatisticamente significativa entre médias da NAS das categorias intermediário (41,30 ± 9,18) e semi-intensivo (46,81 ± 8,90) quando comparadas com a média dos cuidados intensivos (58,25 ± 19,40) (p= 0,001). O resultado demonstra que pacientes de cuidado intermediário e semi-intensivo demanda tempo de cuidado praticamente igual e que pacientes de cuidados intensivos ocupam maior tempo de cuidados de enfermagem.

5.2 AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A seguir serão apresentados os resultados obtidos da aplicação da Escala do modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (versão curta) e os resultados da investigação do Escore de Resiliência.

5.2.1 Caracterização da amostra de profissionais

A amostra incluiu 39 profissionais da equipe de enfermagem da unidade, constituída de auxiliares, técnicos e enfermeiros. A Tabela 5 descreve as características da amostra conforme dados sócio - demográficos.

Tabela 5 - Características sócio-demográficas dos profissionais da equipe de enfermagem. HCPA, Porto Alegre, 2013

Características dos profissionais (N=39)	Dados
Idade*(anos)	39,2±9,0
Sexo	
Masculino	7(17,95)
Feminino	32 (82,1)
Escolaridade	
Ens. superior	13 (33,3)
Ens. superior incompleto	4 (10,3)
Ens. médio	22 (56,4)
Situação conjugal	
Casado/companheiro (a)	26 (66,7)
Solteiro (a)	13 (33,3)
Número de filhos	
Sem filhos	11(28,2)
Com 1 filho	12 (30,8)
Com 2 filhos	11(28,2)
Com 3 filhos ou mais	5 (12,8)

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Nota: *Média ± desvio-padrão. Números expressos em n(%).

A média de idade dos trabalhadores da enfermagem foi de 39,2 (\pm 9,0) anos predominando sexo feminino 32 (82,1%). Nesta amostra, 26 (66,7%) profissionais informaram estar casados ou possuírem companheiro fixo e 13 (33,3%) informaram estar solteiros. Em relação à prole, 11 (28,2%) profissionais negaram ter filhos, 12 (30,8%) informaram filho único, 11(28,2%) com dois filhos e 5 (12,8%) com mais de 3 filhos.

A Tabela 6 descreve as características laborais dos profissionais da amostra:

Tabela 6 - Características laborais dos profissionais da equipe de enfermagem da unidade. HCPA, Porto Alegre, 2013.

Características laborais (N=39)	Dados
Vínculo empregatício	
Apenas 1 emprego	37 (94,9)
Mais de 1 emprego	2(5,1)
Categoria profissional	
Enfermeiros	10 (25,6)
Técnico/auxiliar de enfermagem	29 (74,4)
Tempo de trabalho na enfermagem*	12,0 ± 8,1
Tempo de trabalho na instituição*	8,3 ± 7,4

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Nota: Números expressos em n(%). *Média ± desvio-padrão.

Segundo a categoria profissional e escolaridade, 10 (25,6%) sujeitos eram enfermeiros com ensino superior e 29 (74,4%) eram técnicos/auxiliares de ensino médio, sendo que destes, 4 estavam cursando ensino superior. Os trinta e nove profissionais informaram estar na instituição aproximadamente a 8,3 ± 7,4 anos e na enfermagem em torno de 12,0 (±8,1) anos. Na amostra, 37 (94,9%) profissionais negaram vínculo empregatício com outra instituição.

Quadro 6 - Distribuição da amostra por turnos de trabalho na unidade

Categoria	Manhã 7-13:15h	Tarde 13-19:15h	Interm 19-1:15h	Noite 19-7:30h	VI turno 7-19:30h
Auxiliares/técnicos	8	8	-	13	-
Enfermeiros	02	2	1	3	2

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Dos enfermeiros participantes do estudo, dois trabalhavam no VI turno (finais de semana e feriados), dois no turno da manhã, dois à tarde, três à noite e um trabalhando entre 19:00h - 01:15h. Em relação aos auxiliares/técnicos do diurno, 8 estavam trabalhando pela manhã e 8 à tarde. A instituição oferece um regime de

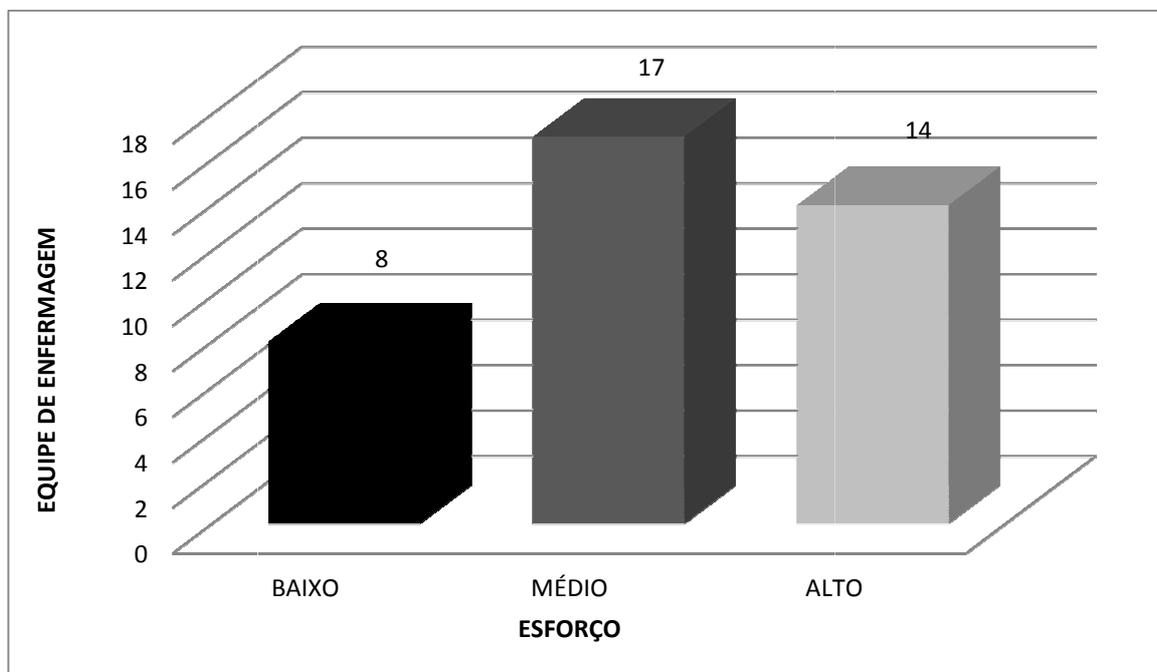
trabalho noturno de 12/48, resultando 3 equipes que atuam à noite, totalizando 3 enfermeiros e 13 técnicos distribuídos nas 3 noites.

5.2.2 Modelo DER

O Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER) é uma escala que possibilita avaliar risco para estresse psicossocial. Possui 3 dimensões: esforço, recompensa e comprometimento, resultados que serão apresentados a seguir.

No Gráfico 7 apresentamos os resultados da dimensão esforço. A média do esforço despendido foi de $9,5 \pm 2,0$ pontos, onde 8 (20,5%) profissionais foram classificados como baixo esforço, 17 (43,6%) como médio e 14 (35,9%) como alto esforço ($p=0,215$).

