

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL: ESTRESSORES
LABORAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E
CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE**

ANA CLÁUDIA FERREIRA PINHEIRO COUTINHO

ARACAJU
Março - 2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL: ESTRESSORES
LABORAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E
CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE**

Dissertação de Mestrado
submetida à banca examinadora
como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em
Saúde e Ambiente, na área de
concentração em Saúde e
Ambiente.

ANA CLÁUDIA FERREIRA PINHEIRO COUTINHO
Orientadora: Prof.^a Marлизete Maldonado Vargas, D.Sc.

ARACAJU

Março – 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

C871u Coutinho, Ana Cláudia Ferreira Pinheiro

Unidade de Terapia Neonatal: Estressores Laborais da Equipe de Enfermagem e Caracterização do Ambiente / Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho; orientadora Marлизete Maldonado Vargas. – Aracaju, 2009.

84 p. : il.

Inclui bibliografia.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, 2009.

1. Enfermagem neonatal. 2. Neonatologia. 3. Estressores laborais. 4. Ambiente de trabalho. 5. Saúde do trabalhador. I. Vargas, Marлизete Maldonado. II. Título.

CDU: 616-083-053.3

**UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL: ESTRESSORES LABORAIS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM E CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE**

Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E
AMBIENTE

Aprovada por:

Dr^a Marлизete Maldonado Vargas

Orientadora

Dr^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Titular

Dr^a Edilene Curvelo Hora

Titular

Dr^a Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo

Suplente

Dr^a Valmira dos Santos

Suplente

ARACAJU

Março - 2009

Dedico este trabalho a Deus,
à minha família e aos meus
verdadeiros amigos.

AGRADECIMENTOS

Ao **meu esposo**, Aloan, por tentar sempre entender e colaborar com minhas aspirações profissionais.

Aos **meus filhos**, Ana Luísa e Arthur, que apesar da inocência e conflitos interiores, “entenderam” que “a mamãe precisa estudar”.

À **minha MÃE**, Maria das Graças, pelo suporte em todos os aspectos; e também ao **meu PAI**, Augusto (in memorian), responsáveis pela minha existência.

Aos **meus irmãos**, Emanuel e Monique, seus pares e filhos, que mesmo à distância, me incentivaram.

A **todos os familiares e amigos** que torceram e me ajudaram nesta conquista.

À **Universidade Tiradentes** pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Aos **Professores do Mestrado** em Saúde e Ambiente por compartilhar conhecimentos.

À **Marlizete Maldonado**, minha orientadora, pelo apoio emocional nos momentos difíceis e por acreditar no meu potencial.

À **Valmira**, minha acolhedora, grande Enfermeira e Pesquisadora, minha admiração e gratidão por seu carinho, apoio e credibilidade.

À **Cristiane Cunha**, minha gratidão pela atenção e disponibilidade.

Aos **colegas do mestrado** pelo convívio e harmonia, mesmo nas adversidades.

À **Ana Paula Belizário, Ana Luíza e Isabela** pela honrosa amizade que me permitiram e pela “invasão” de seu lar, acolhendo-me, apoiando-me e incentivando-me SEMPRE.

À **Luciana e Analice** pelo carinho, amizade, boas conversas e gargalhadas.

À **Alessandra**, conterrânea e companheira (nas viagens que pareciam intermináveis), pelas conversas e ajuda contínua.

A **Gessivan e Regina**, pelo desprendimento e ajuda, pois foram os responsáveis pelo “ponta-pé” inicial deste processo.

A **Ricardo e Rosi** pela amizade de longas datas e pelos socorros científicos.

A **Hélio Júnior, Gabriela, Arthur e Rafaela**, que durante o processo seletivo me acolheram com presteza e torceram muito pela minha aprovação.

A **Valdemar, Symone, Matheus e Erick** que romperam a privacidade familiar, abriram as portas de sua casa e me proporcionaram condições de realizar este sonho.

À **Maternidade Escola Santa Mônica**, na ocasião **Dra. Maria Laura Brandão**, pelo apoio e parceria, permitindo minha redução de carga horária e a execução da pesquisa.

À **Equipe de Enfermagem da Unidade Neonatal** que colaborou, e aos que aceitaram participar da pesquisa, minha gratidão.

Ao **Igor Soares**, estagiário do ITP, por ter cooperado com esta pesquisa.

Às **minhas AMIGAS ENFERMEIRAS**: Viviane, Mércia, Ivone, Edja, Eliza, Rosa, Luciana, Sandra Márcia, Fátima e Dayse, que durante todo tempo me incentivaram, meu muito obrigada pelo apoio e colaboração.

Àqueles **Auxiliares/Técnicos de Enfermagem do Centro Cirúrgico/Recuperação Pós-anestésica do Hospital Geral do Estado**, que acompanharam todo processo e sempre ofereceram uma palavra de apoio, incentivo e conforto, quando me sentia fraca, de corpo e mente.

A todos que torceram por mim, meu MUITO OBRIGADA!!!

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
CAPÍTULO II. FATORES ESTRESSORES PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE NEONATAL DO ESTADO DE ALAGOAS	32
CAPÍTULO III. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE UMA UNIDADE NEONATAL	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
APÊNDICES	
Apêndice 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
Apêndice 2 - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ESTRESSORES EM AMBIENTE DE NEONATOLOGIA INDICADOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (IEANE)	71
Apêndice 3 - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE NEONATAL	74
ANEXOS.....	75

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Características dos profissionais lotados na Unidade Neonatal da Maternidade Santa Mônica Estado de Alagoas, segundo o sexo, a faixa etária e estado civil. Maceió-Al, 2009**38**

Tabela 2 – Características dos profissionais lotados na Unidade Neonatal da Maternidade Santa Mônica Estado de Alagoas, segundo categoria profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na Unidade e o apreço pelo trabalho com neonatos. Maceió-Al, 2009**39**

Quadro 1 - Fatores apontados como bastante ou altamente estressantes relacionados ao gerenciamento e cuidado do neonato na Unidade de Neonatologia de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas. Maceió-Al, 2009. **40**

Quadro 2 - Fatores apontados como bastante ou altamente estressantes relacionados ao processo e ambiente de trabalho na Unidade de Neonatologia de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas. Maceió-Al, 2009.**43**

Figura 1 – Planta baixa da Unidade Neonatal - Projeto Arquitetônico Maternidade Escola Santa Mônica, 2000. Maceió-Al, 2009.**55**

Quadro 3 – Resumo geral de observação do ambiente da unidade neonatal de uma maternidade pública do Estado de Alagoas. Maceió-Al, 2009.**57**

UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL: ESTRESSORES LABORAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE

Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho

Estudos têm apontado que o trabalho da enfermagem está entre os que mais geram estresse em seus profissionais, principalmente no âmbito hospitalar. O desenvolvimento de atividades do profissional de enfermagem em Unidade Neonatal é potencialmente estressante considerando o ambiente, as condições de trabalho, o sofrimento dos neonatos e a tensão, devido acontecimentos inesperados que exigem ação imediata. O objetivo deste estudo foi analisar os estressores laborais indicados por profissionais de enfermagem e caracterizar o ambiente de uma Unidade Neonatal. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem quali-quantitativa, realizado com 16 enfermeiros e 66 técnicos ou auxiliares de enfermagem, que estão no cuidado direto aos neonatos. Foram utilizados um instrumento de identificação de estressores no ambiente de neonatologia indicados por profissionais de enfermagem e um protocolo de observação do ambiente de trabalho da unidade de neonatologia. Os dados quantitativos foram trabalhados através de médias e desvio padrão, e os dados coletado por observação, através da análise e categorização dos conteúdos. As principais características da amostra apontam que quase totalidade dos profissionais é do sexo feminino, média de idade é de 35 anos, casadas, com tempo médio de formado de 8 anos, tempo médio de trabalho na Unidade Neonatal de 4,7 meses e quase a totalidade 95,1% gosta de trabalhar na Unidade Neonatal. Os fatores estressores que alcançaram os maiores percentuais por ordem de classificação foram os relacionados ao ambiente, processo de trabalho, questões gerenciais e cuidado com o neonato. As situações mais indicadas dessas quatro categorias foram: “espaço para movimentação de equipamentos” (94%), “trabalhar com aparelhos danificados (90,5%), “ser transferido de setor sem ser previamente consultado (89,2%) e “cuidar sozinho de neonatos que demandam cuidados complexos” (78,6%). Mostra que este ambiente apresenta várias características potencialmente geradoras de estresse.

Palavras-chave: enfermagem, neonatal, estressores, ambiente, saúde do trabalhador.

STRESSEFULL LABOR INDICATED BY NURSING PROFESSIONALS AND CHARACTERIZATION OF THE ENVIRONMENT OF A NEONATAL UNIT OF THE ALAGOAS STATE

Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho

Studies have pointed that the work of the nursing is one of the most that generates stress in ours professionals, mainly in the hospital scope. The development of activities of the professional of nursing in Neonatal Unit is potentially stressful considering the environment, the conditions of work, the suffering of the children and the tension due unexpected events that demand immediate action. The objective of this study was to analyze the labor stress causer observe indicated by nursing professionals and to characterize the environment of a Neonatal Unit of the State of Alagoas. One is about a descriptive, analytical study, with quality-quantitative boarding. It was used 16 nurses and 66 technicians or nurses aid, who are in the direct handling to the children. They had been used an Stress Causer Instrument Identification in the Neonatology Environment indicated by Nursing Professionals and Work Environment Comment Protocol of the Neonatology Unit. The data had been submitted to analyze of descriptive statistics, they had used variation, arithmetic mean, mode, analysis of content and classification of the comments. The main characteristics of the sample are in the majority of the feminine sex professionals, 35 years average of age, married, with graduate average time of 8 years, average time of work in the Neonatal Unit of 4,7 months and totality 95.1% almost likes to work in the UN. The stressful factors that had reached the most percentiles for classification order had been the related ones: environment, process of work, management and handling with the children. The situations more indicated for these four categories had been: " space for movement of equipments " (94%), " to work with damaged devices (90.5%), " to be transferred of sector without previously being consulted (89.2%) and " to take care alone of children that demand complexes cares " (78.6%). Sample that this environment presents you vary generating characteristics of stress.

Word-key: nursing, neonatal, stress causers, environment, worker health.

INTRODUÇÃO

O estresse pode ser definido como um desgaste geral do organismo, causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que o irritam, excitam, amedrontam, ou mesmo que o façam imensamente feliz (LIPP, 1999).

Diante desta definição e da vivência de trabalho na Unidade Neonatal de uma Maternidade Pública de Alagoas, aliada a situações e à observação de indícios de estresse na equipe de enfermagem que atua neste ambiente, é que surgiu o interesse em realizar este estudo, já que tem sido percebido o desgaste da equipe e insatisfação no desempenho das atividades, com consequente elevação do índice de absenteísmo, frequente *dobra* do turno de trabalho, que culmina em sobrecarga e adoecimento dos profissionais, provoca desarmonia no ambiente e solicitações constantes de transferência do setor.

Somados a estes fatos, há observações nos registros mostrando que o estresse relacionado ao ambiente de trabalho, o tipo de paciente assistido, as situações de desgaste emocional ou até a falta de afinidade com a profissão têm interferido no quadro clínico dos neonatos. Segundo Lira (2004), o trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é estressante para equipe porque fadiga pelo ritmo de trabalho, em geral, excessivo, lida com questões de vida e morte continuamente, questões éticas que impõem decisões frequentes e difíceis. O ambiente fechado, alto grau de exigência dos demais profissionais dos outros setores do Hospital, da família dos pacientes, e dos próprios colegas da equipe pode acarretar desestruturação dos profissionais.

Deste modo, este estudo analisará os fatores laborais que podem levar ao estresse no grupo de profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal (UN). Os resultados poderão contribuir com propostas (ações) que serão originadas de acordo com os estressores levantados pela pesquisa, poderão facilitar a tomada de decisões estratégicas em benefício destes profissionais, com consequente melhora do ambiente de trabalho, o que refletirá na qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos neonatos de alto risco, bem como no processo de recuperação mais hábil.

Objetivo geral

Analisar os estressores laborais indicados por profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal e caracterização do ambiente de trabalho.

De acordo com as normas do colegiado do Programa de Pós-graduação da UNIT, esta dissertação encontra-se organizada em capítulos e os resultados estão apresentados sob a forma de artigos. O primeiro capítulo apresenta a revisão bibliográfica, o segundo e o terceiro, artigos originados pela pesquisa e, por último, são apresentadas as considerações gerais da dissertação.

CAPÍTULO I. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Considerações Históricas de Neonatologia

O surgimento da Neonatologia é relatado por Avery, em 1984, em seu livro "Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido". Segundo este autor, a Neonatologia, como especialidade, surgiu na França. Um obstetra, Dr. Pierre Budin, resolveu estender suas preocupações além da sala de parto e criou o Ambulatório de Puericultura no Hospital Charité de Paris, em 1882, onde fez uma série de recomendações para os cuidados de um prematuro de 1000 gramas de peso, no seu livro *The Nursling* (1907). Em 1914, foi criado por um pediatra, Dr. Julius Hess, o primeiro centro de recém-nascidos prematuros no Hospital Michel Reese, em Chicago. Depois disso, foram criados vários outros centros, que seguiram os princípios dos obstetras, supra citados, para a segregação dos neonatos prematuros com a finalidade de lhes assegurar enfermeiras treinadas, dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções (AVERY, 1984).

O primeiro neonato prematuro com baixo peso extremo ao nascer, cuja sobrevivência está registrada, foi uma criança nascida na Nova Escócia em 1937 com apenas 420 gramas. Basicamente, nos primórdios da neonatologia, os cuidados dos prematuros consistiam em aquecimento, manuseio muito cuidadoso (individualizado) e alimentação (ZACONETA *et al.*, 2004).

Em 1960, criou-se nos EUA, em Yale, a primeira UTI Neonatal. Em 1963, o nascimento de um neonato de 34 semanas com 2100g, Patrick Bournier Kennedy, foi relevante ao avanço da Neonatologia, já que nasceu e logo depois morreu por DMH (doença da membrana hialina). Por ser filho do presidente John Kennedy, a medicina investiu passou a investir mais na Neonatologia (CARVALHO, 2004).

Foram desenvolvidas modernas incubadoras, sensores para frequências cardíaca e respiratória, monitores da saturação de oxigênio, aparelhos de geração de pressão positiva e ventilação mecânica, surfactante pulmonar, ventilação de alta frequência, óxido nítrico, ventilação líquida, etc. O êxito destas medidas encorajou o desenvolvimento de novos e custosos aparelhos que possibilitam a sobrevivência de neonatos muito prematuros, com peso de nascimento de 500, 700 ou 900 gramas. A

tecnologia que estes neonatos exigem é de ponta e obrigam aos profissionais, constante aprimoramento para lidar com uma aparelhagem cada vez mais complexa e onerosa (ZACONETA *et al.*, 2004).

A partir da década de 70 os pediatras, cirurgiões e anestesistas infantis defenderam a idéia do agrupamento de lactentes com patologias severas em unidades especiais, visando o tratamento mais eficaz. As maternidades para prematuros passaram a ser denominadas de maternidades de tratamento especial, depois como Unidade de Tratamento Intensivo para Neonatos (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004).

O progresso da Neonatologia está cada vez mais atrelado ao desenvolvimento de novas e mais modernas tecnologias capazes de manter neonatos, cada vez menores, vivos (CARVALHO, 2004).

À assistência ao neonato no Brasil começou no início do século XX, baseada nos métodos estrangeiros sob influências dos países mais desenvolvidos. O médico Arthur Moncorvo Filho criou o Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio de Janeiro em 1899, que funcionou efetivamente em 1901. Era destinado à assistência de crianças até 14 anos sem distinção de raça ou nacionalidade, desde a sua vida intrauterina (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004).

Segundo Barbosa e Oliveira (2002), a partir dos estudos dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Morpurgo e reflexão destes sobre os notáveis resultados obtidos com as incubadoras no cuidado aos prematuros no exterior, o diretor do Dispensário Moncorvo recebeu uma proposta de criar um serviço de incubadoras nesta instituição que, em 1903, já possuía 2 incubadoras. Os cuidados desenvolvidos para os neonatos e, em especial, para os prematuros adicionados do desenvolvimento de cuidados pré-natais específicos foram os introdutores de uma assistência de qualidade e responsáveis pela redução da morbimortalidade peri e neonatal (NOVAES, 1990).

A necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamentos Intensivos só foi oficializada no final do século XX, em 1998, com a publicação da Portaria Ministerial N° 3432 (Cf. Anexo A) (BRASIL, MS, 1998). Posteriormente, esta assistência neonatal foi assegurada através da Portaria Ministerial 1901 (Cf. Anexo B) (BRASIL, MS, 1999).

Em Alagoas, até o início da década de 80, os neonatos prematuros que necessitavam de cuidados “especializados” eram assistidos em clínicas pediátricas, que, apesar de todo esforço dos profissionais, a maioria não tinha preparo técnico para oferecer cuidados adequados à clientela.

A demanda foi aumentando e a necessidade de existência de um serviço especializado para oferecer cuidados intensivos neonatais à população alagoana, tornou-se imprescindível. Com a construção do Hospital do Serviço Social da Indústria - SESI - (atualmente, Hospital Memorial Arthur Ramos - HMAR), surgiu a oportunidade de proporcionar este atendimento especializado aos neonatos prematuros e/ou com patologias congênitas, através do projeto das médicas neonatologistas, Dra. Nadja Valéria e sua colega. Foram criados os primeiros leitos de UTIN do Estado de Alagoas, que inicialmente possuía equipe multiprofissional formada por neonatologistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, e que hoje, mais ampliada, conta também com fisioterapeutas, cirurgiões pediátricos, pneumopediatra, radiologista, psicólogo, dentre outros. Atendia exclusivamente ao setor privado e, atualmente, oferece suporte ao SUS, quando há superlotação nas UTIN neonatais públicas.