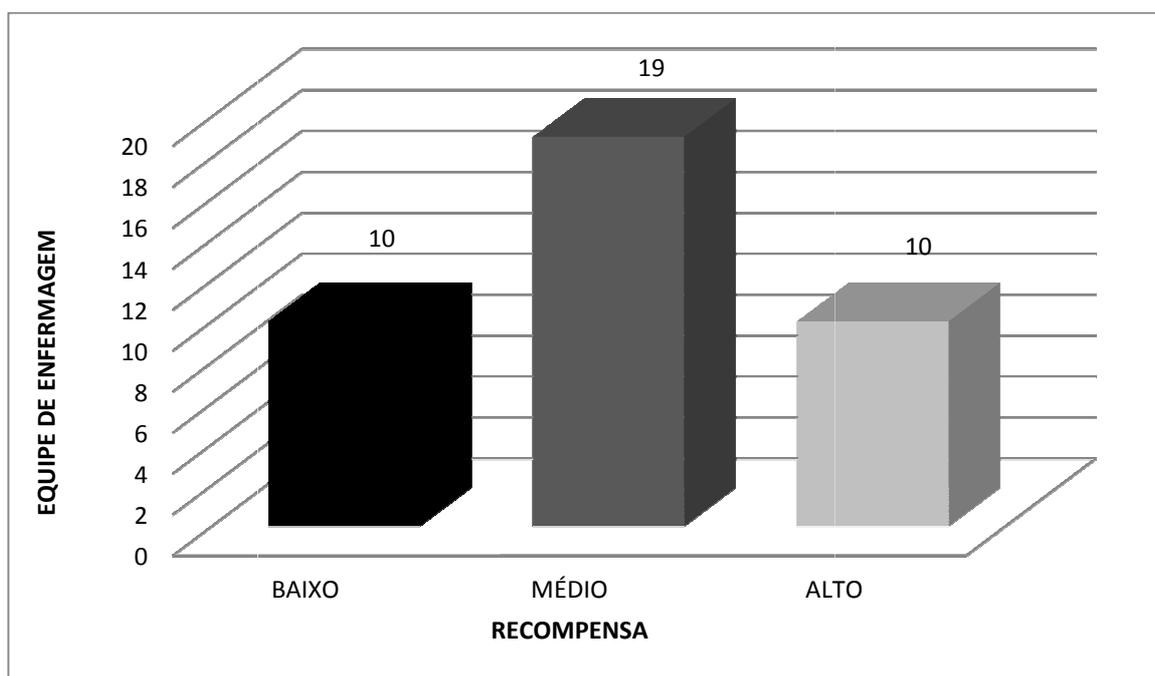
Gráfico 7 - Distribuição da equipe de enfermagem da Unidade conforme o nível de esforço despendido. HCPA, Porto Alegre, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

A dimensão recompensa apresentou média de $18,1 \pm 1,9$ pontos, sendo que baixa recompensa no trabalho foi referida por 10 (25,6%) profissionais, 19 (48,7%) relataram média e 10 (25,6%) alta recompensa ($p=0,407$), conforme demonstrado no gráfico 8.

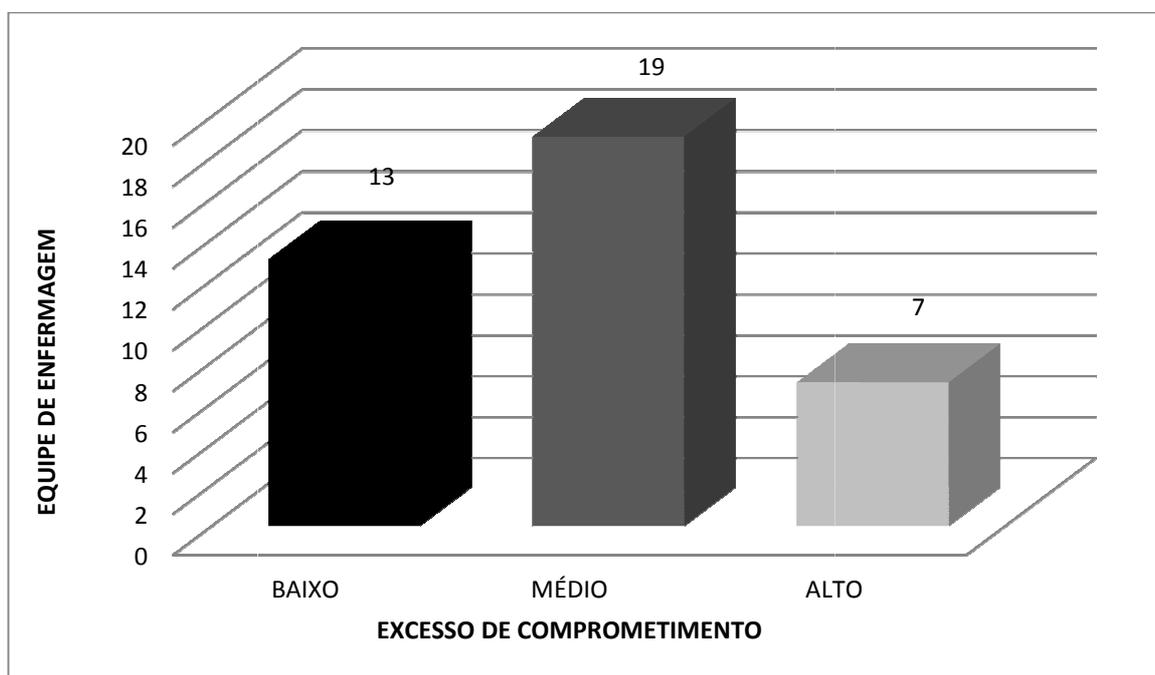
Gráfico 8 - Distribuição da equipe de enfermagem conforme nível de recompensa auto referida. HCPA, Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Em relação á dimensão excesso de comprometimento, a média foi de $12,28 \pm 2,05$ pontos. Com baixo comprometimento encontraram-se 13(33,3%) profissionais, médio 19(48,7%) e alto 7(17,9%) com $p= 0,063$. Estes resultados encontram-se no Gráfico 9:

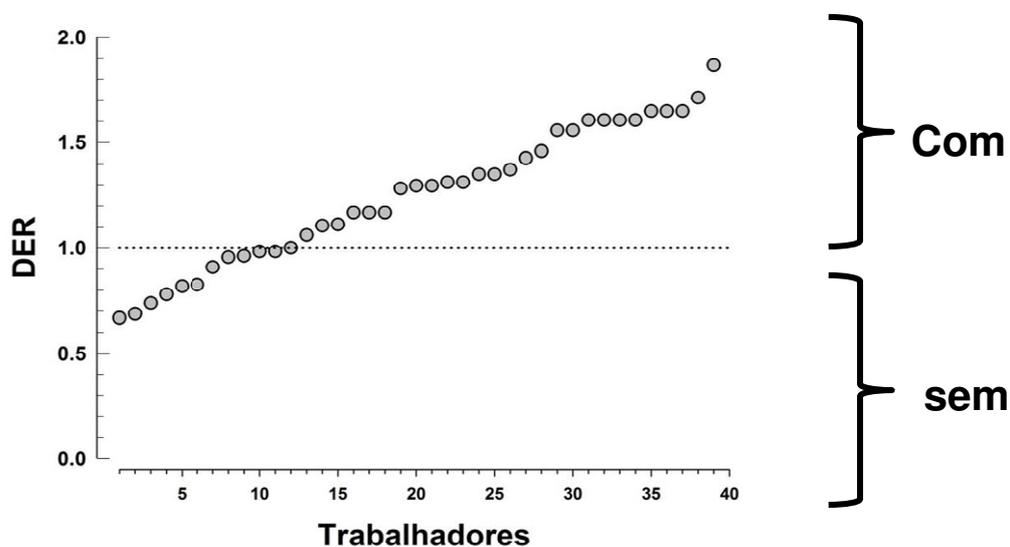
Gráfico 9 - Distribuição da equipe de enfermagem conforme o nível de excesso de comprometimento. HCPA, Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

O risco para estresse psicossocial foi identificado em 27 (69,23%) profissionais, dos quais 9 (90%) eram enfermeiros e 18 (62,07%) eram profissionais de nível médio. O resultado da DER encontra-se no Gráfico 10:

Gráfico 10- Profissionais da enfermagem conforme classificação da DER. HCPA, Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

Ao relacionarmos o excesso de comprometimento com níveis de esforço, o Coeficiente de Pearson foi de 0,58; com os níveis de recompensa foi de -0,09 e com o resultado da DER foi de 0,34.

Tabela 7 - Relação entre característica dos profissionais do 6º. Sul e valores da DER. HCPA, Porto Alegre, 2013

Características dos profissionais (N=80)*	Valores da DER	Valor de p
Categoria Profissional		
Enfermeiros	1,29 ± 0,27	0,650
Técnicos/auxiliares	1,23 ± 0,34	
Turno de trabalho		
Diurno	1,12 ± 0,35 ^a	0,012
Noturno	1,39 ± 0,25 ^b	
VI turno	1,32 ± 0,39 ^a	

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

*^{a,b}: letras diferentes expressam diferenças estatisticamente significativas, letras iguais equivalem à ausência de diferença estatisticamente significativa.

** teste T e Anova foram utilizados para comparações entre as médias;

Analisando os valores obtidos na equação que define risco ou não para estresse psicossocial e comparando resultados entre as categorias, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros, e técnicos/auxiliares quanto ao escore na escala DER ($p = 0,650$).

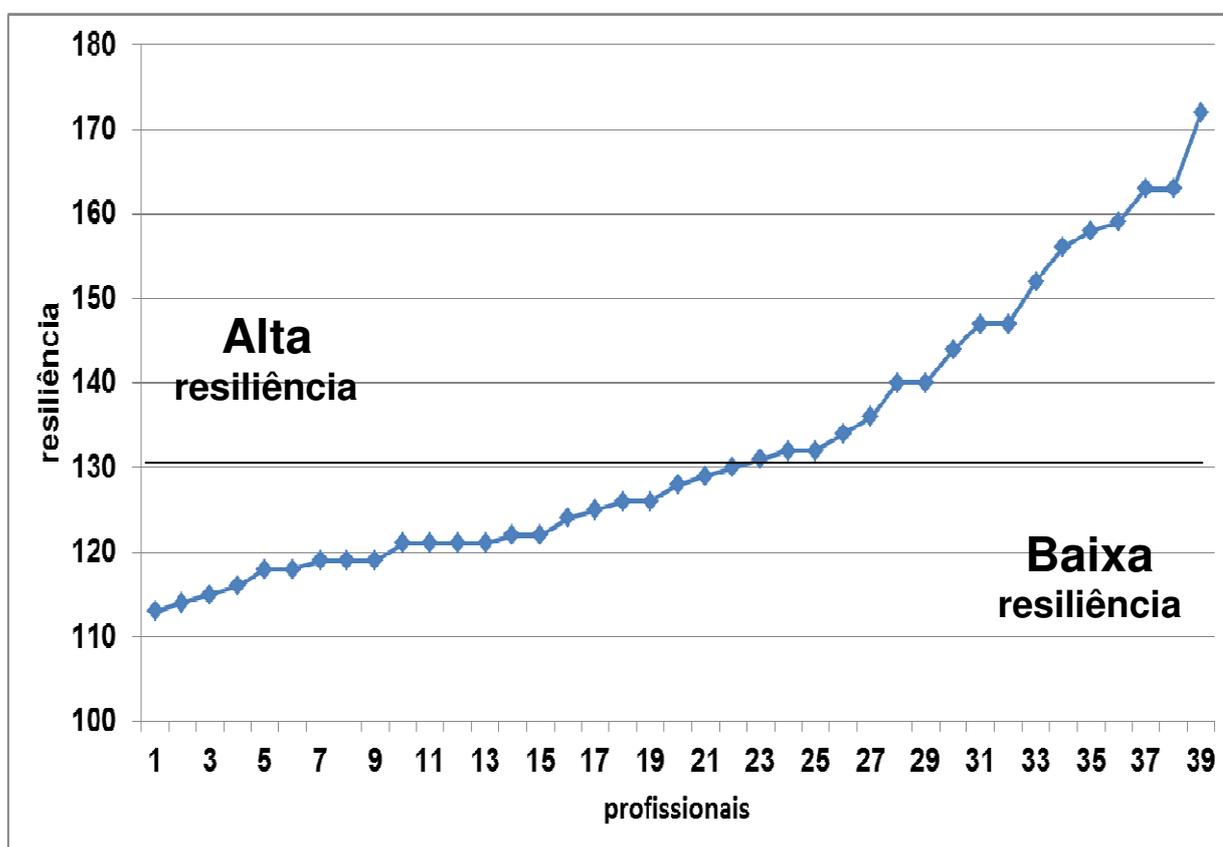
Quanto ao período trabalhado, houve uma diferença estatisticamente significativa entre profissionais de diurno e noturno quanto ao escore na escala DER ($p = 0,012$). Em relação ao turno de trabalho, observou-se maior risco para estresse psicossocial nos trabalhadores do turno da noite ($1,39 \pm 0,25$) em relação aos outros turnos de trabalho ($p = 0,012$).

Apesar de ter demonstrado risco para estresse psicossocial na população estudada, esta escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,40.