Posteriormente, as neonatologistas supra mencionadas, junto com outros profissionais, inclusive de outras categorias, implantaram no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, leitos de UTIN para atendimento público aos neonatos do Estado de Alagoas, que se tornou referência estadual para portadores das mais diversas patologias neonatais, atendendo exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Com equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, neonatologistas, auxiliares/técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, cirurgiões pediátricos, cardiopediatras e neurocirurgiões ¹.

A maternidade Alba Mendes Muniz Falcão, inaugurada em 24 de março de 1964, passou a ser denominada, alguns meses depois, de Maternidade Santa Mônica. No período entre 1970 a 1986 a maternidade foi ampliada e reformada. Foi construído o ambulatório de ginecologia, obstetrícia e pediatria com o auditório em anexo para as práticas educativas, ampliando assim o atendimento às gestantes, parturientes e neonatos e disponibilizando 80 leitos para internamentos e sendo rebatizada de Casa Maternal Santa Mônica. A Casa Maternal Santa Mônica passou a ser referência Estadual para pacientes de alto risco, a partir de 1989, onde houve significativa

¹ Conforme dados colhidos através de entrevista com a ex-coordenadora do serviço de neonatologia do referido Hospital, Dra. Nadja Valéria Gazzaneo, concedida em 29/01/09.

melhoria e crescimento em nível profissional e administrativo, pois a equipe multiprofissional aumentou, reorganizando e redirecionando uma nova proposta de trabalho para melhor atender a grande demanda. E, para melhor assistir os neonatos prematuros, foi instalado o Banco de Leite Humano Dr. Carlos Perdigão.

De 1989 a 1994 a maternidade passou a integrar a antiga Fundação Governador Lamenha Filho (FUNGLAF), sendo transformada em Maternidade Escola e recebendo alunos de graduação do curso de medicina da Escola de Ciências Médicas de Alagoas (ECMAL). Houve o cadastramento pelo Sistema Único de Saúde, dando direito ao repasse de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) e ainda, aquisição de 03 viaturas.

O início da grande reforma e ampliação do berçário, maternidade e ambulatório aconteceu em 2000. Reinaugurados no ano seguinte, o Ambulatório e a Maternidade passaram a disponibilizar 102 leitos para o pré-parto e enfermarias, 06 leitos para UTI Materna e 43 leitos para Unidade Neonatal, sendo 32 leitos para UCI Neonatal e 11 leitos para UTI Neonatal e mais 06 leitos de Enfermaria Canguru. Em virtude da ampliação, fez-se necessário o aumento do quadro de profissionais de todas as categorias, através de processo seletivo e hoje possui equipe multidisciplinar composta por auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos (neonatologistas, cardiopediatras, neuropediatras, endocrinopediatras e cirurgiões pediátricos), nutricionistas e colaboradores da higienização e limpeza, além dos estudantes/estagiários de diversas categorias.

Atualmente, tem cadastrados no Ministério da Saúde 36 leitos para UCI Neonatal e 18, para UTI Neonatal, totalizando 54 leitos para os neonatos portadores das mais diversas patologias neonatais, nascidos na Maternidade e/ou transferidos de outras Instituições, uma vez que é referência estadual para neonatos de alto risco. Por isso, frequentemente, esta taxa de ocupação está acima de 100%, infringindo as normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Vale ressaltar que, em virtude de ser Maternidade Pública de referência estadual para gestantes e neonatos de alto risco, possui características muito peculiares. Em se tratando de oportunidades, oferece assistência integral voltada à sua clientela e aprendizado a todos os que fazem parte da equipe multiprofissional, quer seja efetiva ou temporariamente, que, por vezes, podem ser únicas².

² Conforme levantado no site institucional: <http://mesm.uncisal.edu.br/>

1.2 Ambiente de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador

Desde a Grécia Antiga, já se compreendia que a saúde era resultante da harmonia dos homens e dos ambientes. Para atingir a harmonia perfeita buscavam promover ações preventivas que mantivessem o equilíbrio dos elementos da natureza. Daí as concepções dos conceitos de higiene e higienização, voltados sempre às ações de promoção à saúde e ao bem-estar, principalmente da coletividade (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003). Em meados do século XIX Florence Nightingale, ao reconhecer a importância do ambiente sobre a saúde e bem-estar, instituiu as bases da enfermagem considerando o ambiente (TORRES, 2000).

A percepção ambiental – elo inicial da sequência de processos psicológicos presentes em nossas interações com os ambientes – se distingue da percepção do objeto pelas condições de “imersão” do percebedor (ou sujeito) no tempo e espaço do ambiente percebido (ou objeto) que o circunda, contém e abraça de modo que nada ou ninguém pode ser isolado ou apontado como estando fora, ou à parte dele (GHUNTER *et al.*, 2004).

Para os pesquisadores Burt e Miller (1973), citado por Ladeira (1996), os principais fatores que predispõem às fadigas crônicas do trabalhador, tanto física como mental, se devem: “aos períodos de pausa insuficientes para o descanso regular do empregado, à posição estática do trabalhador em seu posto de trabalho e ao cumprimento das suas atividades de labor em ambientes insalubres e inadequados, relacionados aos níveis de iluminação, calor, ruído, ventilação e umidade”.

Assunção (2003) refere que a saúde dos trabalhadores é alterada no contexto da reestruturação produtiva que deriva de um ambiente social, político e econômico marcado pelas crises dos anos 60 e 70, já que nos ambientes de trabalho, as circunstâncias em que o trabalhador se encontra para operar são incoerentes com os objetivos da qualidade da produção e incompatíveis com suas características e necessidades humanas para realizar tarefas.

Diversos são os fatores de risco associados à precarização no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, dentre eles, o estresse, os acidentes de trabalho, o ambiente insalubre, a competição intensa, o trabalho noturno, a baixa remuneração, (tendo como consequência a necessidade de diversos empregos), os desgastes físico

e mental e doenças físicas como tendinites, gastrites, úlceras, hipertensão arterial e cefaléias, provocando também um afastamento social e familiar (GUEDES, 2008).

Moreno *et al.* (2003) relatou que há múltiplos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho de naturezas variadas (física, química, biológica e organizacional) estão relacionados a uma grande variedade de perturbações de ordem física e psicossocial. Alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas ou comportamentais remetem ao estresse que representa a resposta generalizada do organismo às exigências ambientais (SANTOS *et al.*, 2006).

Buss (2000) refere que a criação de ambientes favoráveis à saúde implica no reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. Considerando estas questões, o Ministério da Saúde (2004) estabeleceu, de acordo com a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), a ambiência hospitalar que busca possibilitar a reflexão dos sujeitos e do processo de trabalho, pois trata-se do tratamento oferecido ao espaço físico, levando em conta espaço social, profissional e das relações interpessoais, a fim de proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia – procurando garantir conforto aos trabalhadores, pacientes e membros sociais, pois serve como ferramenta facilitadora para o processo de trabalho funcional.

1.3. Estresse

Na década de 30 do século passado, iniciaram-se estudos realizados por Hans Selye, considerado o pai dessa linha de pesquisa, que observavam pacientes, embora portadores de diferentes diagnósticos, apresentavam reações orgânicas idênticas, à síndrome de estar doente, constituída de perda de peso, fadiga, dores, distúrbio gastrointestinal. Em 1936 publicou resultados de sua primeira pesquisa, sendo altamente criticado e desacreditado. Após vinte anos de seus primeiros resultados, publicava o livro “The Stress of Life”, onde explicava o mecanismo bioquímico da doença do estresse ou da adaptação. Para Selye, estresse é uma reação inespecífica do corpo a qualquer demanda e ele descreveu como a síndrome geral de adaptação (SAG) que compreende três fases: reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão (SELYE, 1956).

Citado por Carlotto e Câmara (2004), Freudenberger, médico psicanalista, em meados dos anos 70, descreveu que o sentimento de fracasso e exaustão causado

por um excessivo desgaste de energia e recursos desencadeava o fenômeno, ao qual denominou de *Burnout*. Ao continuar os estudos, ainda nesta mesma década, complementou-os incluindo, em sua definição, comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade.

Segundo Guyton e Hall (2002), o estresse mental ou físico excita o sistema nervoso simpático que fornece uma ativação extra ao corpo. Imediatamente há um aumento da capacidade de realizar atividade muscular vigorosa, ou seja, ocorre aumento da pressão arterial, do fluxo sanguíneo para os músculos ativos e concomitante diminuição do fluxo sanguíneo para trato intestinal e rins; aumentam o metabolismo celular em todo corpo, a concentração de glicose no sangue, há aumento da glicólise no fígado e músculo, da força muscular, da atividade mental e da velocidade de coagulação do sangue, provocando uma descarga em massa de grandes porções neste sistema.

A busca da produtividade a qualquer custo esbarrou nos limites do próprio ser humano e resultou no aumento do seu sofrimento. Esse foi o terreno que propiciou a Teoria do Estresse, ou seja, ela nasce no contexto da explosão da produção e do consumo. Daquela época até o presente, mudanças substanciais e significativas têm sido implantadas no mundo do trabalho. Avanços tecnológicos importantes têm sido conquistados, mas permanecem como desafio à falta de motivação, o desamparo, à desesperança, à passividade, à alienação, à depressão, à fadiga, o estresse e, agora, o *Burnout* (MUROFUSE *et al.*, 2005).

O estresse relaciona-se diretamente com a produtividade do indivíduo. Uma pessoa que não tem estresse não produz, pois ela acaba não sintetizando adrenalina, tornando-se uma pessoa apática, desanimada, totalmente improdutiva. Portanto, quanto mais estresse, maior produção de adrenalina, conseqüentemente maior produtividade. Quando o estresse extrapola o limite do indivíduo, seu rendimento começa a diminuir, e ele pode contrair doenças ou até mesmo morrer (PAFARO e MARTINO, 2004).

Todos os trabalhadores podem estar expostos ao estresse no trabalho, mas, algumas profissões, como é o caso da enfermagem, por lidarem constantemente com o sofrimento, a dor e a morte, num ambiente de grande tensão; o trabalho em turnos e a dupla ou tripla jornada de trabalho predispõe mais estes trabalhadores a desencadear o processo de estresse, pois tais características podem levar a maior exaustão emocional, comprometendo sua qualidade de vida (PAFARO e MARTINO, 2004; CAMELO, 2006).

Estudo realizado em mil novecentos e setenta, com enfermeiros, mostrou que situações como o contato frequente com pessoas fisicamente doentes; a incerteza do restabelecimento do paciente; o cuidar de pacientes com doenças incuráveis; o confronto com a realidade do sofrimento e da morte e a execução de tarefas repulsivas, desgastantes e aterrorizantes foram identificados como fatores geradores de estresse (LABATE *et al.*, 2001).

De acordo com Cox (1987), citado por Lautert *et al.* (1999), na sociedade moderna, o estresse ocupacional pode ser enfrentado sob a perspectiva transacional, onde existe uma interação entre o indivíduo e a situação estressante determinada pela percepção que o trabalhador tem das demandas existentes no ambiente de trabalho e por sua habilidade para enfrentá-las.

Tem-se observado no cotidiano que o ambiente de trabalho, associado ao estresse, tem ocasionado aumento do absenteísmo e a insatisfação no trabalho, vem provocando desgaste entre os membros da equipe, com conseqüente aumento da sobrecarga de trabalho. Isto tem levado a replanejamentos constantes utilizando estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho, ou seja, “a carga de trabalho, a duração da jornada, (...), a organização, o conteúdo do trabalho e a escolha da tecnologia (MENDES, 1988). Tais estratégias tendem a melhorar a qualidade das condições de trabalho, porém, esta reestruturação exige que o trabalhador seja mais participativo, escolarizado e polivalente” (MONTEIRO, 1995).

Diante da exposição dos profissionais a diversos fatores, observa-se que do ponto de vista sanitário, a realidade traz um novo perfil de morbi-mortalidade para estes profissionais. Além das doenças e acidentes associados à organização taylorista/fordista, hoje agrega-se a tendência de mudança deste perfil em que predominam doenças não reconhecidas como do trabalho, à medida que a organização (japonesa) do trabalho é o novo paradigma mundial e dele fazem parte a informática, a automação, a polivalência, a restrição hierárquica, o enxugamento do efetivo (downsizing), o desemprego, etc. (ANTUNES, 1995).

A aceleração do ritmo, da complexidade e da intensidade do trabalho, associadas à organização do trabalho autoritária e inflexível, conduzem a um aumento da carga de trabalho e ao desgaste dos trabalhadores, introduzindo novos elementos determinantes da saúde-doença e, conseqüentemente, alterando o quadro da morbi-mortalidade relacionada ao trabalho (DANTAS, 2004).

Este processo tem provocado alerta à população, pois vem apresentando reflexos na saúde e segurança do trabalhador, em virtude das mudanças tecnológicas

e da gestão organizacional, da maior complexibilidade das atribuições e responsabilidade em todos os níveis, do aumento da exigência de qualificação e atribuição de novas competências, da transitoriedade e precarização do emprego, gerando em muitos trabalhadores a *Síndrome de Burnout*, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. Roquayrol e Almeida Filho (2003): “o agregado total resultante da estrutura sinérgica de todas as condições e influências indiretas – próximas ou distantes - socioeconômicos, culturais e ecológicos, e pelos agentes que têm acesso direto ao bioquismo e às funções vitais do ser vivo, perturbando-o, constituem o ambiente gerador de doença”.

O termo *Burnout* ainda não está tão disseminado e popularizado como o Estresse, porém precisa ser considerado como um problema internacional, pois não é privilégio de uma específica realidade social, educacional ou cultural. Esta Síndrome vem acometendo trabalhadores, desde o final do século passado, e continua a se tornar cada vez mais frequente na sociedade atual. Muitas vezes não há o diagnóstico adequado e encaminhamento necessário, sendo tratada indevidamente conforme outros diagnósticos como depressão ou ansiedade (MUROFUSE *et al.*, 2005).

Diante de tantos processos que alteram o comportamento humano e, conseqüentemente, da sociedade mundial, em 1972, na Suécia, pela primeira vez na história mundial, a Conferência de Estocolmo reuniu representantes das diversas nações para discutir sobre o Desenvolvimento e Meio Ambiente Humano, uma vez que as preocupações com crescimento/desenvolvimento dos países *versus* a degradação do meio ambiente passaram a inquietar os especialistas, pois entendeu-se que o homem é o centro da relação entre o homem-meio ambiente, mas este estava esgotando os recursos naturais, que por muito tempo foram considerados inesgotáveis. A partir deste entendimento percebeu-se a importância da existência de políticas voltadas ao crescimento econômico e populacional com equilíbrio, levando o homem, obrigatoriamente, a refletir sobre suas atitudes e discutir sobre a necessidade urgente de mudança de comportamento, a fim de preservar sua própria existência (GODOY, 2007).

Em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (antiga União da República Socialista Soviética - URSS, atual Rússia) que começou a vislumbrar a necessidade de cooperação entre as nações, a fim de que os direitos aos cuidados primários à saúde fossem assegurados; desta forma existiria a garantia de que todos os indivíduos, independente de raça, cor, classe social ou religião, atingiriam um nível de saúde elevado, permitindo-lhes

desenvolvimento econômico e social, individual e coletivo, que levaria a contribuir para melhor qualidade de vida, que culmina com a Declaração que enfatiza a saúde como um direito humano fundamental (BRASIL, MS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS-1979) advogou a estratégia de necessidade de se desenvolver programas especiais de atenção à saúde dos trabalhadores, visando melhorias nas condições de qualidade de vida e trabalho nos países em desenvolvimento (FREITAS *et al.*, 1985).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, novembro de 1986, apresentou a Carta de Intenções, prevendo que se atingiria saúde para todos no Ano 2000 e subsequentes, passou a visualizar a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle do processo para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos, pois devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (AS CARTAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 2006).

Na Constituição Federal Brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, seção II, da saúde, os artigos 196 e 200 tratam respectivamente, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e ainda, “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.” Torna-se dever do Estado a efetivação de políticas públicas que visem e enfatizem a saúde do trabalhador (BRASIL, MS, 1988).

Mas, apesar da busca constante por estratégias que melhorem a qualidade de vida dos indivíduos, o tempo é precioso e tornou-se um fator de estresse significativo para a sociedade atual, já que as tecnologias se modernizam buscando a cada dia aprimorar-se, de modo que o homem “utilize” cada vez mais seu tempo profissionalmente, não se permitindo o direito ao tempo livre utilizando-o para si mesmo, levando-o muitas vezes ao esgotamento físico e emocional, desordens gastrointestinais ou até infartos do miocárdio, reflexos de uma sociedade dominada pelo trabalho (PLATTNER, 1995).

Laurell e Noriega (1989) ressaltaram que a concepção de qualidade de vida envolve questões intrinsecamente ligadas às novas tecnologias e seu impacto para

saúde e meio ambiente como criatividade, autonomia, grau de controle e quantidade de poder dos trabalhadores sobre os processos de trabalho. É preciso compreender que as transformações ocorridas no mundo do trabalho, também levaram às mudanças nas relações sociais e de trabalho, afetando o bem-estar físico e mental dos trabalhadores e dos grupos sociais de que fazem parte (MUROFUSE *et al.*, 2005).