5.2.3 Escore de Resiliência

A média encontrada no escore de Resiliência foi de $132 \pm 15,9$ pontos, com valores entre 113 e 172 pontos. Constatamos que 22 (56,41%) apresentaram baixa resiliência e 17 (43,59%) alta, conforme demonstrado no Gráfico 11:

Gráfico 11- Escore de Resiliência nos profissionais da enfermagem no 6º. Sul. HCPA, Porto Alegre, 2013



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

A Tabela 8 demonstra a relação entre as características dos profissionais e o resultado da resiliência:

Tabela 8: Relação entre característica dos profissionais do 6º. Sul e o Escore de Resiliência. HCPA, Porto Alegre, 2013

Características dos profissionais (N=80)*		
	Valores da Resiliência	Valor de p
Categoria Profissional		
Enfermeiros	135,10 ± 17,15	0,578
Técnicos/auxiliares	131,79 ± 15,73	
Turno de trabalho		
Diurno	127,70 ± 11,79	0,127
Noturno	135,82 ± 18,27	
VI turno	155,00 ± 4,24	

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013

** teste T e Anova foram utilizados para comparações entre as médias;

Comparando as categorias profissionais, não há diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros e técnicos/auxiliares quanto ao escore de resiliência ($p = 0,578$), o mesmo ocorrendo por turno de trabalho, não se observou diferença estatisticamente significativa nos profissionais do diurno, do noturno e do VI turno ($p = 0,127$).

A Escala de Resiliência apresentou excelente consistência interna nesta amostra conforme o alfa de Cronbach de 0,86.

5.2.4 Relação entre a carga de trabalho e risco para estresse psicossocial

A carga de trabalho foi avaliada por meio da SCP de Perroca e pela NAS, sendo que neste estudo, observou-se uma correlação positiva e moderada entre as duas escalas, com um coeficiente de Correlação de Spearman de 0,44.

O risco para estresse foi avaliado por meio da DER, utilizando o escore de resiliência como parâmetro da característica individual para ajustamento às situações de estresse dos profissionais. Nesta amostra, observou-se que 28

(71,79%) profissionais com risco para estresse psicossocial e 22 (56,5%) profissionais apresentaram baixo escore de resiliência. A correlação entre a DER e a Escala de resiliência foi positiva e baixa, ou seja, os dois escores aumentam mas em proporções diferentes (Correlação de Spearman de 0,3).

A correlação entre as medidas da carga de trabalho e risco para estresse foi inviabilizada pelo fato das variáveis terem sido constantes nesta amostra, isto é, alta carga de trabalho e alto risco para estresse psicossocial.

6 DISCUSSÃO

Consideramos que o presente estudo atendeu aos objetivos iniciais propostos, ao descrever a carga de trabalho e o índice de risco para estresse psicossocial enfrentado pelos trabalhadores da amostra. A quantificação destas variáveis evidenciou tanto a presença de elevada carga de trabalho, assim como, um alto índice de fatores de risco para estresse profissional. Há diversas justificativas para estes achados. Uma delas é a progressiva modificação na complexidade do cuidado hospitalar, ocasionado pelo aumento da gravidade dos pacientes que procuram atendimento em nível terciário. Em estudo realizado em 2003, a avaliação da carga de trabalho utilizando o SCP de Perroca mesma escala, identificou a presença de uma maioria (68%) dos pacientes hospitalizados com necessidade de cuidados mínimos ⁽³³⁾. Na amostra atual, de pacientes com GMR encontramos, somente pacientes classificados a partir de necessidade de cuidados intermediários, semi-intensivos e intensivos, evidenciando o aumento do nível de dependência para o cuidado. Resultado semelhante ao do 6º. Sul, com a aplicação do SCP de Perroca, foi encontrado em pacientes de pós-operatório imediato, avaliados na sala de recuperação ⁽³⁶⁾. Pesquisas realizadas em unidades de internação demonstram valores inferiores aos que encontramos no local estudado ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾.

O indicador crítico com maior média foi "Investigação e Monitoramento", que demonstra a necessidade da presença de um profissional à beira do leito para controle de sinais vitais com frequência maior que seis vezes ao dia, em função da gravidade dos pacientes. Os indicadores "Terapêuticos", "Cuidados Corporais e Eliminações", e "Nutrição" e "Hidratação" também apresentaram frequência elevada, decorrentes do número elevado de medicações prescritas e administradas aos pacientes portadores de GMR, da necessidade de higiene e troca de fraldas, e da administração para a maioria dos pacientes de dieta por SNE.

No item "Educação para a Saúde" foram computadas apenas as orientações registradas no prontuário do paciente. Constatou-se que, apesar dos pacientes possuírem bons registros da equipe de Enfermagem, ainda há pouco detalhamento em relação às orientações fornecidas ao paciente e aos familiares, fato que talvez tenha se refletido neste indicador. Sabe-se que na unidade há um trabalho

multiprofissional para orientação de pacientes portadores de GMR, mas ainda há poucos registros sobre esta atividade.

O indicador "suporte emocional" foi o que obteve média mais baixa na amostra e pode estar expressando uma série de eventos, como, por exemplo, um bom atendimento pela equipe multiprofissional (substituindo, em parte, a demanda de enfermagem), dificuldades de comunicação dos pacientes por alterações cognitivas, ou da equipe em lidar, emocionalmente, com pacientes em condições precárias de saúde. Alguns pacientes que internam pela cirurgia apresentam, por vezes, a exposição de vísceras, o que mobiliza sobremaneira a carga afetiva dos profissionais.

A média do escore da NAS na amostra do 6º Sul foi de $49,9 \pm 14,9$ pontos. Cada ponto da NAS equivale à 14,4 minutos, o que significa que cada paciente demandou 12h de assistência de enfermagem nas 24h. Dessa forma, temos que cada paciente necessita de 3 horas em um turno de 6h, absorvendo 50% do tempo do profissional. Considerando que na instituição do estudo os profissionais assumem, em média, cinco pacientes, conforme o parâmetro da NAS precisaríamos dobrar o número de funcionários durante o dia para cumprir essa demanda. Em relação ao noturno, temos cinco técnicos por noite (plantões de 12 horas/48 horas de descanso) assumindo entre seis e sete pacientes, indicando a necessidade de redimensionar o quadro de pessoal e as atividades realizadas neste turno. Resultados semelhantes foram encontrados em uma unidade de hospital universitário de São Paulo, onde internavam pacientes de alta dependência, com indicação de isolamento, ou que não contavam com acompanhamento contínuo de familiares⁽³⁷⁾; e em uma unidade de internação para pacientes da nefrologia⁽⁶⁶⁾.

Os instrumentos SCP de Perroca e NAS demonstraram média de escores maiores em pacientes oriundos da UTI, comparados com os demais locais de origem dos pacientes, com valores de $24,10 \pm 2,99$ e $57,62 \pm 16,82$, respectivamente. Estudo conduzido na mesma instituição em 2003⁽³³⁾ justificou a ausência de cuidados intensivos na unidade estudada pelo fato de haver pronta transferência do paciente para CTI quando ocorria agravamento da sua saúde. Atualmente, a contínua superlotação do Serviço de Emergência e a conseqüente necessidade de leitos no CTI, acabam lotando este setor e transferir pacientes mais instáveis com maior necessidade de cuidados para o 6S.

Ao compararmos o tempo utilizado, não se constatou diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores das categorias do SCP de Perroca e da NAS, em relação à necessidade de cuidado intermediário e semi-intensivo. Isto faz pensar que pacientes classificados em diferentes categorias de cuidados podem necessitar tempos semelhantes de dedicação da enfermagem no 6S.

Na amostra de profissionais de enfermagem houve elevado percentual com risco para estresse psicossocial, o que parece associado ao alto esforço de desempenho da equipe. Este, por seu turno, está relacionado com a organização do trabalho, incluindo o fato do trabalhador sentir-se muito pressionado pelo pouco tempo para realizar as suas atividades, devido à alta demanda de trabalho. Outros fatores estressores para a enfermagem como falta de reconhecimento profissional, múltiplas interrupções no turno de trabalho e carência de possibilidades de promoção, podem ter ocasionado valores intermediários de recompensa. Mas a sobrecarga causada pela complexidade dos pacientes atendidos parece ser o fator predominante. Contrariamente aos nossos resultados, outros estudos com profissionais de enfermagem encontraram baixos percentuais de risco para estresse psicossocial nas amostras estudadas, estas se caracterizavam por atender percentual maior de pacientes com necessidades mínimas de cuidados ^(67,51).

Não houve diferença significativa entre risco para estresse psicossocial e categoria profissional, o que demonstra que os fatores estressores que atingem a categoria de nível médio também afetam os profissionais de nível superior. Mas Silva ⁽⁶⁸⁾ verificou maiores percentuais de risco para estresse em enfermeiros, supostamente devido ao alto grau de controle característico do cargo. Por outro lado, as condições impostas aos profissionais da enfermagem tem sido apontadas, na Europa, como o principal fator para o abandono da profissão, gerando escassez de profissionais ⁽⁶⁹⁾.

O excesso de comprometimento com o trabalho, considerado como uma dimensão intrínseca ao trabalhador, se expressa em um empenho exagerado no trabalho, que usualmente se combina a forte desejo de ser aprovado e estimado. O excesso de comprometimento com o trabalho é considerado um fator que pode interagir com o desequilíbrio esforço-recompensa, potencializando seus efeitos nocivos à saúde e ao bem-estar ⁽⁷⁰⁾. Nesta direção, constatamos que os indivíduos

com médio e alto comprometimento somam 66,6% da amostra, o que poderá trazer riscos potenciais á sua saúde.

Parece-nos que o excesso de comprometimento potencializa o esforço a medida que o trabalhador sente-se responsável, comprometido com o trabalho. Por sua vez, a recompensa nunca será adequada ao esforço.

Os trabalhadores apresentaram percentual elevado de risco para estresse psicossocial e baixa resiliência. Pesquisa demonstrou que pessoas com baixa resiliência possuíam maior predisposição ao desenvolvimento de sintomas de estresse, podendo também afetar a predisposição ao aparecimento de sintomas de outras patologias e gerando maior morbidade. Este fato pode ser um determinante para o número elevado de horas de afastamento por doença apresentado por este grupo de trabalhadores ⁽⁷¹⁾.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo permitiu avaliação da carga de trabalho num delineamento transversal que, por definição, não se presta para análise de causa-efeito. A adoção de outros métodos poderão fornecer dados mais diretos sobre esta relação.

Outro limitador foi o resultado obtido na consistência interna da escala DER o que sugere a utilização da versão longa para novos estudos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser uma unidade com monitoramento contínuo da CCIH, em função do risco de infecção nosocomial, os pacientes lá internados possuíam registros detalhados no seu prontuário eletrônico. Isto não só auxiliou na coleta dos dados sobre a carga de trabalho (cuidados de enfermagem) demandada pelos pacientes, como aumentou a confiabilidade dos dados obtidos.

Considerando-se a complexidade exigida de cuidados de enfermagem por parte de pacientes GMR internados, uma das principais conclusões do nosso estudo é que medidas conjuntas poderiam ser tomadas para melhorar as condições de trabalho dos profissionais avaliados: 1) Eles estão expostos à elevada carga de trabalho, existindo a necessidade de readequação do quadro funcional; 2) há necessidade de pesquisar e desenvolver estratégias para fortalecer a resiliência da equipe, melhorando suas capacidades de enfrentamento das situações estressantes, inerentes ao grau de dependência destes pacientes; 3) dependendo de futuras avaliações da carga de trabalho das outras unidades do SECLIN, se forem significativamente menores que o 6S, sugere-se a discussão sobre a possibilidade de rodízios periódicos entre as equipes, evitando maiores desgastes na saúde dos trabalhadores; 4) medidas para valorização profissional poderiam ser desenvolvidas para contrabalançarem as fontes de estresse; 5) momentos de convívio social podem melhorar o relacionamento no grupo e aumentar o potencial para enfrentamento de adversidades.

Finalmente, sugerimos que esta amostra de profissionais seja acompanhada e reavaliada periodicamente, já que há indicações de que o atendimento continuado a pacientes portadores de GMR seja uma área de atuação que necessite maiores investigações, dado ao seu permanente potencial de gerar síndromes de "Burnout" nos trabalhadores de enfermagem com ela envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Boucher HW, Talbot GH, Bradley JS, et al. Bad bugs, no drugs: no ESKAPE! An update from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009;48:1-12.
2. Pépin J, Valiquette L, Cossette B. Mortality attributable to nosocomial *Clostridium difficile*– associated disease during an epidemic caused by a hypervirulent strain in Quebec. *CMAJ*. 2005;173:1037-42.
3. McDonald LC, Owings M, Jernigan DB. *Clostridium difficile* infection in patients discharged from US short-stay hospitals, 1996–2003. *Emerg Infect Dis*. 2006;12:409–15.
4. Zilberberg MD, Shorr AF, Kollef MH. Increase in *Clostridium difficile*-related hospitalizations among infants in the United States, 2000-2005. *Pediatr Infect Dis J*. 2008; 27:1111-3.
5. Kuplich NM et al. Política de prevenção da disseminação de germes multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2011;31(1):80-9.
6. Vonberg RP, Kuijper EJ, Wilcox MH, et al. Infection control measures to limit spread of *Clostridium difficile*. *Clin Microbiol Infect*. 2008;14 Suppl 5:2-20.
7. Roelen CA, Bültmann U, Groothoff J, van Rhenen W, Magerøy N, Moen BE, et al. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. *Res Nurs Health*. 2013 Oct;36(5):453-65.
8. Kivimäki M, Mäkinen A, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Firth-Cozens J. Sickness absence and the organization of nursing care among hospital nurses. *Scand J Work Environ Health*. 2004 Dec;30(6):468-76; quiz 476.
9. Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 [Acesso em 20 de setembro de 2013]; 46(2):495-504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/s31v46n2.pdf>.
10. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2002 [Acesso em 16 de março de 2013]; 10(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13370.pdf>.
11. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2011 jun;32(2):368-77.