Evidencia-se que, nas últimas décadas, o Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de ações voltadas à Promoção da Saúde, buscando por em prática estratégias efetivas para melhorar os índices de morbimortalidade, que servem também como indicadores para qualidade de vida da população. Como estes índices ainda estavam distantes de serem alcançados, em 2006, o Ministério da Saúde, sob a portaria ministerial nº687, publicou a Política Nacional de Promoção de Saúde, que tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados a seus determinantes e condicionantes – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, MS, 2006).

1.4. O estresse e a enfermagem

A explosão da produção e do consumo, de acordo com momento histórico e específico do capitalismo, levou a sociedade a preocupar-se com a qualidade de vida, buscando refletir mais sobre conceitos e valores da saúde. Assim, as exigências da sociedade, em relação aos serviços de saúde e educação, passaram a aumentar, de modo que as cobranças tornaram-se maiores. No campo da enfermagem, esta situação contrapõe-se às condições de trabalho, que continuam as mesmas desencadeando conflitos constantes, uma vez que desconsidera a individualidade dos profissionais. Este fato pode ser potencializador de estresse, pois o enfrentamento diante das situações de conflito, individual ou coletivo, depende dos limites e possibilidades de cada indivíduo, de acordo com o contexto em que está inserido (MUROFUSE, *et al.*, 2005).

Na enfermagem, vive-se uma realidade de trabalho cansativo e com muito desgaste, devido à convivência com a dor e sofrimento dos clientes. Se o indivíduo não souber equilibrar bem essa situação, utilizando-se de mecanismos de transferência, pode acometer um estado de ansiedade que, quando excede o nível mínimo, leva à diminuição da capacidade de tomar decisões, incorre em erros adicionais, gerando, assim, um círculo vicioso e consequentes níveis progressivos de estresse (DE MARTINO e MISKO, 2004).

Batista e Bianchi (2006) perceberam que o estresse no trabalho ocorre quando o ambiente é percebido como uma ameaça ao indivíduo, repercutindo no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento.

Segundo Lautert *et al.* (1999), o estresse tem causado alterações imunológicas, músculo-articulares, cardiovasculares e gastrintestinais à saúde dos profissionais de enfermagem, possivelmente relacionadas à sobrecarga de trabalho, uma vez que o desajustamento nos horários habituais dos membros da equipe de enfermagem é uma questão que necessita, hoje, de maiores investigações, já que a existência do relógio biológico e dos mecanismos que podem alterá-los - o trabalho em turnos, as condições de trabalho, o ambiente e os setores, em particular, as unidades de tratamentos críticos - têm como consequência, alterações no estado emocional. Este fato leva à necessidade de reflexão sobre as condições, em que o trabalho destes profissionais é desenvolvido na instituição, já que têm levado a uma crise existencial no ofício da enfermagem, provocando em seus profissionais sentimentos de insatisfação, ansiedade, desestímulo e acomodação por não visualizarem, no futuro, uma perspectiva de avanço que pode interferir no estado psicoemocional do sujeito; bem como o desejo de trocar de profissão (DE MARTINO e MISKO, 2004; ILHAN *et al.*, 2007).

A enfermagem encontra-se no grupo das profissões consideradas estressantes, pois as demandas são muitas e o controle sobre as atividades é baixo. Em virtude deste fato, constatou-se a necessidade de implantação de programas específicos de gerenciamento do estresse, considerando o ambiente laboral de cada serviço, a organização de trabalho e a individualidade profissional, a fim de restaurar o equilíbrio e a capacidade funcional do trabalhador, na tentativa de reduzir o estresse no ambiente de trabalho (CAMELO, 2006).

Ferrareze *et al.* (2006) reafirmaram a enfermagem como profissão estressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho de suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos. Os estressores mais severos aos profissionais de enfermagem estão relacionados às condições de trabalho para o desempenho das funções. Com ênfase a categoria de enfermeiros que, além das atribuições em sua área de atuação específica, coordena a equipe de enfermagem e, em alguns casos, tem também função administrativa na instituição (BIANCHI, 1990).

O trabalho na enfermagem tem se apresentado como fonte de prazer, mas, também, de sofrimento. Apresenta-se como fonte de prazer quando permite o desenvolvimento das potencialidades humanas, libera o trabalhador para criar e executar o próprio trabalho, favorecendo os laços cognitivos e técnicos com o resultado de sua atividade laboral, levando-o à sua satisfação, à conscientização de seu papel não só para a organização na qual trabalha, mas, também, para a sociedade onde está inserido. Ao contrário, quando este tem por fim único a mercadoria ou o serviço prestado, pode reprimir as potencialidades humanas e, conseqüentemente, gerar alienação, estranhamento, insatisfação, angústia e sofrimento psíquico (GOMES *et al.*, 2006).

Santos *et al.* (2006) ressaltaram que, o ambiente de terapia intensiva é agravante do estresse, pois além dos motivos inerentes à enfermagem de modo geral, tais como o ambiente ruidoso devido ao excesso de pessoas transitando em espaço exíguo e alarmes sonoros disparando a todo instante, a especificidade do cuidado, o controle e as intervenções ao paciente crítico face à instabilidade do quadro clínico durante as vinte e quatro horas do dia, a precariedade das condições de trabalho, no que se refere aos recursos humanos e materiais potencializam ainda mais este ambiente como gerador de estresse aos profissionais de enfermagem, pois estas são as situações de visíveis desgastes psicofísicoemocionais.

Diversos autores (LIRA, 2004; GUERRER e BIANCHI, 2008) afirmaram que a equipe de profissionais que atua na UTIN é submetida a vários fatores estressores, por ser o ritmo de trabalho muito intenso e exaustivo. Há uma exigibilidade crescente de eficiência e atualização de conhecimento. Estes fatores têm demonstrado que quanto mais o profissional de enfermagem se especializa, maior é o nível de estresse apresentado, pois este exige mais de si mesmo, em virtude do conhecimento adquirido. É necessário ter habilidade no manuseio dos neonatos, na execução da técnica. Todos esses fatores têm acarretado conseqüências aos pacientes, familiares e equipes das UTIN.

Para Spíndola e Santos (2005), o trabalho de enfermagem, especialmente em UTI, demanda grande esforço físico e mental. As equipes, compostas majoritariamente por profissionais do sexo feminino, se deparam com diversos estressores que vão desde questões relacionadas à vida cotidiana até ao nível de complexidade das intervenções. A maioria tem dupla ou tripla jornada de trabalho e ajuda ou assume sozinha o sustento da família; depara-se, também, com o excesso de trabalho, e complexidade de tarefas; imprevisibilidade do estado geral dos pacientes; contato constante com o sofrimento do outro e a convivência diária com a morte e o morrer.

Todos estes fatores tendem a levar estes profissionais a desenvolverem alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas ou comportamentais. Trata-se de um mecanismo fisiológico inerente, que prepara o organismo para reagir às demandas externas e exigências internas de resolução. Um fator estressante é, por definição, uma influência ou um agente ambiental que produz uma resposta no organismo além do este que estaria adaptado para fazê-lo (SANTOS *et al.*, 2006).

Referências

ANTUNES, R.C. Adeus ao trabalho?: Ensaio Sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. Cortez/Unicamp São Paulo - Campinas, p. 155, 1995. Capturado em 06 de julho de 2007.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8 (4), p.1005-1018, 2003. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232003000400022&script=sci_abstract&tlng=pt. Capturado em 06 de julho de 2007.

AVERY, G.B. *Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido*. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, p. 1035, 1984.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, I. C. S.O Advento das incubadoras no exterior e no Brasil: um ensaio histórico. *Pediatric Atual*, Rio de Janeiro, v.15, n.6, 2002. Capturado em 21 de setembro de 2008.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo 14(4): julho-agosto; p.534-9, 2006. <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Capturado em 06 de julho de 2007.

BIANCHI, E.R.F. **Estresse em Enfermagem: Análise da Atuação do Enfermeiro de Centro Cirúrgico**. Tese de Doutorado, USP/Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção de Saúde, 2006. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_Mpdf. Capturado em 06 de dezembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial N° 3432, 1998. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab99/gab99.htm>. Capturado em 22 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial N° 1091, 1999. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab99/gab99.htm>. Capturado em 22 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência – Brasília, 2004. http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf. Capturado em 28 de fevereiro de 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm – Capturado em 06 de dezembro de 2007.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.5, p.163-177, 2000. Capturado em 26 de abril de 2007.

CAMELO, S.H.H. Estresse e a atividade ocupacional do enfermeiro hospitalar. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v.20, n.1/2/3, p. 69-77, 2006. Capturado em 26 de abril de 2007.

CARLOTO, M.S; CÂMARA, S.G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, v.9, n.3, p. 499-505, 2004. Capturado em 26 de abril de 2007.

CARVALHO, M. A influência do ambiente da UTI neonatal na assistência a recém-nascido de risco. 2004. www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc. Capturado em 20 de agosto de 2008.

DANTAS, J.U.; MENDES, R.; ARAÚJO, T.M. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. *Ver. Brás. Méd. Trab. Belo Horizonte*, v.2, n.1, p.55-68, 2004. Capturado em 12 de agosto de 2008.

DE MARTINO, M.M.F.; MISKO, M. D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 38 (2), p.161-7, 2004. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/107.pdf>. Capturado em 12 de agosto de 2008.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVAHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 19 (3), p. 310-15, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a09v19n3.pdf>. Capturado em 12 de agosto de 2008.

FREITAS, C.U.; LACAZ, F.A.C.; ROCHA, L.E. Saúde pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde*, 2(1), 3-10, 1985. Capturado em 23 de agosto de 2008.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 42(2), p.355-62, 2008. Capturado em 05 de fevereiro de 2009.

GODOY, A.M.G. A Conferência de Estocolmo – evolução histórica 2 - 1972. *Economia e meio ambiente*, 2007. http://amaliagodoy.blogspot.com/2007/09/desenvolvimento-sustentvel-evolucao_16.html. Capturado em 28 de fevereiro de 2009.

GOMES, G.C.; FILHO, W.D.L.; ERDMANN, A.L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14 (1), p.93-9, 2006. www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000100015. Capturado em 05 de fevereiro de 2009.

GUEDES, S.A.G. *Análise do grau de satisfação com as condições de trabalho dos profissionais do programa de saúde da família em Aracaju/Se*. Dissertação de Mestrado, UNIT, Aracaju, Se, Brasil, 2008.

GUNTHER, H.; PINHEIRO, J.Q.; GUZZO, R.S.L. *Psicologia ambiental. Entendendo as relações do homem com seu ambiente*. Campinas: Alínea, 2004.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002.

LABATE, R.C.; RIBEIRO, B.A.; BOSCO, A.G. O estresse de enfermeiro junto à pacientes com câncer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 243-7, 2001.

LADEIRA, Marcelo Bronzo. O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Revista de Administração*, São Paulo, 31, n.1, p.64-74, 1996. Capturado em 26 de abril de 2007.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário. *CEBES-HUCITEC*, São Paulo, p. 333, 1989. Capturado em 26 de abril de 2007.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Pan-americana de Saúde Pública*, 1999. Capturado em 26 de abril de 2007.

LIPP, M.E.N. *O stress está dentro de você*. 3 ed. São Paulo: Contexto, 1999.

LIRA, M.M.F.L. Assistência ao Recém-nascido de Risco. *Atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva neonatal*. 2 ed. 2004.

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA, disponível em: <http://mesm.uncisal.edu.br/>, consultado em 22 de setembro de 2008.

MENDES, R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização ocupacional no Brasil. *Rev.Bras.Saúde Ocupacional*. São Paulo, Brasil, 64 (16), p. 7-25, 1988.

MONTEIRO, M.S. *Gestão participativa no trabalho e saúde: um estudo de caso*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, Brasil, 1995.

MORENO, C.R.C.; FISCHER, F.M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), p.34-46, 2003. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005. Capturado em 12 de agosto de 2008.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), p.255-61, 2005. Capturado em 05 de maio de 2007.

NOVAES, H. M. D. Processo de desenvolvimento tecnológico em saúde; demanda e uso de tecnologia - o consumo hospitalar de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, 1990. Capturado em 21 de setembro de 2008.

PAFARO, R.C.; DE MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 38(2), p.152-60, 2004. Capturado em 05 de maio de 2007.

PLATTNER, I.E. *El estrés del tiempo. Un sufrimiento contemporáneo y su terapia*. Barcelona: Herder, 1995.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. - Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.6, n.2, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Capturado em 21 de setembro de 2008.

ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças*. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*, 6.ed. São Paulo: Medsi, 2003.

SANTOS, J.M.; OLIVEIRA, E.B.; MOREIRA, A.C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, dez., 2006. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-35522006000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=>. Capturado em 21 de setembro de 2008.

SELYE, H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956.

SPÍNDOLA, T., SANTOS, R.S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (2), p.156-60, 2005. Capturado em 15 de agosto de 2008.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B *et al. Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.338, 2000.

ZACONETA, C.M.; SIQUEIRA, A.P.R.; SIQUEIRA, F.R.; RAMOS, E.C. Neonatologia, a terceira onda. 2004. www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc. Capturado em 20 de agosto de 2008.

CAPÍTULO II. FATORES ESTRESSORES PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE NEONATAL

Resumo

Estudo descritivo com abordagem quantitativa cujo objetivo foi analisar os fatores estressores indicados por profissionais de enfermagem de uma Unidade de Neonatologia. A amostra constou de 68 auxiliares/técnicos e 16 enfermeiros assistenciais. Para a coleta de dados, utilizou-se um Instrumento Identificação de Estressores no Ambiente de Neonatologia indicados por Profissionais de Enfermagem. As principais características da amostra são: quase totalidade do sexo feminino, média de idade de 35 anos, casadas, com tempo médio de formado de 8 anos, tempo médio de trabalho na Unidade Neonatal de 4,7 meses e quase a totalidade 95,1% gosta de trabalhar na Unidade Neonatal. Os fatores estressores que alcançaram os maiores percentuais por ordem de classificação foram os relacionados ao ambiente, processo de trabalho, aspectos gerenciais e cuidados com o neonato. As situações mais indicadas dessas quatro categorias foram: “falta de espaço para movimentação de equipamentos” (94%), “trabalhar com aparelhos danificados” (90,5%), “ser transferido de setor sem prévia consulta” (89,2%) e “cuidar sozinho de neonatos que demandam cuidados complexos” (78,6%).

Palavras-chave: fatores estressores, equipe de enfermagem, unidade neonatal.

STRESS FACTORS FOR PROFESSIONALS OF NURSING IN NEONATAL UNIT

Abstract

Descriptive study with quantitative boarding whose objective was to analyze the factors stress causers indicated for professionals of nursing of a Neonatology Unit of the State of Alagoas. The sample consisted of 68 assistants/technician and 16 assistants nurses. For the collection of data, an instrument was used Identification of Stress Causers in the Environment of Neonatology indicated by Professionals of Nursing. The main characteristics of the sample are: almost totality of the feminine sex, 35 years average of age, married, with formed average time of 8 years, average time of work in the Neonatal Unit of 4,7 months and almost totality 95.1% likes to work in the UN. The stressful factors that had reached the most percentiles for classification order had been the related ones: environment, process of work, management and handling with the children. The situations more indicated for these four categories had been: " space for movement of equipments " (94%), " to work with damaged devices" (90.5%), " to be transferred of sector without previously being consulted" (89.2%) and " to take care alone of children that demand complexes cares " (78.6%).

Word-key: stress factors, nursing team, neonatal unit.

INTRODUÇÃO

Estudo realizado com enfermeiros, em mil novecentos e setenta, mostrou que situações como o contato frequente com pessoas fisicamente doentes; a incerteza do restabelecimento do paciente; o cuidar de pacientes com doenças incuráveis; o confronto com a realidade do sofrimento e da morte e a execução de tarefas repulsivas, desgastantes e aterrorizantes foram identificados como fatores geradores de estresse (LABATE *et al.*, 2001).

Estudos subsequentes, principalmente os desenvolvidos sob o enfoque da administração, da psicopatologia do trabalho, e da psicologia e da psicanálise, corroboraram para caracterizar a enfermagem como uma profissão estressante. E, por diversos fatores, seus profissionais se constituem em um grupo susceptível ao estresse (LADEIRA, 1996).

Este fato é extensivo à compreensão de que ser acadêmico de enfermagem é ser também um grupo vulnerável às situações estressoras diversas. Isto tem motivado o interesse pelo desenvolvimento de diversos estudos junto a esse alunado, tais como identificadas por Cruz e Hora (2009).

Para Hans Selye (1956), introdutor e pesquisador desse termo nas ciências da vida, o estresse é parte natural do funcionamento humano. Esse autor definiu o estresse como qualquer resposta de adaptação requerida à pessoa. Essa resposta adaptativa compromete a homeostase conceituada como um equilíbrio dinâmico e harmonioso. Nestas circunstâncias ocorre uma série de respostas adaptativas que se contrapõem aos efeitos dos estímulos estressantes, na tentativa de restabelecer a homeostasia.

Participa dessa resposta ao estresse o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e o sistema simpático adrenomedular, que são os componentes neuroendócrinos e neuronais. A liberação do cortisol a partir do córtex adrenal, das catecolaminas, a partir da medula adrenal, e da norepinefrina, a partir dos terminais nervosos, preparam o indivíduo para lidar com as demandas dos estressores metabólicos, físicos e/ou psicológicos e servem como mensageiros cerebrais para a regulação do sistema imunológico (SELYE, 1956; DEAK e STERNBERG, 2004).