12. Kirchhof ALC, Lacerda MR, Sarquis LMM, Magnago TSB, Gomes IM. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. *Colomb Med.* 2011;42(Supl 1):113-9.
13. Seligman-Silva E. *Desgaste Mental no Trabalho.* Rio de Janeiro: Cortez; 1994.
14. Laurell AC, Noriega M. *O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo: Hucitec; 1989.
15. Gaidzinski, R.R. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
16. Magalhães AMM. *Carga de Trabalho de Enfermagem e Segurança de pacientes internados em um Hospital Universitário.* [tese] Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
17. Miranda DR, Raoul N, Rijik A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. *Crit Care Med.* 2003 Fev; 31(2):374-82.
18. Queijo AF. *Tradução para o português e validação de um instrumento para medida da carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing activities score (NAS)* [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
19. Perroca, MG. *Instrumento de Classificação de Perroca: validação clínica* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
20. Perroca MG. *Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011;19(1):58-66.
21. Siegre J, Wege N, Puhhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort–reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health.* 2009;82(8):1005-13.
22. Comaru, CM. *Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa.* [dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
23. Balancieri MF. *Promoção do processo de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade?* [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

24. Pesce RP. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005;21(2):436-48.
25. Morris R, MacNeela P, Scott A, Tracy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. J Adv Nurs. 2007; 57:463-71.
26. Calderero ARL, Miasso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008;10(1):51-62.
27. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(6):21-32.
28. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizadores. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.
29. Facchini LA. Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993.
30. Dejours C, Dessors D, Desrlarux F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Rev Adm Empresas. 1993; 33(3):98-104.
31. Kannan, S Sarma, S. Study on workload of public health nurses and other women health workers. [acesso em 20 nov 2013]. Disponível em http://mpra.ub.uni-muenchen.de/39520/1/MPRA_Paper_39520.pdf.
32. Mininel VA; Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011;19(2): 340-7.
33. Fonseca JP, Echer IC. Grau de dependência de pacientes em relação assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. Rev. Gaúcha Enferm. 2003 dez; 24(3):346-54.
34. Cucolo DF, Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 mar-abr; 18(2):175-81.
35. Santos TL, Nogueira LT, Padilha KG. Produção científica brasileira sobre o nursing activities score: uma revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2012 abr/jun; 17(2):362-8.

36. Lima, LB. Avaliação da carga de trabalho da enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. [dissertação]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2010.
37. Lima MKF, Tsukamoto R, Fugini FMT. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008 out-dez; 17(4):638-46.
38. Panunto MR, Guirardello EB. Nursing workload at a gastroenterology unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(6):1009-14.
39. Wolff LDG, Mazur CS, Wiezbicki C, Barros CB, Quadros VAS. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidadesemi-intensiva de um hospital universitário de Curitiba. *Cogitare Enferm.* 2007 abr/jun; 12(2):171-82.
40. Adell AB, Campos RA, Rey MC, Bellmunt JQ, Rochera ES, Muñoz ES et al. Nursing Activities Score. nuestra experiencia con un sistema de cómputo de cargas de enfermería basado en tiempos. *Enferm Intensiva*, 2005 Dec;16 (4):164-73.
41. Ferreira MC, Assmar EML. Modelos e métodos recentes na abordagem do estresse e do burnout. In: Resumos do V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia; 2007 maio 23-26; Maceió, Brasil. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007. p. 12. Disponível em: http://www.conpsi5.ufba.br/layout/padrao/azul/conpsi5/V_CONPSI.pdf
42. Balancieri M, Cappo B.M. H. B.; Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2004 jan-mar ;13(1):124-31.
43. Balancieri M. F. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário [dissertação]. Bauru(SP): Universidade do Sagrado Coração; 2003.
44. World Health Organization and International Labour Office. Psychosocial factors at work: recognition and control. Geneva; 1988. 81 p. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session Geneva. 18-24 September 1984. Occupational Safety and Health Series nº56. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_joint_committee.pdf
45. PRIMA-EF Guidance on the europeans framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives. Geneva: World Health Organization; 2008. 52 p. Protecting Workers' Health

Series N^o9. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597104_eng.pdf.

46. Tyson PD, Pongruengphanta A, Aggarwal B. Coping with organizational stress among hospital nurses in South Ontario. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(4): 453-9.
47. Martins MCA. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium*. 2003 out;(28).
48. Siegreest J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1996;1(1):27-41.
49. Siegrist J. Psychosocial work environment and health: new evidence. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(11):888.
50. Li J, Fu H, Hu Y, Shang L, Wu Y, Kristensen TS et al. Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: results from the longitudinal Chinese NEXT study. *Scand J Public Health* 2010; 38(3 suppl): 69-80.
51. Vasconcelos EF, Guimarães LAM. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. *Psicólogo Informação*. 2009; 13(13):11-36.
52. Paula Júnior W, Zanini, DS. Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psic.: teoria e pesq*. 2011;27(4): 491-7.
53. Oliveira MA, Reis VL, Zanelato LS, Neme CM. Resiliência: análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. *Psicol Ciênc Prof*. 2008;28 (4): 754-67.
54. Brandao JM, Mahfoudm M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]*. 2011;.21(49):263-71.
55. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985 Dec; 147:589-611.
56. Trombetta LHAP, Guzzo RSL. *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas: Alínea; 2002.
57. Belancieri MF, Beluci ML, Silva DVR, Gasparelo EA. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estud Psicol*. 2010;27(2):227-33.

58. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.
59. Sória DAC, Bittencourt AR, Menezes MFB, Sousa CAC, Souza SR. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):702-6.
60. Cruz EJER. Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em terapia intensiva. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2009.
61. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
62. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Estrutura institucional. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/136/196/>
63. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação. Comissão de Pesquisa e Ética. Resolução Normativa 01/97: utilização de dados de prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa [Internet]. [Porto Alegre] 1997. [acesso em 15 dez 2011]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res197hc.htm>.
64. Laus AM, Anselmi ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; jul-ago;12(4):643-9.
65. Sales FM, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. *Texto Contexto Enferm*. 2007 jul-set;16(3):495-502.
66. Trepichio PB, Guirardello EB, Duran ECM, Brito AP. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):133-9.
67. Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppesen HJ, Siegrist J. Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scand J Caring Sci*. 2006 Mar;20(1):26-34.
68. Silva A A, Souza JMP, Borges FNS, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev. Saúde Pública*. 2010 ago; 44():718-25.

69. Estry-Béhar M, Van der Heijden BIJM, Oginska H, Camerino D, Le Nézet O, Conway PM, et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care*. 2007;45(10):939-50.
70. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1483-99.
71. Angst, R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicol. Argum.* 2009 jul/set;27(58):253-60

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA

NOME:	PRONTUÁRIO:	EQUIPE:
IDADE:	TELEFONE:	CUIDADOR: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/>
EVENTUAL		
SEXO: <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> PRIMEIRA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> READMISSÃO		
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> UNID. CLÍNICAS <input type="checkbox"/> UNID. CIRÚRGICAS <input type="checkbox"/> OUTROS – especificar:		
UNIDADE : <input type="checkbox"/> 4 SUL <input type="checkbox"/> 6 SUL <input type="checkbox"/> 5 NORTE <input type="checkbox"/> EMEI <input type="checkbox"/> 6 NORTE <input type="checkbox"/> 7 NORTE		
PRECAUÇÃO: <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> ENTÉRICA <input type="checkbox"/> CUTÂNEA <input type="checkbox"/> CONTATO : VRE ACINETO GMR		
PLANEJAMENTO E PROCESSO DE CUIDAR		
1	Manutenção do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);	
2	Revisão, em parte, do planejamento da assistência de enfermagem (SAE); quando há revisão diária da prescrição de enfermagem e possíveis alterações	
3	Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de profissionais da equipe de enfermagem ou requer alocação de recursos intra-institucionais; quando há necessidade de solicitar consultoria ou avaliação de algum profissional da instituição, solicitação de avaliação da equipe médica além da visita usual	
4	Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de equipe multiprofissional ou requer alocação de recursos extrainstitucionais ou junto à comunidade	
INVESTIGAÇÃO E MONITORAMENTO		
1	Sinais vitais (3 vezes ao dia); exames diagnósticos simples (até 15 minutos); avaliação clínica; pesagem e verificação de outras medidas antropométricas; escalas de mensuração (1 vez ao dia);	
2	Sinais vitais e saturação de O ₂ (3 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (até 3 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (15-30 minutos); escalas de mensuração (2-3 vezes ao dia);	
3	Sinais vitais, saturação de O ₂ , PAM (4-6 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (4-6 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (30-50 minutos); atendimento de urgências; escalas de mensuração (4-6 vezes ao dia);	
4	Sinais vitais, saturação de O ₂ , PIC e outros (maior 6 vezes ao dia); cuidados com tubo endotraqueal e equipamentos de ventilação mecânica; auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos tais como hemodiálise, swan-ganz, etc. (maior que 50 minutos); atendimento de PCR; escalas de mensuração (mais que 6 vezes ao dia).	
CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES		
1	Auto-suficiente;	
2	Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para vestir-se ou deslocar-se para o toalete, banho de chuveiro, higiene oral, controle das eliminações; tricotomia e higiene pré-operatória;	

3	Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (até 6 vezes ao dia): colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas;
4	Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (mais de 6 vezes ao dia): colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas.
CUIDADO COM A PELE E MUCOSAS	
1	Orientação e supervisão de medidas preventivas de lesões de pele ;
2	Medidas preventivas de lesões de pele (massagens, aplicação de loções e outras) até 3 vezes ao dia; troca de curativo de pequena complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (1 vez ao dia);
3	Medidas preventivas de úlcera por pressão (4-6 vezes ao dia); troca de curativo de pequena ou média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (2-3 vezes ao dia); mudança de decúbito (até 6 vezes ao dia) ;
4	Medidas preventivas de úlcera por pressão (maior 6 vezes ao dia); troca de curativo de média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (mais de 3 vezes ao dia) ou de alta complexidade técnica (1 vez ao dia) ; mudança de decúbito (mais de 6 vezes ao dia) .
NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	
1	Auto-suficiente;
2	Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para alimentar-se e/ou ingerir líquidos; controle hídrico;
3	Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (até 6 vezes ao dia);
4	Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (mais de 6 vezes ao dia); atuação de enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e/ou hidratação.
LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE	
1	Auto-suficiente
2	Requer auxílio para deambulação (apoio) e/ou encorajamento, orientação e supervisão para movimentação de segmentos corporais, deambulação ou uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores);
3	Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação até 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de dois colaboradores, treino para deambulação e para as atividades da vida diária (AVD); transporte dentro da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem;
4	Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação mais de 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de mais de dois colaboradores; transporte fora da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem.
TERAPÊUTICA	

1	Requer medicação (1- 3 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (1-2 vezes ao dia);
2	Requer medicação (4 vezes ao dia) colocação e troca de infusões (3-4 vezes ao dia); cuidados com sonda nasogátrica, nasoenteral ou estoma; oxigenoterapia ;
3	Requer medicação (6 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (5-6 vezes ao dia); medicações específicas para exames de diagnóstico e/ou cirurgia (laxantes,enemas) ; cuidados com cateter periférico; uso de sangue e derivados, expansores plasmáticos ou agentes citostáticos; diálise peritonial;
4	Requer medicação a cada 2 horas ou horária ; colocação e troca de infusões (mais de 6 vezes ao dia); uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração; cuidados com cateter epidural e central; hemodiálise .
SUPORTE EMOCIONAL	
1	Paciente/família requer suporte através de conversação devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e processo de hospitalização;
2	Paciente/família requer suporte através de conversação devido à presença de ansiedade, angústia ou por queixas e solicitações contínuas;
3	Paciente/família requer conversação e suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança, diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade;
4	Paciente/ família requer reiteradas conversação e apoio psicológico; recusa de cuidados de atenção à saúde, problemas psicossociais.
EDUCAÇÃO À SAÚDE	
1	Orientações ao paciente/família na admissão;
2	Orientações ao paciente/família: pré e pós-operatórias, procedimentos, resultado de testes, orientações diárias básicas;
3	Orientações ao paciente/família com problemas de comunicação (cego, surdo, problemas mentais, distúrbios de linguagem), sócio-culturais, ou proveniente de outras culturas; com dificuldade de compreensão e/ou resistência às informações recebidas; orientações sobre manejo de equipamentos e/ou materiais especiais no domicílio;
4	Orientações reiteradas ao paciente/família sobre autocuidado, orientação e treino para manejo de equipamentos e/ou materiais especiais em casa e realização de procedimentos específicos (diálise peritonial, etc.).

ANEXO B – Nursing Activities Score

1- MONITORIZAÇÃO E CONTROLES:	
1 A- sinais vitais, cálculo e registro regular do balanço hídrico, controle de glicemia dentro da rotina (4 vezes ao dia)	4,5
1B- Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua, por razões de segurança, gravidade ou terapia, que requeiram monitorização intensificada em pelo menos um turno, nas 24h. Controle se sinais vitais ou glicemia, além da rotina, quando ocorre alteração (além do normal)	12,1
1C- Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua muito além do normal, por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima, incluindo monitorizações ou medicações h/h (muito além do normal)	19,6
2- EXAMES LABORATORIAIS – qualquer exame coletado ou realizado com participação da enfermagem	4,3
3- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES - independente da via ou dose (exceto drogas vasoativas)	5,6
3 A Uso de medicações, de infusão contínua ou não, que necessitem cuidados especiais, como anfotericina, QT, anticoagulantes, hemoderivados, medicações em bomba de infusão, etc	1,2
4- PROCEDIMENTOS DE HIGIENE	
4 A- realização de procedimentos de higiene, curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito), queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos, dentro da rotina da unidade	4,1
4B- Realização de procedimentos de higiene e demais descritos acima, em algum turno, além do normal ou além da rotina	16,5
4C- Realização de procedimentos de higiene e demais descritos acima., em algum turno, muito além do normal ou da rotina	20
5- CUIDADOS COM DRENOS Todos, inclusive SVD (exceto sonda gástrica)	1,8
6- MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe	
6 A- realização de procedimento em até quatro vezes em 24h	5,5
6 B- realização de procedimento mais do que três vezes em 24h ou com dois profissionais em qualquer frequência	12,4
6C- Realização de procedimento com 3 ou mais profissionais em qualquer frequência	17
7 SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, orientações, atividades de suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, explicar condições clínicas ou cuidados prestados, cuidados com precauções	
7 A – suporte e cuidados aos familiares e pacientes de acordo com a rotina da unidade (normal)	4
7B- suporte e cuidados aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3h ou mais (além do normal)	32
8- TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS (passagem de plantão, visita diária ao paciente, admissão ou encaminhamentos para alta, solicitação de exames, solicitação de consultorias, troca de material, etc)	
8 A- realização de tarefas dentro da rotina	4,2
8B- realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2h ou além do normal	23,2
8C- realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4h ou mais ou muito além do normal	30
ATIVIDADE DE SUPORTE	
Suporte ventilatório	
9- Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP),	1,4