Estudos produzidos na área da psiconeuroimunologia apontam evidências que revelam as comunicações bidirecionais entre os sistemas neuroendócrino, neurológico e o sistema imunológico. Muitos estudos também têm demonstrado que

uma variedade de estressores físicos e psicossociais podem alterar a resposta imune através dessas conexões (DEAK e STERNBERG, 2004).

Estudo subsequente colaborou para o entendimento desse fenômeno, e o estresse pode ser definido sob as perspectivas biológica, psicológica e ambiental (COHEN *et al.*, 1997). É visto como um fenômeno tipicamente relacional entre o indivíduo e as demandas do seu ambiente (LADEIRA, 1996), e tem sido concebido como um processo complexo e multidimensional, em que podem atuar estressores de várias naturezas, inclusive aqueles relacionados ao trabalho.

Estressor é caracterizado como o fator que provoca a quebra da homeostase interna e exige uma adaptação que pode ser positiva ou negativa, que causa no indivíduo a necessidade de despendar energia para se adequar a esse processo (CABRAL *et al.*, 1997). O fator ambiente interfere nessa resposta adaptativa.

Na enfermagem, deve-se à sua precursora Florence Nightingale o reconhecimento da influência do ambiente nas questões de saúde e bem-estar. Florence, por haver testemunhado no início de 1850, nos campos de guerra, a sujeira, a peste e a morte nos ambientes das enormes barracas que serviam de hospital, localizou seu foco na melhoria do ambiente. Através de tal ênfase, a taxa de mortalidade diminuiu de preocupantes 42 por cento para 22 por mil. Seus trabalhos escritos abordam elementos ambientais que perturbam a saúde, tais como a sujeira, a umidade, a baixa temperatura, as correntes de ar, os maus cheiros e a escuridão. Seus trabalhos abordam também a ventilação, o calor, as emanações, o barulho e a iluminação (TORRES, 2000).

Além do ambiente físico, Florence também se preocupou com o ambiente psicológico. O tédio era visto, por ela, como causador de sofrimento. Foi dada ênfase em oferecer-se ao paciente uma variedade de atividades que mantivesse sua mente estimulada. Reconheceu que era preciso variar o ambiente, mudar a cor das flores, quadros, proporcionando uma melhor recuperação do paciente. Defendia a leitura, o bordado, aparência atraente dos alimentos, a visão da luz solar para a diminuição do sofrimento (TORRES, 2000). Recomendava a inclusão de uma gaiola com passarinho na unidade do enfermo.

Embora o ambiente do paciente tenha sido o seu foco principal, elementos de sua teoria são hoje considerados importantes na composição de ambientes de trabalho, com vistas à redução dos fatores estressores que podem comprometer o resultado do desempenho das atividades, a saúde e bem estar dos trabalhadores e sua qualidade de vida (TORRES, 2000).

Com o paradigma da promoção da saúde, onde esta é vista como aspecto positivo da vida, tem sido crescente o reconhecimento da importância de considerar as condições do ambiente do trabalho para o alcance de um viver saudável. Esse reconhecimento pode beneficiar os trabalhadores da saúde, pois o viver saudável depende intrinsecamente da qualidade de vida humana e ambiental, onde se inclui o ambiente de trabalho. Reforçam que o ambiente é uma produção social que pode influenciar a saúde humana positiva ou negativamente, de modo individual ou coletivo, direta ou indiretamente. As autoras afirmam, também, que na prática da enfermagem o envolvimento com a questão ambiental favorece a possibilidade de trocar experiências, formular propostas e construir saberes fundamentais para a compreensão e a abrangência do cuidar (VARGAS e OLIVEIRA, 2007).

Alguns autores afirmam que enfermeiros de cuidados críticos estão mais propensos ao estresse. Outros, não diferenciam o nível de estresse de enfermeiros de cuidados críticos quando comparados com uma população normativa (STACCIARINI e TRÓCCOLI, 2001).

As causas de estresse em unidade neonatal se tornam mais significativas, haja vista a natureza e as características próprias do setor. Na unidade neonatal, os poluentes ambientais são inúmeros e frequentes, como os sinais sonoros produzidos pelas aparelhagens; a superexaustão física consequente ao desenvolvimento do trabalho em turnos, acarretando aumento da fadiga e da suscetibilidade às doenças e diminuição da vitalidade; a contaminação microbiológica resultante dos eventuais neonatos portadores de moléstias transmissíveis; a poluição eletromagnética causada pela proximidade constante com os equipamentos elétrico-eletrônicos, o estresse geopático, gerado por campos anormais de energia produzidos pelas tubulações hidráulicas e elétricas presentes nas paredes dos berçários (GOMES, et al 2006).

A importância do espaço físico adequado para o desenvolvimento das atividades laborais nas instituições de assistência à saúde foi, oficialmente, reconhecida no Brasil, mediante a Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2004). Essa política valoriza a ambiência e enfatiza a necessidade da melhoria das condições de trabalho em saúde, como expressão de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Além disso, propõe mudanças no modelo de gestão e gestão no processo de trabalho.

O processo de trabalho em saúde tem imposto aos trabalhadores da enfermagem, além do intenso uso do seu corpo e mente como instrumento do seu

trabalho, um ambiente insatisfatório para realização de suas atividades. Essa situação compromete a função do gerente tornando-a desafiadora, estressante e passível de desvio de seu foco principal, para atividades burocráticas. (GOMES *et al.*, 2006).

Face ao exposto, neste trabalho foram consideradas quatro categorias de fatores estressores: os gerenciais, os relacionados ao cuidado do neonato, ao processo de trabalho e aqueles referentes ao ambiente da Unidade Neonatal.

Este estudo teve como objetivo analisar os fatores estressores indicados por profissionais de uma Unidade Neonatal.

MÉTODO

Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, observacional; com abordagem quantitativa (MARCONI e LAKATOS, 2007), cuja coleta de dados, através de Instrumento de Identificação de Estressores em Neonatologia indicados por Profissionais de Enfermagem (IEANE – Cf. Apêndice 2), foi desenvolvida no período de setembro a outubro de 2008, com a equipe de enfermagem de uma Unidade Neonatal numa Maternidade Pública do Estado de Alagoas.

Cenário do estudo

Unidade Neonatal de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas, que possui 44 anos de existência e atende, exclusivamente, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta unidade é destinada ao atendimento de neonatos com até 28 dias de vida, em estado grave ou de risco, para receberem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados e com acesso a outras tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Esta unidade está classificada e cadastrada no SUS como tipo II (Cf. Anexo 1).

A Unidade possui uma equipe interdisciplinar composta por 111 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 21 enfermeiros, 16 fisioterapeutas, 01 psicólogo, fonoaudiólogos, 03 terapeutas ocupacionais, 38 médicos neonatologistas, 01 neuropediatra, 01 neurocirurgiã, 01 endocrinopediatra, 04 cirurgiões pediátricos, 02 nutricionistas e 05 colaboradores da higienização e limpeza, para atender integralmente ao neonato de alto risco.

Aspectos éticos da pesquisa

Em atendimento às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a autora submeteu o projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, do qual obteve aprovação mediante protocolo nº200308 (Cf. Anexo 3).

Os riscos desta pesquisa foram minimizados, a partir do momento que um participante da pesquisa apresentou indícios de estresse, indicando fase de exaustão e disponibilidade de receber ajuda. Este profissional foi encaminhado para atendimento psicossocial na própria instituição.

Casuística

A população constou da equipe de enfermagem formada por 17 enfermeiros, 90 auxiliares ou técnicos de enfermagem, sendo 16% e 84% do tamanho da população, respectivamente.

Amostra: cálculo amostral e critérios de inclusão e exclusão

A partir desta população, a amostra foi calculada através da fórmula de Barbetta (2004):

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2};$$
$$n = \frac{(N \cdot n_0)}{(1 + n_0)}, (N + n_0)$$

sendo:

N=tamanho da população;
E₀=erro amostral tolerável (0,05)²,
n₀=primeira aproximação do tamanho amostral;
n=tamanho da amostra

O resultado foi de 84 profissionais e, atendendo à proporcionalidade entre técnicos e enfermeiros, foram incluídos 16 (16%) enfermeiros e 68 (84%) técnicos ou auxiliares (independente do nível de aperfeiçoamento e/ou escolaridade, já que todos desempenham as mesmas atividades). Os critérios de inclusão adotados foram o profissional de enfermagem estar na assistência direta aos neonatos e aceitar livremente a participação da pesquisa após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cf. Apêndice 1). Foram excluídos os sujeitos que se encontravam afastados da Unidade Neonatal ou se recusaram a participar da pesquisa após esclarecimento. Dois profissionais se recusaram a participar da pesquisa. Portanto, a amostra constou de 82 profissionais.

Para caracterizar a amostra foram utilizados dados pessoais e profissionais. Os dados pessoais: gênero, idade, estado civil; e os profissionais: categoria profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na unidade neonatal, gostar de trabalhar na unidade e trabalhar em outra instituição.

Instrumentos/Técnica de coleta de dados

A literatura apresenta alguns instrumentos de identificação de fatores estressores voltados a profissionais que prestam assistência a pacientes adultos em unidade de cuidados críticos. Por este motivo, percebeu-se a necessidade de adaptar um instrumento que pudesse atender às características do trabalho técnico desenvolvido em Unidade Neonatal.

Para atender os objetivos estabelecidos, foi utilizado um Instrumento Identificação de Estressores no Ambiente de Neonatologia indicados por Profissionais de Enfermagem – IEANE - (Cf. Apêndice 2).

O Instrumento Identificação de Estressores no Ambiente de Neonatologia indicados por Profissionais de Enfermagem foi adaptado do Inventário de Santos (2004), acrescido de conteúdos relacionados ao ambiente de trabalho em neonatologia conforme literatura, e validado por cinco juízes independentes com experiência no tema, através de uma escala para análise e pontuação. Em seguida, elaborou-se tabela dos resultados das avaliações e reformulação do instrumento após a exclusão e modificação de itens que apresentaram incongruência na avaliação dos juízes independentes. Concluído o processo de validação de conteúdo, procedeu-se o pré-teste do instrumento com aplicação e consolidação dos dados com dez profissionais do local do estudo que não participaram da amostra, realizando-se, assim, o procedimento de calibração do instrumento.

Procedeu-se, em seguida, a coleta de dados dos participantes da amostra, em atendimento aos critérios de inclusão e exclusão. Estes foram informados de todos os riscos, benefícios e procedimentos básicos da coleta antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Em seguida, o instrumento foi respondido pelos participantes no ambiente de trabalho, em momento em que estava disponível.

Após a coleta, os dados quantitativos foram organizados num banco do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0, e utilizados cálculos de estatística descritiva, frequência absoluta e percentual, média e desvio padrão. Com relação aos dados de observação do ambiente, foi realizada análise de conteúdo com o levantamento de unidades de significados de cada item observados e

agrupados em categorias das expressões ou conteúdos descritos em todos os protocolos de observação ou na maioria absoluta deles.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em atendimento aos objetivos do estudo, fez-se a caracterização da amostra com o intuito de identificar aspectos que pudessem estar relacionados à classificação de situações consideradas fatores estressores.

Tabela 1 – Características dos profissionais lotados na Unidade Neonatal da Maternidade Santa Mônica Estado de Alagoas, segundo o sexo e a faixa etária, estado civil. Aracaju-Sergipe, 2009.

Variáveis	Frequência	%	Média	Desvio Padrão	Variância
Sexo					
Masculino	01	1,2%			
Feminino	81	98,8%			
Idade			35,1	6,829	46,642
Estado Civil					
Solteiro(a)	30	36,6%			
Casada	48	58,5%			
Divorciada	03	3,7%			
Viúva	01	1,2%			

A Tabela 1 ilustra que dos 82 profissionais, somente um é do sexo masculino, reafirmando que o trabalho de enfermagem continua sendo exercido majoritariamente por mulheres. A idade variou de 25 a 52 anos, sendo a média de 35,1 anos com desvio padrão igual a 6,8. Já o estado civil, 57,1% casadas (48), 35,7% solteiros (30), 3,6% divorciadas (3) e 1,2% viúva (1).

Tabela 2 – Características dos profissionais lotados na Unidade Neonatal da Maternidade Santa Mônica Estado de Alagoas, segundo categoria profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na Unidade e o gostar de trabalhar com neonatos. Aracaju-Sergipe, 2009.

Variáveis	Frequência	%	Média	Desvio Padrão	Variância
Categoria Profissional					
Enfermeiro	16	20,5%			
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	66	79,5%			
Tempo de formado			8	3,952	15,621
Gosta de trabalhar UN					
Sim	78	95,1%			
Não	04	4,9%			
Tempo de trabalho na UN pesquisada			4,7	3,047	9,285
Exerce atividade de enfermagem paralelamente em outra instituição					
Sim	43	52,4%			
Não	39	47,6%			
Há quanto tempo			6,1	4,491	20,171
Em qual setor					
Pediatria/Neonatologia	14	32,5%			
Unidade Básica de Saúde	10	23,2%			
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	04	9,3%			
Urgência/Emergência	03	6,9%			
Centro Cirúrgico	02	4,7%			
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	02	4,7%			
Serviço de Assistência Domiciliar	02	4,7%			
Serviço de Atendimento Ambulatorial	02	4,7%			
Unidade de Internação	02	4,7%			
Central de Material Esterilizado	01	2,3%			
Medicina Nuclear	01	2,3%			
Tem outra formação profissional					
Sim	31	37,8%			
Não	51	62,2%			

O tempo de formado variou entre 4 e 27 anos, sendo a média 8 anos com desvio padrão de 3,9. O tempo de trabalho na unidade variou de 1 a 18 anos com média 4,7 anos e desvio padrão de 3,0. Quanto ao gostar de trabalhar em neonatologia, 92,9% responderam afirmativamente, 3,6% responderam negativamente.

O tempo de trabalho nesta Unidade Neonatal variou de 1 a 18 anos, sendo que, 25% trabalham há 3 anos, 21,4% trabalham há 5 anos, 14,3%, há 4 anos e 9,5% há 7

anos. Quanto a outro vínculo empregatício, 51,2% trabalham em outra instituição há uma média de 6 anos com desvio padrão 4,5. Destes, 15,5% trabalham há 5 anos, 10,7% há 4 anos, 4,8% há 3 anos e 3,6% há 7 e 8 anos. Ressalte-se que, destes profissionais, 18,6% trabalham em Unidade Neonatal, 14% em Unidade de Pediatria e os demais em setores de cuidados diversificados. Sete indivíduos da amostra referiram exercer outras profissões.

Para composição dos Quadros 1 e 2 foram consideradas somente as classificações “bastante e altamente estressante”, que alcançaram resultados acima de 50%, considerando-se a soma de ambos, pois na classificação semântica estão bem próximos.

Quadro 1. Fatores apontados como bastante ou altamente estressantes relacionados ao gerenciamento, cuidado do neonato, na Unidade de Neonatologia de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas. Aracaju-Sergipe, 2009.

Gerenciais	nr	%	Cuidado com o neonato	nr	%
Ser transferido de setor sem ser previamente consultado	75	89,2%	Cuidar sozinho de neonatos que demandam cuidados complexos	66	78,6%
Trabalhar com gerente despreparado para função	74	88,1%	Realizar procedimentos que demandam dor e sofrimento ao neonato	63	75%
Trabalhar com gerente estressado	72	85,7%	Cuidar de neonatos cuja família é ansiosa e exigente	60	71,4%
Trabalhar com gerente sem autonomia para tomada de decisão	70	83,3%	Desenvolver cuidados de extrema urgência	44	52,4%
Trabalhar com gerente desmotivado	66	78,6%	Cuidar de neonato sem possibilidade de sobrevida	44	52,4%
Perceber que a chefia não reconhece o valor do meu trabalho	63	75%	Cuidar de neonato com diagnóstico desconhecido	43	51,2%
Trabalhar com gerente cuja liderança é autoritária	61	72,6%			
Trabalhar com gerente que não se envolve com assistência ao neonatal	61	72,6%			
Perceber que os colegas não reconhecem o valor do meu trabalho	53	63,1%			

n = 82 nr = nº respostas

Fatores estressores gerenciais

Na situação “ser transferido de setor sem ser previamente consultado”, que obteve a maior pontuação, indica fragilidade na organização e planejamento do trabalho na unidade em pauta. Ressalte-se que a maioria dos enfermeiros 93,75%

(n=15) foi responsável por este resultado. No cotidiano da prática da enfermagem hospitalar, a transferência de setor ocorre com maior frequência com os auxiliares e técnicos, do que com os enfermeiros. Entretanto, em setores de cuidados críticos, como a Unidade Neonatal este fato raramente acontece. Infere-se que, mesmo assim, paira entre os membros da equipe desse setor o receio que isso venha a acontecer, até porque, a maioria desses profissionais (78), referiu gostar de trabalhar na Unidade Neonatal. Este dado ratifica o que Cohn e Marsiglia, citado por Ladeira (1996), ressaltaram: que não é de maneira alguma, o próprio trabalho que se torna nocivo e perigoso, mas a forma como ele é organizado e gerenciado pelos próprios homens.

A situação “trabalhar com gerente despreparado e desmotivado”, também foi apontada pela maioria absoluta (15) dos enfermeiros como bastante/altamente estressante. Sabe-se que o preparo para desempenhar funções administrativas foi defendido pelos teóricos da administração científica, desde o início do século passado. Os teóricos do Movimento das Relações Humanas reconhecem o fator motivação como sendo elemento básico ao desempenho de qualquer atividade laboral (MATOS e PIRES, 2006). É possível que a desmotivação do gerente, reconhecida por 76% dos sujeitos, advém do seu despreparo para exercer a função.

Na situação “trabalhar com gerente sem autonomia para tomada de decisão” é um dado relevante apontado pelo total de enfermeiros da amostra (16) que a consideram bastante/altamente estressante. Esse achado é compatível com os encontrados por Stacciarini e Tróccoli (2001), que identificaram como elemento estressor atribuído por enfermeiros administrativos, a falta de poder de decisão – manifestada pela autoridade limitada do profissional, o que o impede de solucionar uma série de problemas, levando-o a depender sempre de instâncias superiores.

A falta de autonomia dos gerentes para tomar decisões, costuma resultar em demora na solução de problemas emergenciais e no gerenciamento de recursos terapêuticos para dar sustentação à assistência neonatal. Alguns gerentes se posicionam, ainda, de modo a favorecer essa “tomada de autonomia” do enfermeiro, colocando nas mãos da direção a responsabilidade pelas decisões geradoras de conflito, na tentativa de manter um clima de harmonia com a equipe. A falta de autonomia dos enfermeiros é percebida também pelos técnicos e auxiliares de enfermagem como obstáculo à implementação da assistência ao paciente. Consequentemente, devido a esta falta de autonomia, ocorre uma inversão de papéis entre líderes e liderados. Enfermeiros utilizam estratégias de aproximação com a equipe, de subserviência e cumplicidade, o que dificulta o estabelecimento de autonomia e liderança (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

“Perceber que a chefia não reconhece o valor do seu trabalho”, foi assinalado pela maioria dos sujeitos da amostra 75%, (n=63) como bastante/altamente estressante. Entre os enfermeiros, 68,75% (n=11) confirmam este fator estressor. A importância do profissional ter suas atividades valorizadas pelas chefias é relevante para o desenvolvimento e o reconhecimento necessários para sua realização e bem-estar no ambiente de trabalho. Portanto, deve ser preocupação das gerências de enfermagem enfatizar as qualidades profissionais e pessoais de cada membro da equipe e sua importância para o funcionamento da mesma. Na atualidade, a filosofia da gestão de pessoas reconhece que o *feedback* positivo retroalimenta a produtividade e o desenvolvimento profissional. Lentz *et al.* (2000) enfatizam que a valorização do profissional influencia na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

A situação “perceber que os colegas não reconhecem o valor do meu trabalho” foi apontada como bastante/altamente estressante por 63,1% (53) dos respondentes. Dentre os enfermeiros, os dados apontam maior percentual 75% (12). Tais resultados corroboram o entendimento de que o desempenho da função gerencial requer uma visão macro das necessidades do ser humano trabalhador no seu ambiente laboral. Essa visão macro inspirou estudos com abordagem sócio-técnica na administração hospitalar, que teve seu início na década de 70 (LADEIRA, 1996).

O desenvolvimento de interfaces positivas entre o homem e a tecnologia ou entre as estruturas organizacionais e o conteúdo do escopo do seu trabalho representam significativo caminho à produtividade, à eficiência e o bem-estar do trabalhador (LADEIRA, 1996). Para Nóbrega (2006), a gerência enquanto parte do processo de trabalho, deve ser dinâmica e interdisciplinar, visto que envolve não somente ações de ordem técnica, mas também políticas, econômicas e sociais presentes nas instituições de saúde. Do mesmo modo, requer do profissional uma visão mais global, humanizada e flexível.

Fatores estressores referentes ao cuidado com o neonato

No que se refere ao cuidado com o neonato, a situação apontada como bastante/altamente estressante foi “cuidar sozinho de neonatos que demandam cuidados complexos” (78,6%). Ressalte-se que, o tempo médio de formado dos profissionais responsáveis por esse percentual é de oito anos, o que leva à indução de questionar acerca do possível despreparo para o desempenho desses cuidados complexos. Tal inferência é apoiada, também, nas respostas (87,1%), destes profissionais à situação de “assumir responsabilidade sem preparo adequado”.

“Realizar procedimentos que demandam dor e sofrimento ao neonato” como bastante/altamente estressante é um fator apontado por 75% dos sujeitos. Desenvolver cuidados de extrema urgência, cuidar de neonato sem possibilidade de sobrevida e com diagnóstico desconhecido, significa que, no convívio cotidiano desses profissionais, a dor, o sofrimento e a morte, não afetaram sua sensibilidade e compaixão – qualidade indispensável ao cuidado humanizado em saúde. Atualmente, a finalidade última do trabalho nas UTINs, apesar de continuar sendo a cura, não está voltada apenas ao cuidado ao corpo anátomo-fisiológico do neonato. Essa finalidade está ampliada na medida em que a assistência é estendida à família do mesmo (OLIVEIRA *et al.*, 2006). “A ansiedade e exigência de familiares” é uma situação que alcançou também um percentual elevado de respostas, 71,4%.

Quadro 2. Fatores apontados como bastante ou altamente estressantes relacionados ao processo e ambiente de trabalho na Unidade de Neonatologia de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas. Aracaju-Sergipe, 2009.

Processo de trabalho	nr	%	Ambiente	nr	%
“Trabalhar com aparelhos danificados”	76	90,5%	“Espaço para movimentação de equipamentos”	79	94%
“Assumir responsabilidade sem preparo adequado”	74)	87,1%	“Espaço para circulação de visitantes”	77	91,7%
“Cuidar de um número de neonatos além do preconizado”	72	85,7%	“Espaço para circulação dos profissionais”	75	89,2%
“Sentir-se insuficientemente valorizado pela instituição”	71	84,5%	“Disposição de leitos na Unidade”	74	88,1%
“Realizar tarefa em tempo mínimo disponível”	70	83,4%	“Trabalhar em ambiente onde não há punição para quem não cumpre com suas responsabilidades”	67	79,7%
“Ter necessidade de trabalhar em mais de um local devido à baixa remuneração”	68	81%	“Disposição de equipamentos na Unidade”	64	76,2%
“Dobrar plantão por necessidade da unidade”	62	73,8%	“Nível de ruído do ambiente”	62	73,8%
“Falta de planejamento das atividades”	61	72,6%	“Falta de estrutura física para gerência dentro da Unidade”	54	64,3%
“Desenvolver atribuições que não sejam de sua competência”	59	70,2%	“Temperatura do ambiente”	45	53,6%
“Trabalhar com aparelhos desconhecido”	51	60,7%	“Aeração do ambiente”	43	51,2%

N = 82

nr = nº de respostas

Fatores estressores referentes ao processo de trabalho

O processo de trabalho nas ações de saúde tem imposto aos trabalhadores da enfermagem, além do intenso uso de suas condições pessoais como ferramenta de intervenção, a exposição a ambientes insatisfatórios para realização de suas atividades (GOMES *et al.* (2006).

Nogueira (1997) considera que o processo de trabalho em saúde contempla três aspectos fundamentais: a natureza formativa dos profissionais de saúde, a gestão e gerência dos serviços e a produção propriamente dita. A dimensão da gerência dos serviços, na opinião do autor, não é tarefa fácil, pois a direcionalidade dos atos técnicos produzidos na saúde depende do comportamento dos profissionais que a compõem (NÓBREGA, 2006).

O processo de trabalho nas ações de saúde tem imposto aos trabalhadores da enfermagem, além do intenso uso de suas condições pessoais como ferramenta de intervenção, a exposição a ambientes insatisfatórios para realização de suas atividades.

Os cuidados em unidades críticas são apoiados por um arsenal tecnológico necessário à manutenção das funções vitais principalmente em UTIN.

Os sujeitos deste estudo ratificam esse entendimento quando classificam em primeiro lugar como bastante/altamente estressante a situação “trabalhar com aparelhos danificados” (90,5%). Ressalte-se que essa situação ocupou a terceira classificação dentre as demais que compõem o Quadro 2.

A elevada indicação (87,7%) do fator bastante/altamente estressante do “cuidar de um número de neonatos além do preconizado”, espelha a realidade do déficit de pessoal de enfermagem nos postos de trabalho. Esse déficit tem origem no próprio dimensionamento que usualmente não trabalha com percentual necessário para suprir o absenteísmo, férias, acidentes de trabalho e licença maternidade. É importante lembrar que a força de trabalho da enfermagem é, majoritariamente, feminina e a exemplo desta amostra, cuja média de idade é 35 anos, o que significa que além da maternidade, enfrentam, também, intercorrências pertinentes ao gênero (GUERRER e BIANCHI, 2008). Deve ser considerado ainda o fato da maioria 81% ter necessidade de trabalhar em mais de uma instituição devido à baixa remuneração.

Fatores estressores referentes ao ambiente da unidade neonatal

Como pode ser observado no Quadro 2, os fatores estressores referentes ao ambiente alcançaram os maiores valores percentuais. Destacam-se a falta de espaço

para movimentação de equipamentos (94%), para circulação de visitantes (91%), e para circulação dos profissionais (89,2%). Esse resultado, além de refletir a percepção do espaço como fator estressor, reflete, também, o entendimento dos profissionais sobre o quanto o espaço exíguo é um fator que interfere na qualidade do seu trabalho. Este resultado confirma alguns trabalhos referidos na literatura, a exemplo de Servo, citado por Melo e Germano (2004), onde os enfermeiros supervisores indicaram como dificultadores ao trabalho, o ambiente físico inadequado.

Ainda sobre o espaço enquanto situação que integra o grupo de fatores estressores ambientais, os sujeitos da amostra indicaram, também, como bastante/altamente estressante a disposição dos leitos na Unidade (76,2%).

O nível de ruído, temperatura e aeração do ambiente, também foram referidos como bastante/altamente estressantes, resultado congruente com a filosofia da ambiência hospitalar proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais. Ressalte-se que a permanência da deficiência desses aspectos na composição do ambiente de trabalho em Unidade Neonatal pode aumentar a vulnerabilidade ao estresse nos profissionais desse setor.

As causas de estresse em unidade neonatal se tornam mais significativas, haja vista a natureza e as características próprias do setor. Na unidade neonatal, os poluentes ambientais são inúmeros e frequentes, como os sinais sonoros produzidos pelas aparelhagens; a superexaustão física consequente ao desenvolvimento do trabalho em turnos, acarretando aumento da fadiga e da suscetibilidade às doenças e diminuição da vitalidade (GOMES *et al.*, 2006). O risco de contaminação microbiológica resultante dos eventuais neonatos portadores de moléstias transmissíveis; a poluição eletromagnética causada pela proximidade constante com os equipamentos elétrico-eletrônicos, o estresse geopático, gerado por campos anormais de energia produzidos pelas tubulações hidráulicas e elétricas presentes nas paredes dos berçários também são apontados pela pesquisa dos autores supracitados.

Em estudo realizado por Mauro e Veiga (2008), constatou-se que as condições de trabalho são determinantes do desencadeamento do estresse e, quando somadas aos problemas de saúde e características pessoais de cada indivíduo, podem ser decisivas para o surgimento de alguma alteração biopsicoemocional, dentre elas o estresse. Neste estudo, o estresse aparece em 36 trabalhadores, dos quais 46,4% responderam que ele foi provocado pelas condições de trabalho e 22,6% afirmam ter

sido agravado por estas. Os maiores percentuais atribuídos ao ambiente de trabalho, também foram constatados por Ferrareze *et al.* (2006) em estudo desenvolvido com enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos da pesquisa, conclui-se que os sujeitos do estudo se caracterizam por serem profissionais do sexo feminino, de acordo com o que aponta a literatura acerca dos profissionais de enfermagem; possuem experiência na área em que atuam; estabilidade no emprego, costumando acumular mais de um vínculo e dobrar plantões. Ainda conciliam uma pesada jornada de trabalho com a vida familiar, já que a maioria é casada. Gostam de trabalhar na Unidade Neonatal, apesar de considerarem o espaço, a falta de equipamentos adequados, a carência de profissionais nas equipes, e ter de cuidar, muitas vezes sozinha, de pacientes em estado crítico.

Em conformidade com estudos citados, todos estes fatores, altamente estressores, podem ter sido amenizados pelos sujeitos em função dos aspectos afetivos envolvidos no trabalho, já que é sabido serem os relacionamentos no cotidiano profissional influentes do clima humano, no ambiente. Por outro lado, historicamente, a interrelação das pessoas no contexto hospitalar é marcada por conflitos. No que se refere à equipe de enfermagem, tais conflitos ocorrem tanto internamente nas categorias profissionais, quanto entre elas, dificultando o relacionamento tão importante para garantia da assistência qualificada, ao usuário.

Um dado que chamou atenção foram as questões de relacionamento interpessoal pouco indicadas como estressantes pela maioria dos sujeitos. Este dado tornou-se interessante, já que não foi apontado como fator estressor relevante, o que se contrapõe a resultados de estudos já realizados em unidades hospitalares (GOMES *et al.*, 2006), principalmente em unidades de atendimento a pacientes críticos.

Referências

BARBETTA, PA. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 2 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência – Brasília, 2004. http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf. Capturado em 28 de fevereiro de 2009.

CABRAL, A.P.T.; LUNA, J.F.; SOUZA, K.N.; MACEDO, L.M. Estresse e as doenças psicossomáticas. *Revista de Psicobiologia*, 1997. Disponível em: http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/index_revista.htm. Capturado em 30/01/09.

COHEN, S; KESSLER, R.C.; GORDON, L.U. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: COHEN, S; KESSLER, R.C.; GORDON, L.U. *Measuring stress: a guide for health and social scientists*. New York, Oxford. University Press, p.3-26, 1997.

CRUZ, L.R; HORA, E.C. Estresse estratégia de coping em universitário concludentes do curso de enfermagem. Artigo apresentado ao colegiado de graduação do curso de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para conclusão do curso. Universidade Federal de Sergipe, Curso de Enfermagem, 2009.

DEAK, A.M.; STERNBERG, E. Psiconeuroimunologia – A relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), p.143-4, 2004. Capturado em 30/01/09.

FERRAREZZI, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), p.310-15, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a09v19n3.pdf>. Capturado em 12 de agosto de 2008.

GOMES, G.C.; FILHO, W.D.L.; ERDMANN, A.L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14 (1), p.93-9, 2006. www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000100015. Capturado em 05 de fevereiro de 2009.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 42(2), p.355-62, 2008. Capturado em 05 de fevereiro de 2009.

ILHAN, M.N.; DURUKAN, E.; TANER, E.; MARAL, I.; BUMIN, M.A. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *JAN Original Research*, 2007. Capturado em 25 de janeiro de 2009.

LABATE, R.C.; RIBEIRO, B.A.; BOSCO, A.G. O estresse de enfermeiro junto à pacientes com câncer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 243-7, 2001.

LADEIRA, Marcelo Bronzo. O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Revista de Administração*, São Paulo, 31, n.1, p.64-74, 1996. Capturado em 26 de abril de 2007.

LENTZ, R.A.; COSTENARO, R.G.S.; GONÇALVES, L.H.T.; NASSAR, S.M. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(4), p.7-14, 2000.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Textos Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 15(3), p.508-14, 2006.

MAURO, M.Y.C.; VEIGA, A.R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 16(1), p.64-9, 2008.

MELO, M. N. B.; GERMANO, R.M. No caminho das pedras: a supervisão de enfermagem em hospitais públicos. *Revista Nursing*, n.7, p.74, 2004.

NÓBREGA, M.F.B. Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ce, Brasil, 2006.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em serviços de saúde, 1997. Disponível na internet via www url: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf. Arquivo capturado em 05 de fevereiro de 2009.

OLIVEIRA, B.R.G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 15 (Esp), p.105-13, 2006.

SELYE, H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956.

STACCIARINI, J.M.; TROCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(2), p.17-25, 2001.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.338, 2000.

VARGAS, L.I.G.; OLIVEIRA, T.F.V. Saúde, meio ambiente e risco ambiental: um desafio para prática profissional do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 15(2), p.45-1/5, 2007.

CAPÍTULO III. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE UMA UNIDADE NEONATAL

Resumo

O trabalho no ambiente hospitalar é considerado estressante, devido às condições de trabalho, o ritmo intenso e exaustivo, a exigência constante de eficiência e atualização de conhecimentos. O objetivo deste estudo é descrever os estressores relacionados ao ambiente da Unidade Neonatal que podem desencadear estresse. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem qualitativa. Foi elaborado um Protocolo de Observação onde foram registradas informações observadas no ambiente neonatal, em 15 momentos distintos, sendo 05 vezes em cada turno. Em seguida, realizada a classificação dos dados em unidades de significados e agrupados, posteriormente, em categorias. Os resultados apontaram que o espaço físico restrito, a disposição indevida dos equipamentos, os ruídos elevados e condições de trabalho inadequadas tornam este ambiente uma fonte de estresse, reforçando a importância de considerar o ambiente em estudo no equilíbrio ou desequilíbrio psicoemocional do profissional de enfermagem.

Palavras-chave: ambiente, enfermagem, neonatal, profissional.

CHARACTERIZATION OF THE ENVIRONMENT OF A NEONATAL UTI

Abstract

The work in the hospital environment is considered stressful, because to the conditions of work, the intense and exhausting rhythm, the constant requirement of efficiency and update of knowledge. The objective of this study is to describe the stresses causers related to the environment of the Neonatal Unit that can initiate stress. One is about a descriptive, analytical study, with qualitative boarding. A comment protocol was elaborated where they had been registered information observed in the neonatal environment, at 15 distinct moments, being 05 times in each turn. After that, carried through the classification of the data in grouped meanings units and later in categories. The results had pointed that the restricted physical space, the improper disposal of the equipment, the high noises and work conditions become this environment a source of stress, strengthening the importance to consider the environment in study in the psycho emotional balance or disequilibrium of the nursing professional.

Word-key: environment, nursing, neonatal, professional.

INTRODUÇÃO

O ambiente de Unidade Neonatal (UN)

A enfermeira Florence Nightingale, precursora e marco de referência da profissão de enfermagem, desde a metade do século XIX, realizou trabalhos sobre higiene, saúde pública, direção e administração hospitalar, fazendo considerações pertinentes e relevantes sobre as questões ambientais. Para ela, a ação de enfermagem tem como objetivo primordial "*pôr o doente nas melhores condições para que a natureza possa actuar*" (TORRES, 2000; MARTINS, 2003).

Diante dos processos evolutivos da humanidade, as preocupações com crescimento/desenvolvimento dos países *versus* a degradação do meio ambiente passaram a inquietar os especialistas, pois o homem estava esgotando os recursos naturais. Com isso, em 1972, na Suécia, pela primeira vez na história mundial, a Conferência de Estocolmo reuniu representantes das diversas nações para discutir sobre o "Desenvolvimento e Meio Ambiente Humano". Os recursos naturais, que por muito tempo foram considerados inesgotáveis, estavam sendo extintos pelo próprio homem daí a necessidade de discutir e refletir sobre suas atitudes e mudança de comportamento, para preservar sua própria existência (GODOY, 2007).

Com a continuidade das alterações do comportamento humano no ambiente, começou-se a perceber a necessidade de assegurar direitos aos cuidados primários à saúde. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (antiga União da República Socialista Soviética - URSS, atual Rússia) culminou com a Declaração que enfatiza a saúde como um direito humano fundamental, garantindo nível de saúde elevado a todos os indivíduos a fim de contribuir para melhor qualidade de vida das populações (BRASIL, MS, 2006).

A Carta de Ottawa, em 1986, definiu que existem alguns pré-requisitos para promoção da saúde como habitação, alimentação, justiça social e equidade; bem como fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Deste modo, os indivíduos e grupos devem saber identificar suas aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, a fim de promover qualidade de vida individual e coletiva (BRASIL, MS, 2006).

Com a inclusão de artigos específicos na Constituição Federal Brasileira a saúde passou a ser preconizada como direito universal dos cidadãos e dever do

Estado e as políticas públicas passaram a enfatizar também a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, MS, 1988).

Em 2004, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e estabeleceu critérios para a ambiência hospitalar, referindo-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, a qual deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando elementos catalisadores na relação homem-espaço. Este ambiente deve possibilitar a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; visar a confortabilidade, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; exaltar elementos do ambiente que interagem com os sujeitos - cor, odor, som, iluminação, morfologia -, a fim de garantir aos trabalhadores, pacientes e demais atores envolvidos, o espaço adequado as suas necessidades e ainda, servir como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional (BRASIL, MS, 2004).

Em busca de melhorias à qualidade de vida do trabalhador, em 2006, o Ministério da Saúde, sob a portaria ministerial nº687, publicou a Política Nacional de Promoção de Saúde, que tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes: modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, MS, 2006).

Entretanto, segundo aponta Dantas (2004), a sociedade mundial vive uma revolução na organização do trabalho com aceleração do ritmo, da complexidade e da intensidade de ações, que conduzem a um aumento da carga de trabalho e ao desgaste dos trabalhadores, introduzindo novos elementos determinantes na saúde-doença e, conseqüentemente, alterando o quadro da morbi-mortalidade relacionado às funções laborais.

Normas ambientais das Unidades Neonatais

A necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamentos Intensivos foi oficializada em 1998, com a publicação da Portaria Ministerial Nº 3432, que determina a especialização dos recursos humanos e a área física disponível, de acordo com a legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, MS, 1998). De acordo com a referida legislação, foram definidas normas, critérios e classificações (em tipos I, II e III) para inclusão das UTI's (Unidades de Terapias Intensivas) e UCI's (Unidades de Cuidados Intermediários) no SUS. São caracterizadas UTI's as unidades hospitalares destinadas ao atendimento

de pacientes graves ou de risco, que disponham de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias diagnósticas e terapêuticas. A unidade em estudo está classificada e cadastrada no SUS como tipo II (Cf. Anexo 1), (BRASIL, MS, 1998).

A Portaria Ministerial N° 1091, de 25 de agosto de 1999, criou a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para atendimento do neonato de médio risco, que teve como objetivos assegurar melhor qualidade destes pacientes, priorizar ações visando à redução da mortalidade perinatal e garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal. Entende-se como Cuidados Intermediários Neonatais o atendimento ao neonato nas seguintes situações: quando, após alta da UTI necessite de observação nas primeiras 24 horas, se apresentar desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica; ou necessite de punção venosa para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição; em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão; ou necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão; ou apresente peso entre 1500g e 2000g e que necessite de observação nas primeiras 72 horas; ou ainda que tenha sido submetido a cirurgia de médio porte, estável e necessite de atendimento especializado com equipamentos e materiais específicos (Cf. Anexo 2), (BRASIL, MS, 1999).

Fatores ambientais como fonte de estresse na UN

Buss (2000) referiu que a criação de ambientes favoráveis à saúde implica no reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores, pois os fatores de risco associados à precarização no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde dentre eles o estresse, falta de condições de trabalho, os acidentes de trabalho, o ambiente insalubre, a competição intensa, o trabalho noturno, a baixa remuneração, geram, como consequência, a necessidade de diversos empregos, o desgaste físico e mental e doenças físicas, provocando com isso também um afastamento social e familiar (ILHAN *et al.*, 2007; GUEDES, 2008). Há múltiplos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho de naturezas variadas (física, química, biológica e organizacional) que estão relacionados a uma grande variedade de perturbações de ordem física e psicossocial (MORENO *et al.*, 2003).

Santos *et al.*, (2006) referem que alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas ou comportamentais remetem ao estresse que representa a resposta generalizada do organismo às exigências ambientais. O estresse é uma resposta orgânica frente a uma situação ameaçadora e desenvolve ações fisiológicas, de modo a promover a homeostase do organismo. A descarga de adrenalina, ocasionada pela situação estressora, além de gerar uma série de alterações fisiológicas, provoca, no neonato, uma redução imunológica e perda de peso, tornando-o predisposto a contrair infecções (MACEDO, 2003).

Para Martins (2003), o trabalho em ambiente hospitalar é desenvolvido em circunstâncias altamente estressantes e, por isso, torna-se extremamente desgastante, podendo levar a problemas diversos - desmotivação, insatisfação profissional, absenteísmo, mudança de setores e tendência a abandonar a profissão. No mesmo sentido, Carvalho (2000) aponta que o ambiente de trabalho em UTIN expõe frequentemente seus funcionários ao desenvolvimento de sentimentos de estresse ocupacional e *Burnout*, pois as experiências frequentes com a morte dos neonatos, os conflitos interpessoais e o excesso de trabalho são fatores desencadeadores de estresse. A inserção no contexto de atenção a pacientes críticos torna o ambiente também crítico e gerador de estresse (LADEIRA, 1996; GOMES *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2006). Assim, as condições de trabalho de cada unidade neonatal devem ser consideradas como fatores que interferem objetivamente na determinação do processo saúde - doença dos técnicos nela inseridos.

Desta forma, é importante se possa atenuar e até mesmo prevenir situações potencialmente estressoras na Unidade Neonatal, de modo a prover o tratamento necessário, mas, expondo o neonato, o mínimo possível, a fatores desencadeadores de estresse, disponibilizando para eles um ambiente adequado para o seu desenvolvimento bio-psico-emocional saudável. Os fatores comumente associados ao estresse dentro da Unidade Neonatal são os estímulos dolorosos e o ambiente físico. Este ambiente é uma potente fonte de estresse, vez que apresenta luz intensa, diversidade de ruídos, excesso de manuseio e posicionamento inadequado (ZACONETA *et al.*, 2001).

O ruído causado por superposições de vibrações de frequências diversas, não harmônicas entre si e que se torna incompreensível, dentro de uma Unidade Neonatal é provocado geralmente por aparelhos e cuidados diretos com o neonato. Segundo a Associação Americana de Pediatria, o nível recomendável de ruído dentro de uma Unidade Neonatal é de 55 decibéis (dB) durante o dia e 35 dB durante a noite. Porém, no Brasil, o ruído dentro das UTIN costuma variar de 55 dB a 80 dB. O ruído pode ser

extremamente lesivo, pois além de ser um fator estressor, ruídos entre 70-80dB são capazes de causar alterações fisiológicas podendo interferir no sistema de sono-vigília ou até provocar apnéia, bradicardia, dessaturação, hipertensão e aumento do fluxo sanguíneo cerebral, potencializando o risco de hemorragia peri-intraventricular e até surdez; e/ou ainda, psicológicas como irritabilidade, sono, estresse, função intelectual e personalidade dos neonatos (CARVALHO, 2004).

O decréscimo da poluição sonora dentro da Unidade Neonatal se faz com um programa de conscientização dos profissionais quanto à conduta dentro da mesma, de modo a diminuir consideravelmente o ruído, assim como, na compra de equipamentos, deve ser considerada a sua intensidade sonora, a fim de que promova um ambiente mais adequado para o desenvolvimento saudável dos pacientes e também dos profissionais que atuam naquele ambiente (MACEDO, 2003).

MÉTODO

Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, observacional; com abordagem qualitativa (MARCONI e LAKATOS, 2007), cuja coleta de dados foi realizada através de um Protocolo de Observação do Ambiente Neonatal (Cf. Apêndice 3), baseado nos itens relacionados aos fatores ambientais que compõem o Instrumento de Identificação de Estressores em Ambiente de Neonatologia indicados por Profissionais de Enfermagem (IEANE), após realizada validação de conteúdo por cinco juízes independentes (Cf. Apêndice 2).

Cenário do estudo

Unidade Neonatal de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas, que tem 44 anos de existência e atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma área física de 194m² (Cf. Fig. 1) que dispõe dos seguintes compartimentos: seis boxes, sendo três para Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e três para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tendo cada um, média de 15m². Uma sala para guarda de materiais/medicamentos, dispositivos e materiais de reserva, um lavatório para mãos, um corredor de circulação e acesso aos seis boxes. Uma sala de repouso, com banheiro, para médicos e enfermeiros neonatologistas; um banheiro para funcionários, um expurgo, uma sala para guarda de equipamentos, um pequeno hall de circulação para visitantes conforme planta baixa (Fig 1).

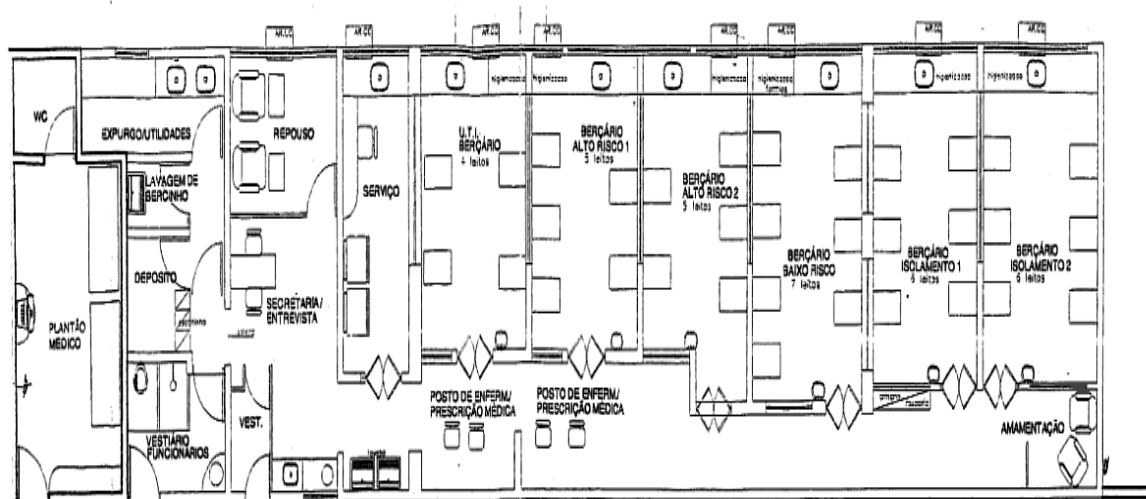


Figura 1 – Planta baixa da Unidade Neonatal - Projeto Arquitetônico Maternidade Escola Santa Mônica, 2000. Maceió-Alagoas, 2009.

Este ambiente é destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco, recém-nascidos e com até 28 dias de vida, para receberem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados e com acesso a outras tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

Possui equipe multidisciplinar composta por 111 auxiliares/técnicos de enfermagem, 21 enfermeiros, 16 fisioterapeutas, 01 psicólogo, 03 fonoaudiólogos, 03 terapeutas ocupacionais, 38 médicos neonatologistas, 01 neuropediatra, 01 neurocirurgiã, 01 endocrinopediatra, 04 cirurgiões pediátricos, 02 nutricionistas e 05 colaboradores da higienização e limpeza, para atender integralmente aos neonatos de alto risco.

Aspectos éticos da pesquisa

Em atendimento às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a autora submeteu o projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, de quem obteve aprovação mediante protocolo nº200308 (Cf. Anexo 3).

Instrumentos e Técnica de coleta de dados

Foi realizada observação do ambiente da Unidade Neonatal em estudo através de um Protocolo de Observação (Cf. Apêndice 3), elaborado de acordo com a subcategoria dos fatores relacionados ao ambiente que constam no IEANE.

O pesquisador foi à Unidade Neonatal em 15 momentos distintos; 05 vezes em cada turno, permanecendo por 30 minutos e registrando todos os itens e intercorrências que se apresentaram durante o tempo estabelecido para a observação,

considerando todos os aspectos relacionados às questões ambientais. Após cada observação, a pesquisadora fez um registro livre de suas impressões acerca do observado, configurando-se um diário de bordo, que também foi utilizado neste estudo.

Após o registro de todos os períodos observados, realizou-se uma classificação dos dados em unidades de significados, que foram agrupados posteriormente em categorias, segundo Bardin (1972). Os dados foram organizados conforme os resultados apresentados no Quadro 3.

RESULTADOS

Quadro 3 – Resumo Geral de Observação do Ambiente da Unidade Neonatal de uma Maternidade Pública do Estado de Alagoas. Aracaju-Sergipe, 2009.

ASPECTOS OBSERVADOS	RESUMO DA OBSERVAÇÃO
Distribuição de leitos na Unidade	Muitas vezes colados uns aos outros.
Disposição dos equipamentos na Unidade	Empilhados junto aos leitos. Sem espaço para acondicionamento geralmente ficam empilhados na sala de acondicionamento de material/medicamentos e na de guarda de pertence dos funcionários, hall de entrada e no expurgo.
Espaço para circulação dos profissionais e visitantes (pais)	Restrito, falta espaço para circulação das pessoas, em virtude do grande n° de neonatos, consequentemente de equipamentos utilizados nos mesmos.
Espaço para movimentação dos equipamentos	Dificultado, pois além do grande n° de recém-nascidos, a estrutura física desfavorece a movimentação dos equipamentos.
Iluminação do ambiente	Maior tempo possível com iluminação indireta, utilizando sempre a luz natural. Utiliza-se luz artificial quando são realizados procedimentos técnicos de cuidados com os neonatos.
Temperatura do ambiente	É adequada para os neonatos, mas inadequada para os profissionais, devido ao grande número de equipamentos ligados que elevam a temperatura ambiente.
Cheiro do ambiente	Sem anormalidades; característico do ambiente.
Aeração do ambiente	Dificultada pelo grande n° de neonatos, equipamentos, profissionais e pais circulando.
Ruídos do ambiente	Ouve-se apenas os ruídos dos equipamentos. Em geral, as conversas são mais restritas, acontecem em volume baixo; o nível de ruído aumenta quando ocorrem discussões sobre cuidados específicos dos neonatos e na troca do turno de plantão. Vale salientar que, no turno da manhã, o ruído é elevado devido ao maior número de profissionais circulando.
Condições de higiene do ambiente	Higienizado pontualmente; feita coleta do lixo uma vez por turno, ou sempre que necessário. <u>Obs:</u> existe um cronograma semanal de desinfecção terminal (limpeza geral) estabelecido, junto à CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).

DISCUSSÃO

Espaço Físico

Os espaços físicos são mínimos para que a equipe possa interagir com o paciente, demais membros da equipe e o ambiente, tornando o profissional suscetível ao estresse, além de maior exposição a acidentes ocupacionais, observando dificuldades no desempenho das atividades de enfermagem devido a este aspecto. Constatou-se que poucos estudos tratam deste tema.

Segundo Ferrareze *et al.* (2006), o ambiente de trabalho é consideravelmente estressante. As atividades desenvolvidas exigem alto grau de responsabilidade e qualificação, com desgaste emocional intenso. Enfatizam que outros estudos nesse sentido devem ser desenvolvidos para continuar explorando os processos de interconexão entre o indivíduo e o ambiente, a fim de estabelecer e definir a participação do profissional de enfermagem no desenvolvimento de fenômenos que afetam a saúde do profissional.

Segundo observou-se na pesquisa, o espaço exíguo e a movimentação de outras pessoas neste ambiente aumentam a dificuldade de manuseio do neonato. Também, os equipamentos necessários não possuem espaço adequado de armazenagem, dificultando seu acesso. Além disso, a falta de espaço e a circulação de pessoas provocam um nível maior de ruído no ambiente.

Disposição de equipamentos

A inadequada disposição dos equipamentos para o devido desempenho do cuidado com os neonatos, pela enfermagem, é observada como outro fator que gera estresse. O incorreto posicionamento dos equipamentos e materiais costuma demandar mais tempo dos profissionais para o manuseio dos mesmos, arriscando a segurança de suas intervenções e condições ocupacionais de trabalho, a fim de garantir atenção adequada e diminuir o estresse laboral. Ainda é restrita a literatura acerca deste tema específico. Entretanto, Gomes *et al.*, (2006) referem que as questões relacionadas à carência ou más condições de uso dos equipamentos/materiais se tornam desgastantes para a equipe de enfermagem, pois existe a necessidade constante de assegurar sua disponibilidade, qualidade e organização para viabilizar o trabalho destes profissionais, a fim de oferecer o cuidado adequado aos pacientes. Isso leva a situações extremamente desgastantes, geradoras de grande sofrimento e provoca desânimo entre os profissionais, já que compromete a realização profissional.

Ruídos

Segundo Carvalho (2004), na Unidade Neonatal, o nível de ruídos (50-80 dB) é bem mais elevado do que recomenda a Associação Americana de Pediatria (55 dB durante o dia e 35dB durante a noite). Considera-se que ruídos entre 70-80 dB são capazes de causar alterações fisiológicas (aumento da pressão arterial, alterações no ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, dilatação das pupilas e aumento da secreção de adrenalina) e psicológicas (distúrbios comportamentais, levando a respostas fisiológicas ao estresse) tanto no neonato como na equipe de profissionais que atuam no ambiente neonatal (DIAS, *et al.*, 2008).

Os sujeitos reconheceram que existem ruídos acima do recomendado e o atribuem à agitação no ambiente, dificuldade na comunicação entre a equipe, podendo predispor ao maior risco de falhas no cuidado e diminuir a concentração dos profissionais. A identificação do ruído por parte dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva neonatal demonstra que existe a consciência de que este também pode ser fator gerador de estresse neonatal (MACEDO, 2003).

Santos *et al.* (2006), referem que a convivência do profissional de enfermagem com o ruído na UTI acarreta riscos à saúde física e mental do grupo devido ao excesso de estímulos psicossensoriais. Observa-se que o ruído interfere negativamente na concentração da atenção por longos períodos no atendimento ao neonato de risco, causando maior esforço e cansaço mental.

O ruído ambiental na Unidade Neonatal pode ser um componente que ameace a segurança e a recuperação do neonato, mas também influencia no desempenho profissional de enfermagem, tornando-o vulnerável ao risco de distração e ao erro durante a execução de suas atividades (KAKEHASHI *et al.*, 2007).

Iluminação, Temperatura, Odor e Aeração

Estes aspectos não foram considerados relevantes de acordo com a observação deste ambiente, nem os sujeitos pesquisados apontaram como fatores potencialmente estressores. Entretanto, a Ambiência (2004) considera tais aspectos como pontos importantes para um bom desempenho das atividades do profissional, pois traz equilíbrio, harmonia, tranquilidade e promove melhor relacionamento interpessoal, produzindo saúde aos profissionais envolvidos. Além de proporcionar privacidade e individualidade ao cliente, exaltando elementos no ambiente que interagem com o homem e garantem conforto a todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde (profissionais, clientes, gestores).

Condições de trabalho

Foram levantadas situações geradoras de estresse relacionadas às condições de trabalho, que podem levar ao desgaste dos profissionais de enfermagem, pois o êxito do processo de trabalho depende das condições oferecidas pela instituição, podendo ser decisivo à vida dos neonatos que necessitam da assistência especializada e determinante na saúde do profissional de enfermagem que atua na Unidade Neonatal.

Segundo Assunção (2003), as condições de trabalho desencadeiam um grau significativo de estresse, no grupo, quando da inexistência de condições dignas, ou seja, a organização não atende aos padrões mínimos de higiene, saúde e segurança. Problemas relacionados aos poucos insumos materiais e humanos são considerados como estressantes pelo fato dos mesmos interferirem na qualidade do trabalho realizado, como também pela necessidade de improvisação, o que gera desgaste psicofísico pelo tempo despendido, que pode levar a ciclo vicioso de cansaço, que gera absenteísmo, que gera fragilização do trabalho coletivo, adoecimento, que provoca, por sua vez, mais absenteísmo e sobrecarga aos profissionais que acumulam funções, pela falta dos colegas. Também podem acarretar sentimentos de impotência e frustração no dia-a-dia dos técnicos (SANTOS *et al.* 2006).

CONCLUSÃO

O grande número de neonatos no ambiente da Unidade Neonatal foi observado como um fator constante, o que dificulta o desempenho dos profissionais nas atividades de assistência e cuidados com estes pacientes, já que sempre existe necessidade de mantê-los assistidos também por equipamentos de suporte de vida, de acordo com as condições clínicas de cada neonato. A estrutura física existente dificulta a instalação destes equipamentos e, conseqüentemente, a circulação das pessoas (profissionais e visitantes), provocando agitação no ambiente. A maior evidência é no turno da manhã, quando as atividades de enfermagem são mais intensas e também o número de profissionais circulando é maior, tornando o ambiente com elevado volume de ruídos, dificultando ainda a higienização e aeração adequadas.

Nos turnos da tarde e noite se observou que o ambiente se torna mais tranquilo, pois a circulação de pessoas era visivelmente menor, diminuindo, assim, os níveis de ruído. Os profissionais aparentavam tranquilidade e desenvolviam suas atividades com mais calma e serenidade, quando o ambiente estava mais silencioso e

a circulação de pessoas era menos intensa. É relevante assinalar, entretanto, que as características de interação dos grupos (conversas paralelas, relacionamentos pessoais mais íntimos ou desconfortos) alteram o tipo de relacionamento com o ambiente e, por consequência, interferem, também, nos níveis de ruído e circulação.

O ambiente estudado, de uma forma geral, apesar de sua adequação em alguns aspectos, apresenta vários fatores estressores que, uma vez agregados, se constituem como potencialmente patogênicos à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem. Constata-se então, a importância do estudo do ambiente hospitalar como fator que deve ser considerado, sempre que se trata do cuidado do cuidador.

Referências

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8 (4), p.1005-1018, 2003. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232003000400022&script=sci_abstract&tlng=pt. Capturado em 06 de julho de 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edição 70, 1972.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm – Capturado em 06 de dezembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção de Saúde, 2006. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_Mpdf. Capturado em 06 de dezembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial N° 687, 2006. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf - win. Capturado em 05 de fevereiro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial N° 3432, 1998. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab99/gab99.htm>. Capturado em 22 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial N° 1091, 1999. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab99/gab99.htm>. Capturado em 22 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: ambiência – Brasília, 2004. http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.5, p.163-177, 2000.

CARVALHO, M. O ambiente da UTI Neonatal e suas repercussões na assistência em neonatologia. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Pediatria*, p. 31, Fortaleza. 2000. Disponível em: www.medico.org.br/especialidade/neonatologia/utineo.doc. Capturado em 12 de fevereiro de 2009.

CARVALHO, M. A influência do ambiente da UTI neonatal na assistência a neonato de risco. 2004. www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc. Capturado em 20 de agosto de 2008.

DANTAS, J.U.; MENDES, R.; ARAÚJO, T.M. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. *Ver. Brás. Méd. Trab. Belo Horizonte*, v.2, n.1, jan-mar, p.55-68, 2004. Capturado em 06 de dezembro de 2007.

DIAS, J.; SILVA, M.G.; VIEIRA, M.H.; PINTO, S.B.; VILLAYERDE, A.G.J.B.; LIMA, C.J. Desenvolvimento e construção de sistema eletrônico indicador de limiar máximo de ruído sonoro em UTI neonatal. São Paulo: In: *Anais XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica – Universidade Vale do Paraíba*. São José dos Campos, 2008. www.inicepg.univap.br/docs/Arquivos/arquivosINIC/INIC0370_01_A.pdf. Capturado em 08 de março de 2009.

GUEDES, S.A.G. *Análise do grau de satisfação com as condições de trabalho dos profissionais do programa de saúde da família em Aracaju/Se*. Dissertação de Mestrado, UNIT, Aracaju, Se, Brasil, 2008.

GODOY, A.M.G. A Conferência de Estocolmo – evolução histórica 2 - 1972. *Economia e meio ambiente*, 2007. http://amaliagodoy.blogspot.com/2007/09/desenvolvimento-sustentvel-evolucao_16.html. Capturado em 28 de fevereiro de 2009.

GOMES, G.C.; FILHO, W.D.L.; ERDMANN, A.L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro 14 (1): 93-9, 2006. www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000100015. Capturado em 05 de fevereiro de 2009.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVAHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 19 (3): 310-15, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n3/a09v19n3.pdf>. Capturado em 12 de agosto de 2008.

ILHAN, M.N.; DURUKAN, E.; TANER, E.; MARAL, I.; BUMIN, M.A. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *JAN Original Research*, 2007. Capturado em 25 de janeiro de 2009.

KAKEHASHI, T.Y.; PINHEIRO, E.M.; PIZZARRO, G.; GUILHERME, A. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 20 (4): oct/dec, 2007. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400003. Capturado em 09 de março de 2009.

LADEIRA, M.B. O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 31, n.1, jan-mar, 64-74, 1996. Capturado em 26 de abril de 2007.

MACEDO, S.S. UTI Neonatal e a relação família bebê. Trabalho do curso de psicologia da Universidade Tiradentes apresentado como requisito para conclusão do curso. Universidade Tiradentes, Curso de Psicologia, 2003.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, M.C.A. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Revista do ISPV*, n.28, out., 2003. <http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm>. Capturado em 26 de abril de 2007.

MORENO, C.R.C.; FISCHER, F.M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 17(1):34-46, jan-mar, 2003. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005. Capturado em 12 de agosto de 2008.

SANTOS, J.M.; OLIVEIRA, E.B.; MOREIRA, A.C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, dez., 2006. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-35522006000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=>. Capturado em 21 de setembro de 2008.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.338, 2000.

ZACONETA, C.M.; SIQUEIRA, A.P.R; SIQUEIRA, F.R.; RAMOS, E.C. Neonatologia, a terceira onda. 2004. www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc. Capturado em 20 de agosto de 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente de trabalho possui um contexto social próprio, onde o profissional está inserido, trazendo consigo toda subjetividade e características sócio-demográficas (situação sócio-econômica, estado civil, faixa etária, questões biopsicossociais, entre outras), que somadas aos fatores estressores laborais, irão desencadear ou não desequilíbrio psicoemocional neste profissional.

Os estressores laborais apontados pelos sujeitos da Unidade Neonatal em estudo interferem no desempenho das atividades cotidianas de enfermagem, levando-os ao desgaste psicofisiológico que pode ser desencadeador de estresse. Em virtude desta exposição, os profissionais de enfermagem podem apresentar reações de desânimo e frustração, que podem refletir diretamente no cuidado aos neonatos.

Entretanto, a habilidade no cuidado dos neonatos e o tempo de experiência neste setor são considerados de grande relevância, sendo os profissionais especializados nessa área, bastante requisitados e, conseqüentemente, trabalham em mais de uma instituição, devido à escassez dos mesmos. Deste modo, adquirem habilidade de adaptação em contextos diferentes, o que não implica em diminuição de estresse, pois se agrega a dupla jornada, que embora não seja o enfoque deste artigo, deve ser mencionada como uma questão relevante nas condições pessoais de trabalho do profissional de enfermagem neonatal.

A dobra de plantão, instituída pela Legislação de Enfermagem, apontada por 73,8% dos sujeitos pesquisados, torna-se um potencial fator estressor relacionado ao processo de trabalho, uma vez que na Unidade Neonatal os neonatos são totalmente dependentes do cuidado de enfermagem, estejam em estado crítico ou não, elevando substancialmente o número de dobra de plantão, já que não há reserva técnica estabelecida de acordo com o dimensionamento de pessoal, conforme prevê a Legislação de Enfermagem. Certamente, tal situação sendo minimizada, diminuiria o desgaste físico e mental e evitaria transtornos pessoais, que geram insatisfação e desmotivação no profissional, pois quando se organiza para determinado período de trabalho e, de repente, é surpreendido por “ter” que trabalhar um turno a mais, além do cansaço, fica aborrecido, mal-humorado e irritado, podendo apresentar alterações

psicofisiológicas, que podem levar ao adoecimento e também a possibilidade de falhas técnicas, que podem ser fatais.

A inexistência de condições adequadas de trabalho fragiliza o trabalho coletivo e interfere diretamente na qualidade do cuidado realizado, tornando-se um gerador de estresse laboral para os profissionais de enfermagem. Acredita-se que, para se obter melhores condições de trabalho, os profissionais desta categoria devem se conscientizar de que a reivindicação pode ser o caminho para o reconhecimento e, assim, ter suas habilidades valorizadas a fim de proporcionar seu próprio bem-estar e, consequentemente, melhorar o cuidado prestado aos neonatos.

As situações relacionadas à estrutura física inadequada e à disposição dos equipamentos improvisada são estressantes, já que para cuidar dos neonatos os profissionais necessitam de habilidade e qualificação específica. Entretanto, se não há estrutura e local adequados, possivelmente o cuidado de enfermagem dispensado será comprometido e a exposição aos riscos ocupacionais elevada, já que o profissional sente-se co-responsável pelo imprevisto que pode levar aos acidentes ocupacionais e o cuidado de enfermagem inadequado aos neonatos.

Apesar do espaço exíguo e do grande número de pessoas circulando no ambiente, a maioria dos profissionais se movimentava de maneira segura. Os sujeitos apresentavam atitudes que demonstravam gostar de trabalhar nesta Unidade, mesmo lidando constantemente com pacientes em estado crítico que necessitam de cuidados ininterruptos e do número de leitos ocupados, frequentemente, ultrapassam a quantidade cadastrada no SUS e o máximo recomendado pela ANVISA (6m² de área de circulação para cada leito). Geralmente, ocupa-se todo espaço físico existente com leitos extras, dificultando e comprometendo o atendimento aos neonatos, principalmente em situações de emergência.

Situações gerenciais apresentaram-se como grandes geradoras de estresse. Embora possua reflexos da organização institucional e do processo de trabalho, são determinadas também pelas questões motivacionais, de autonomia e preparo para o desempenho da função. A expectativa dos profissionais de enfermagem é que o gerente exerça este cargo seguindo o perfil “ideal” - “aquele que tem todos os poderes”. Porém, quando isso não ocorre, provoca na equipe a sensação de desinteresse, desestímulo e até descompromisso do gerente, pois não conseguem visualizar o *feedback*.

Portanto, torna-se necessário que a Instituição, através dos seus gerentes, saiba compreender e administrar tais fatores, buscando estratégias que minimizem os

efeitos estressores que são altamente danosos à saúde dos profissionais de enfermagem. Assim, haverá benefício individual e coletivo, pessoal e profissional, consequentemente, institucional, já que estes profissionais fazem parte da sociedade onde atuam e interagem dinamicamente.

Estudos acerca das relações do profissional de enfermagem com outras categorias profissionais e a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade no ambiente de trabalho, hoje fundamental no cuidado com neonato e sua família, são outros problemas importantes a serem trabalhados em estudos que considerem as possibilidades e realidade da formação de equipes e aspectos sócio-culturais ao ambiente.

APÊNDICES

Apêndice 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

_____, abaixo assinado autorizo mestrandia do programa de Mestrado em Saúde e Ambiente; Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho, devidamente assistida pela sua orientadora Dr^a Marлизete Maldonado Vargas, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título: Estressores laborais indicados por profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal do Estado de Alagoas

2-Objetivo: Analisar a classificação de estressores laborais apresentados aos profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal considerando o ambiente de trabalho.

3-Descrição de procedimentos:

Caro profissional de enfermagem,

Esta pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, realizada pela aluna e enfermeira Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho, matriculada em 2007 com nº de matrícula 2075020064, com COREN/AL-65960.

Solicitamos, conjuntamente com a coordenação, seu consentimento para realizar aplicação de um instrumento de coleta de dados através de um Formulário Estruturado (Anexo II), o qual será preenchido pelo profissional de enfermagem desta Unidade Neonatal voluntariamente, após esclarecimentos sobre o estudo.

Os dados, por sua vez, serão coletados ao final de cada turno de 6 horas de trabalho. A coleta será realizada até que se consiga o número da amostra calculada.

Como qualquer pesquisa que envolve seres humanos, esta teve que ser aprovada por um Comitê de Ética. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da referida Universidade, o qual aprovou-a com o nº de protocolo 200308, tendo como responsável a pesquisadora Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho, a que vos fala.

4-Desconfortos e riscos esperados: os riscos desta pesquisa serão visualizados, a partir do momento que o profissional de enfermagem, participante da coleta de dados, apresente pistas que indiquem comprometimento de seu equilíbrio emocional, o qual poderá ser sinalizado após análise do instrumento. Este profissional deverá ser encaminhado à Junta Médica Estadual, para que seja acompanhado adequadamente, de acordo com a rotina da Instituição. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

5-Benefícios esperados: à medida que as sugestões propostas forem implementadas, para evitar ou minimizar os fatores laborais que podem levar ao estresse, os benefícios serão observados e percebidos pelos profissionais de enfermagem envolvidos na pesquisa; bem como por outros profissionais que acompanharem a evolução e conclusão desta. Deste modo, também contribuirá como literatura,

viabilizando fundamentos para estudos futuros; e ainda, incentivará às instituições de pesquisa a promover trabalhos com este tema.

6-Informações: os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados, assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7-Retirada do consentimento: o voluntário tem a liberdade de retirar seu Consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao mesmo.

8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém, os voluntários assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

10-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Mutilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-2182100, ramal 2593.

Maceió, ____ de ____ de 200__.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

Apêndice 2 INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ESTRESSORES EM AMBIENTE DE NEONATOLOGIA INDICADOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (IEANE)

Seção – A

Itens de Caracterização

- 1.Nº. para identificação do questionário_____
- 2.Sexo: _____ 3. Idade: _____ 4. Estado civil: _____
- 5.Categoria profissional_____
- 6.Tempo de formado_____
7. Gosta de trabalhar na Unidade de Neonatologia?_____
8. Tempo de trabalho nesta Unidade Neonatal_____
- 9.Exerce atividade de enfermagem paralelamente em outra Instituição?_____
 - 9.1Há quanto tempo?_____ 9.2 Em qual setor?_____
- 10.Tem outra formação profissional?_____
 - 10.1Exerce ()
 - 10.2Não exerce ()

Seção - B

Fatores

B1 - Relacionados às questões gerenciais.

	Não estressante	Pouco estressante	Indiferente	Bastante estressante	Altamente estressante
1.Trabalhar com gerente cuja liderança é autoritária					
2. Trabalhar com gerente sem autonomia para tomadas de decisão					
3. Trabalhar com gerente desmotivada (o)					
4. Trabalhar com gerente despreparada(o) para a função					
5. Trabalhar com gerente estressada(o)					
6. Trabalhar com gerente que não se envolve com assistência ao neonato					
7. Perceber que a chefia não reconhece o valor do meu trabalho					
8. Perceber que meus colegas não reconhecem o valor do meu trabalho					
9. Ser transferida(o) de setor sem ser					

previamente consultada(o)					
---------------------------	--	--	--	--	--

B2 - Relacionados ao cuidado do neonato.

	Não estressante	Pouco estressante	Indiferente	Bastante estressante	Altamente estressante
1. Realizar procedimento que demandam dor e desconforto ao neonato					
2. Desenvolver cuidados de extrema urgência					
3. Cuidar de neonatos que demandam ações de mais complexas					
4. Cuidar sozinha(o) de neonatos que demandem cuidados complexos					
5. Cuidar de neonatos com diagnóstico desconhecido					
6. Cuidar de neonatos sem possibilidade de sobrevida					
7. Prestar cuidados ao neonato no pós morte					
8. Cuidar de neonatos cuja família é ansiosa e exigente					

B3 - Relacionados ao processo de trabalho.

	Não estressante	Pouco estressante	Indiferente	Bastante estressante	Altamente estressante
1. Falta de planejamento das atividades					
2. Participar de reuniões					
3. Desenvolver atribuições que não sejam de sua competência					
4. Assumir responsabilidades sem preparo adequado					
5. Trabalhar com aparelhos desconhecidos					
6. Trabalhar com					

aparelhos danificados					
7. Realizar tarefa com tempo mínimo disponível					
8. Dobrar o plantão por necessidade da Unidade					
9. Cuidar de um número de neonatos além do preconizado					
10. Ter necessidade de trabalhar em mais de um local, devido a baixa remuneração					
11. Sentir-se insuficientemente valorizado pela Instituição					

B4 - Relacionados ao ambiente de trabalho.

	Não estressante	Pouco estressante	Indiferente	Bastante estressante	Altamente estressante
1. Trabalhar em ambiente onde há impunidade para quem não cumpre com suas responsabilidades					
2. Relacionamento com a(o) gerente					
3. Relacionamento com as (os) enfermeiras (os) assistenciais					
4. Relacionamento com os colegas de enfermagem					
5. Relacionamento com os médicos					
6. Relacionamento com os demais profissionais da equipe da Unidade Neonatal					
7. Relacionamento com a equipe de higienização e limpeza					
8. Relacionamento com os estudantes/estagiários					
9. Relacionamento com os profissionais dos demais setores da Instituição					
10. Relacionamento com familiares dos					

neonatos					
11.Falta de estrutura física para gerência dentro da Unidade					
12.Disposição dos leitos na Unidade					
13.Disposição dos equipamentos na Unidade					
14.Espaço para circulação dos profissionais					
15.Espaço para movimentação dos equipamentos					
16.Espaço para circulação dos visitantes					
17.Cor do ambiente					
18.Iluminação do ambiente					
19.Temperatura do ambiente					
20.Cheiro do ambiente					
21.Aeração do ambiente					
22.Nível de ruído do ambiente					
23.Condições de higiene do ambiente					

Apêndice 3 - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE NEONATAL

HORA DE INÍCIO: _____

DATA: _____

HORA DO TÉRMINO: _____

DURAÇÃO: _____

Descrição do ambiente
Distribuição de leitos na Unidade
Disposição dos equipamentos na Unidade
Espaço para circulação dos profissionais
Espaço para circulação dos visitantes
Espaço para movimentação dos equipamentos
Cor
Iluminação
Temperatura
Odor
Aeração
Ruídos
Condições de higiene
Percepção da observadora

ANEXOS

Anexo 1 – Cópia da Portaria nº 3.432/GM Em 12 de agosto de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando: a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, e

a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível, resolve:

Art. 1º - Estabelecer critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI.

Art. 2º - Para as finalidades desta Portaria, as Unidades de tratamento Intensivo serão classificadas em tipo I, II e III.

1º - As unidades atualmente cadastradas pelo SUS, a partir da vigência desta Portaria, serão classificadas como tipo I.

2º - As unidades que comprovarem o cumprimento das especificações do anexo desta Portaria poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas.

Art. 3º - A partir da data de publicação desta Portaria, serão cadastradas somente unidades do tipo II ou III.

Art. 4º - Fica revogada a Portaria GM/MS/Nº 2918, de 9 de junho de 1998, publicada no DOU nº 111, de 15 de junho de 1998, e as demais disposições em contrário.

Art 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO

1. Disposições Gerais:

1.1. As Unidades de Tratamento Intensivo devem atender às disposições da Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O nº 237, de 15 de dezembro de 1994.

1.2. São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas.

1.3. Estas unidades podem atender grupos etários; a saber:

Neonatal - atendem pacientes de 0 a 28 anos;

Pediátrico - atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;

Adulto - atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;

Especializada - voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças.

1.4. Todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais.

1.5. Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

2 - Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II;

2.1. Deve contar com equipe básica composta por:

- um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica;
- um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde;
- um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração;
- um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde;
- um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;
- acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

2.2. O hospital deve contar com:

- laboratórios de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia;
- agência transfusional disponível nas 24 horas do dia;
- hemogasômetro;
- ultra-sonógrafo;
- eco-doppler-cardiógrafo;
- laboratório de microbiologia;
- terapia renal substitutiva;
- aparelho de raios-x móvel;
- serviço de Nutrição Parenteral e enteral;
- serviço Social;
- serviço de Psicologia;

2.3. O hospital deve contar com acesso a:

- estudo hemodinâmico;
- angiografia seletiva;
- endoscopia digestiva;
- fibrobroncoscopia;
- eletroencefalografia;

2.4. Materiais e Equipamentos necessários:

- cama de Fawler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente;
- monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;
- carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada dez leitos ou fração;
- ventilador pulmonar com misturador tipo blender, um para cada dois leitos, devendo um terço dos mesmos ser do tipo microprocessado;
- oxímetro de pulso, um para cada dois leitos;
- bomba de infusão, duas por leito;
- conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito;
- conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmônmetro, estetoscópio, ambu com máscara(ressuscitador manual), um para cada leito;
- bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia;
- monitor de pressão invasiva;
- marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade,
- eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade;
- maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte;
- máscaras com venturi que permita diferentes concentrações de gases;
- aspirador portátil;
- negatoscópio;
- oftalmoscópio;
- otoscópio;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- cilindro de oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;
- conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos;
- capacete para oxigenioterapia para UTI pediátrica e neonatal;
- fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal;
- Incubadora com parede dupla, uma por paciente de UTI neonatal;
- balança eletrônica, uma para cada dez leitos na UTI neonatal;

2.5. Humanização:

- climatização;
- iluminação natural;
- divisórias entre os leitos;
- relógios visíveis para todos os leitos;
- garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito;
- garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

3. As Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III devem, além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, contar com:

3.1. Espaço mínimo individual por leito de 9m², sendo para UTI Neonatal o espaço de 6 m² por leito;

3.2. Avaliação através do APACHE II se for UTI Adulto, o PRISM II se UTI Pediátrica e o PSI modificado se UTI Neonatal.

3.3. Além da equipe básica exigida pela UTI tipo II, devem contar com:

- um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB);
- enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho;
- fisioterapeuta exclusivo da UTI;
- acesso a serviço de reabilitação;

3.4. Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condições de realizar exames de:

- tomografia axial computadorizada;
- anatomia patológica;
- estudo hemodinâmico;
- angiografia seletiva;
- fibrobroncoscopia;
- ultra-sonografia portátil.

3.5. Além materiais e equipamentos necessários para UTI tipo II, o hospital deve contar com:

- metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal;
- monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos;
- equipamentos para ventilação pulmonar não invasiva;
- capnógrafo;
- equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos;
- marcapasso transcutâneo.

Anexo 2 - Cópia da Portaria nº 1091/GM Em 25 de agosto de 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a necessidade de organização da assistência neonatal, para assegurar melhor qualidade no atendimento ao recém-nascido de médio risco;
- que a assistência ao recém-nascido deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade peri-natal e
- a necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, objetivando maior oferta de leitos de cuidados intensivos, resolve:

Art. 1.º - Criar a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco.

Parágrafo único. Entende-se como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal a unidade destinada ao atendimento do recém-nascido nas seguintes situações:

- que após a alta da UTI necessite de observação nas primeiras 24 horas;
- com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica;
- que necessite de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição;
- em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;
- com peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- submetido à cirurgia de médio porte, estável.

Art. 2.º - Estabelecer, na forma do Anexo I, as normas e critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS.

Art. 3.º- Determinar que cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS definir e cadastrar as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, de acordo com as necessidades de assistência da localidade onde estão inseridas e do conjunto das ações de saúde no âmbito dos Sistemas Estaduais, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

Art. 4.º- Estabelecer que as unidades que preencherem os requisitos contidos nesta Portaria passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde e receber a remuneração pelos procedimentos realizados, de acordo com os novos tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde, para os Estados e Distrito Federal.

Art. 5.º- Estabelecer recursos no montante de R\$ 13.073.970,00 (treze milhões, setenta e três mil, novecentos e setenta reais), a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos Estados e do Distrito Federal, na área de Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, conforme distribuição constante do Anexo II, destinados ao custeio das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal objeto do Artigo 1º desta Portaria.

Art.6.º- Definir que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, treinamento, supervisão e controle que garantam a melhoria de qualidade da assistência ao recém-nascido.

Art. 7.º- Determinar que a Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos hospitalares do SIH/SUS, para fins de remuneração da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Art. 8.º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

NORMAS E CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL NO SUS

Para fins de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS, deverão ser atendidas as seguintes normas e critérios:

1- Características Gerais

1.1 - Funcionar em serviços de maternidade do nível III ou do nível II, para o atendimento à gestação de alto risco, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.477, de 20 de agosto de 1998, ou,

1.2 - Estar vinculada a serviços de maternidade cadastrados no SIH/SUS, que disponham nas 24 horas do dia de:

- a) Laboratório de Análises Clínicas;
- b) Laboratório de Microbiologia;
- c) Hemogasômetro;
- d) Agência Transfusional;
- e) Ultrassonografia;
- f) Aparelho de Raios-X Móvel;
- g) Serviço de Radiologia;
- h) Serviço de Nutrição Enteral ou Parenteral;
- i) Serviço de Psicologia e de Assistência Social;
- j) Banco de Leite Humano.

1.3 - Garantir a referência para serviços de maternidade de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica.

2 - Recursos Físicos

As instalações físicas deverão estar de acordo com o estabelecido na Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, além de apresentar:

- a) área física adequada, com espaçamento de no mínimo 1 (um) metro entre os berços e paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2 (dois) metros;
- b) rede elétrica que atenda à norma NBR 13534;
- c) área de prescrição médica;
- d) área de cuidados e higienização – 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- e) posto de enfermagem - 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- f) sala de serviço - 01 (um) para cada posto;
- g) área de internação;
- h) sala de acolhimento para amamentação ou extração de leite;
- i) ambientes de apoio e
- j) pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.

3- Recursos Materiais e Equipamentos

- a) berço de calor radiante (10% dos leitos);
- b) incubadoras de parede dupla (20% dos leitos);
- c) incubadoras simples (20% dos leitos);
- d) berços simples ou aquecidos (50% dos leitos);
- e) material para reanimação neonatal - 01 (um) ambú com reservatório e válvula, para cada 03 (três) recém-nascidos;
- f) máscaras para prematuros e RN a termo;
- g) capacetes para oxigênio – 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
- h) oxímetro de pulso – 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- i) termômetro eletrônico portátil, esfigmomanômetro, estetoscópio, ressuscitador manual -01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
- j) otoscópio e oftalmoscópio;
- k) monitor de pressão não invasiva;
- l) monitor de beira de leito com visoscópio – 01 (um) para cada leito;
- m) carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal – 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- n) ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão - 01 (um) para 15 (quinze) leitos;
- o) conjunto de nebulizador em máscara – 01 (um) para cada leito;
- p) aspirador portátil;
- q) conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido – 01(um) para cada 04 (quatro) leitos;
- r) bomba de infusão - 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- s) aparelhos de fototerapia - 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
- t) bandejas para procedimentos - punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia;
- u) balança eletrônica;
- v) incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido;
- w) negatoscópio.

4 - Recursos Humanos:

- a) 01 (um) responsável técnico com título de especialista em neonatologia (TEN) ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia comprovada por meio de declaração de serviço;
- b) 01 (um) médico diarista com título de especialista em neonatologia (TEN) ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia, comprovada por meio de declaração de serviço, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

- c) 01 (um) médico plantonista com especialidade em pediatria exclusivo para cada 15 (quinze) leitos ou fração, por turno de trabalho;
- d) 01 (um) enfermeiro coordenador;
- e) 01 (um) enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- f) 01 (um) técnico/auxiliar de enfermagem para cada 05 (cinco) leitos, por turno de trabalho;
- g) 01 (um) funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço.

Anexo 3 - CÓPIA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Estressores laborais atribuídos por profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal do Estado de Alagoas		
Pesquisador Responsável Ana Cláudia Ferreira Pinheiro Coutinho		
Data da Versão 12/03/2008	Cadastro 200308	Data do Parecer
Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais		
Objetivos do Projeto Objetivo Geral: Analisar os estressores laborais atribuídos por profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal do Estado de Alagoas. Objetivos Específicos: Identificar o perfil dos profissionais de enfermagem que integrarão a amostra desta pesquisa. Levantar os fatores gerenciais, atribuídos pelos profissionais de enfermagem, que podem levar ao estresse numa Unidade Neonatal de uma Maternidade Pública. Identificar os fatores estressores relacionados ao manejo dos neonatos, segundo a percepção dos profissionais de enfermagem da Unidade em estudo. Identificar os fatores estressores relacionados ao processo de trabalho, atribuídos pelos profissionais de enfermagem no ambiente de neonatologia. Levantar fatores que podem desencadear estresse, relacionados ao ambiente da Unidade Hospitalar em estudo. Descrever os estressores laborais atribuídos por profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal.		
Sumário do Projeto O trabalho da enfermagem, principalmente no âmbito hospitalar está, conforme diversos estudos, entre os que mais geram estresse em seus profissionais. Dessa forma, o objetivo deste estudo será analisar os estressores laborais atribuídos por profissionais de enfermagem de uma Unidade Neonatal do Estado de Alagoas, referência estadual para gestantes e recém-nascidos de alto risco. Será um estudo descritivo, exploratório, observacional, com abordagem quali-quantitativa. A equipe de enfermagem desta Unidade é formada por 133 profissionais de enfermagem sendo 22 enfermeiros, 111 técnicos ou auxiliares de enfermagem. Espera-se com essa pesquisa, expressar de maneira quali-quantitativa, os fatores estressores que podem levar ao desencadeamento e/ou potencializar os sinais/sintomas do estresse. Desta forma, poder comprovar cientificamente a necessidade de implementar estratégias (ações) que evitem ou minimizem o surgimento dos fatores estressores neste ambiente, procurando desta maneira promover saúde aos profissionais de enfermagem inseridos nesta área de atuação.		
Itens Metodológicos e Éticos	Situação	
Título	Adequado	
Autores	Adequados	
Local de Origem na Instituição	Adequado	
Projeto elaborado por patrocinador	Não	
Aprovação no país de origem	Não necessita	
Local de Realização	Outro (citar no comentário)	
Outras instituições envolvidas	Sim	
Condições para realização	Adequadas	
Comentários sobre os itens de Identificação		
Introdução	Adequada	

Página 1-2


Bárbara Lima Simioni Leite
Coord. Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Tiradentes

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 66 Local
Cálculo do tamanho da amostra	Não informado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crerios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Comentário
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Comentário
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Em relação ao risco-benefício, sugiro que sejam discriminados na metodologia ao invés de apenas citar. Recomendo que sejam observadas as orientações que constam na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente os itens "a"; "b" e "l", em relação ao Termo Livre e Esclarecido.

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	04/08
Data de término prevista	01/09
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto é de relevância, e tem sua aprovação condicionada às correções recomendadas no Termo Livre e Esclarecido, e a relação risco-benefícios.


Bárbara Lima Simioni Leite
 Coord. Comitê de Ética em Pesquisa
 Universidade Tiradentes