com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método, uso de oxigênio	
10- cuidados com vias aéreas artificiais, TET ou traqueostomia	1,8
11- tratamento para melhora da função pulmonar- aspiração e nebulização	4,4
Suporte cardiovascular	
13- reposição EV de grandes perdas de fluídos, pushs, chad, outros, quantidade total maior que 4,5l/24h	2,5
14- monitorização de PVC	1,7
15- reanimação cardiorespiratória nas últimas 24h	7,1
Suporte renal	
16- Técnicas de hemofiltração ou dialíticas	7,7
17- medida quantitativa de débito urinário (CD, SVD, SVA, cistostomia)	7
Suporte neurológico	
18- medida de PIC, lombostomia,	1,6
Suporte metabólico	
19- tratamento de acidose/alcalose metabólica com pushs, glicoinulina, gluconato, bicarbonato, reposição de eletrólitos	1,3
20- hiperalimentação EV- NPT, lipídeos	2,8
21- alimentação enteral ou auxílio para alimentação VO	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS	
22- Intervenções específicas na unidade que requerem a atuação da equipe de enfermagem (isolamentos)	2,8
23- intervenções específicas fora da unidade com necessidade de transporte pela enfermagem	1,9
Total	

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DER

Para cada afirmativa abaixo, assinale até que ponto você concorda ou discorda das situações:

	Discordo totalmente	discordo	concordo	Concordo totalmente
A) Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho				
B) frequentemente eu sou interrompido e incomodado durante a execução do meu trabalho				
C) nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim				
D) eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes ou supervisores				
E) eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro				
F) no trabalho, eu passei ou ainda passo passar por mudanças não desejadas				
G) tenho pouca estabilidade no emprego				
H) no trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço				
I) As experiências de promoção no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas				
J) no trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário é adequado				
K) no trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo				
L) Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho				
M) quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho				
N) as pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho				
O) o trabalho não me deixa, ele está na minha cabeça quando vou dormir				
P) não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que eu deveria ter feito hoje				

ANEXO D- ESCALA DE ESCORE DE RESILIÊNCIA

	Discordo totalmente	Discordo parcial	discordo	Não concordo e nem discordo	concordo	Concordo parcial	Concordo totalmente
Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim							
Eucostumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra							
Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa							
Manter interesse nas coisas é importante para mim							
Eu posso estar por minha conta se eu precisar							
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida							
Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação							
Eu sou amigo de mim mesmo							
Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo							
Eu sou determinado							
Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas							
Eu faço as coisas um dia de cada vez							
Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes							
Eu sou disciplinado							
Eu mantenho interesse nas coisas							
Eu normalmente posso achar motivo para rir							

Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis							
Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar							
Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras							
Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não							
Minha vida tem sentido							
Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas							
Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída							
Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer							
Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim							

APÊNDICE A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

NOME(OPCIONAL):
TELEFONE:
IDADE: sexo: ()masc ()fem
ESCOLARIDADE: () ens. médio () superior incompleto () superior
SITUAÇÃO CONJUGAL: ()solteiro ()casado/com companheiro
NÚMERO DE FILHOS:

CARACTERÍSTICAS LABORAIS

CATEGORIA PROFISSIONAL: () ENF () TECNICO () AUXILIAR
TURNO: ()M ()T ()N () INTERM () VI TURNO
VÍNVULO EMPREGATÍCIO: () 1 EMPREGO () MAIS DE 1 EMPREGO
TEMPO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM (EM ANOS):
TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO: (EM ANOS):

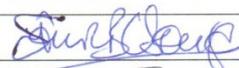
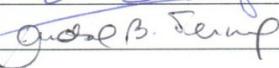
APENDICE B - TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto

<p align="center">CARGA DE TRABALHO, ESTRESSE LABORAL E RESILIÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE INTERNAÇÃO PARA ADULTOS</p>	<p align="center">Cadastro no GPPG</p>
---	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 12 de abril de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Sônia Beatriz Cóccaro de Souza	
Andréia Barcellos Teixeira Macedo	

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome _____

Telefone: _____

Gostaríamos de convidá-lo para participar do estudo denominado “**CARGA DE TRABALHO, ESTRESSE LABORAL E RESILIÊNCIA NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE INTERNAÇÃO PARA ADULTOS**”, vinculado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual possui como pesquisadoras a Prof^a. Dr^a Sônia Beatriz Cócáro de Souza e a mestranda Andréia Barcellos Teixeira Macedo (Telefones 33598601, 33598384)

Este trabalho possui como finalidade avaliar a relação entre carga de trabalho, estresse laboral e nível de resiliência nos profissionais de enfermagem que cuidam dos pacientes adultos internados em um Hospital Universitário de Porto Alegre.

Entende-se como Resiliência a habilidade do individuo em se adaptar ou se reconstruir a partir da adversidade, durante as fases do desenvolvimento da sua vida.

Este trabalho surgiu da necessidade de comprovar cientificamente, ou não, a observação empírica da prática das pesquisadoras. Observa-se a necessidade de cuidados cada vez mais complexos com os pacientes, o que pode ocasionar estresse laboral e sobrecarga funcional.

Você receberá dois questionários, os quais deverão ser preenchidos individualmente. Estes questionários poderão ser levados para casa e entregues no dia seguinte. Você não será submetido a entrevista ou qualquer outro procedimento por ocasião deste estudo.

Estamos cientes que você poderá ficar constrangido com o convite para participação e com as questões. Neste caso, você poderá se desligar da pesquisa a qualquer momento, o que não implicará em prejuízo profissional.

Os dados serão utilizados apenas para fins de pesquisa e elaboração de melhorias para a saúde dos trabalhadores da Enfermagem. Sua participação é voluntária.

Será mantido o anonimato do profissional, a privacidade dos dados e a garantia de que este trabalho não terá qualquer relação com avaliações de

desempenho. Também serão tomados estes cuidados quando da divulgação e publicação dos resultados.

Caso venham a surgir dúvidas, você poderá nos procurar nos telefones acima. Nos colocamos á disposição para todos os esclarecimentos que você precisar.

Declaro ter lido – ou me foi lido - as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, declaro concordar com a minha participação no estudo

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012

Assinatura do profissional

Contatos:Sônia Beatriz Cócáro de Souza fone 3359 8601

Andréia Barcellos Teixeira Macedo fone 3359 8384

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (51-33598304);

End.: Rua Ramiro Barcellos, 2350 Bom Fim Porto Alegre, RS



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120165

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

SONIA BEATRIZ COCCARO DE SOUZA
ANDREIA BARCELLOS TEIXEIRA MACEDO
PRISCILLA WOLFF MOREIRA
CAMILA FLORES PINTO
ANA PAULA GOSSMANN BORTOLETTI

Título: carga de trabalho, estresse laboral e resiliência em profissionais de enfermagem em um serviço de internação para adultos

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 26 de dezembro de 2012.


Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA