

O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia

The stress of the multiprofessional team in the Operating Room

El estrés del equipo mutiprofesional en el quirófano

Rita Catalina de Aquino Caregnato

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem.
Professora do Curso de Enfermagem da ULBRA
e UNIVATES.
carezuca@terra.com.br*

Liana Lautert

*Enfermeira. Doutora em Psicologia. Professora
do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem
da UFRGS.
lila@enf.ufrgs.br*

RESUMO

Este artigo é um estudo de caso que apresenta os estressores comuns, respostas, manejos individuais e coletivos dos profissionais que atuam na sala de cirurgia. Os dados foram coletados por entrevistas com 32 sujeitos da equipe multiprofissional, submetidas à análise de conteúdo, emergindo seis categorias: vivências significativas do estresse; situações que geram estresse; comportamento individual na sala de cirurgia; manejo do estresse; responsabilidades e comprometerimentos; manifestações comportamentais. Embora intercorrências com pacientes gerem vivências marcantes, o paciente foi considerado menor gerador de estresse nos profissionais, sendo as relações interpessoais os estressores mais frequentes e significativos. Para o enfrentamento das situações de estresse os profissionais utilizam o manejo centrado no problema, centrado na emoção, manobras de alívio e desenvolvimento das relações sociais.

Descritores: Estresse; Sala de cirurgia; Comportamento e mecanismos comportamentais.

ABSTRACT

This article is a case study that presents common stressors, answers to professional's individual and collective handling in the operating room. The data was collected through interview of 32 persons of the surgical team, submitted to content analysis, arising eight differentiated categories from them: significant stress experiences; stressing situations; individual behavior in the operating room; stress handling; responsibilities and compromises; behavioral responses. Even though relationship with patients generates important life experiences, the patient was considered the minor stressor agent, being the interpersonal relations the most significant one. To cope with stressful situations the professionals use the handling focused on the problem, on emotion, on relief maneuvers, and on development of social relationships.

Descriptors: Stress; Operating room; Behavior and behavior mechanisms.

RESUMEN

Este artículo es un estudio de caso que presenta los estresores comunes, respuestas y manejos individuales y colectivos de los profesionales que actúan en el quirófano. Los datos fueron colectados por entrevistas de 32 sujetos del equipo multiprofesional, fueron sometidos al análisis de contenido obteniéndose seis categorías: vivencias significativas del estrés; situaciones que generan estrés; comportamiento individual en el quirófano; manejo del estrés; responsabilidades y comprometerimentos y manifestaciones comportamentales. No obstante, intercorrências con pacientes generan vivências marcantes, el paciente fue considerado el menor generador de estrés en los profesionales, siendo las relaciones interpersonales los estresores mas frecuentes y significativos. Para el enfrentamiento de las situaciones de estrés los profesionales utilizan el manejo centrado en el problema, centrado en la emoción, maniobras de alívio y el desarrollo de las relaciones sociales.

Descriptores: Estrés; Quirófano; Conducta y mecanismos de conducta.

Caregnato RCA, Lautert L. O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):545-50.

1. INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver estudo sobre estresse ocupacional gerado nos profissionais que atuam na Sala de Cirurgia (SC) decorreu de questionamentos surgidos da experiência de uma das autoras que atuando quase duas décadas como enfermeira atuante no Bloco Cirúrgico (BC). Percebi este cenário como ideal para desencadear o processo de estresse. Estes profissionais, além de lidarem com a vida e a morte, vivem relações de poder e saber desempenhando diferentes papéis, expressados em formas de controle e resistência.

Tem-se observado que o manejo das situações-problema e o enfrentamento do estresse variam, tendo cada sujeito maneira própria de perceber, imaginar, opinar, agir, amar e odiar a partir da sua estrutura psicológica. As vivências determinam a maneira de sentir e compreender o que se passa

em si e no mundo⁽¹⁾. A história de vida estabelece a forma de entender e interpretar esse processo, na medida em que se consideram as experiências subjetivas dados importantes⁽²⁾.

A partir deste pressuposto, da observação e da reflexão se traz à luz uma premissa fundamental: os diversos sujeitos apresentam respostas e manifestações variadas de comportamento quando expostos a fatores com potencial estressor.

A equipe multiprofissional foi escolhida para este estudo de caso, traçando como objetivos identificar estressores comuns e diferenciados, bem como conhecer respostas e manejos individuais e coletivos dos profissionais que atuam na sala de cirurgia, procurando compreender a configuração das práticas e saberes dos sujeitos na manipulação do seu objeto de trabalho, entendendo-se que as características das singularidades contêm o conjunto das determinações da totalidade⁽²⁾.

Na área ocupacional o estresse tem recebido atenção especial, isto porque afeta negativamente níveis de satisfação, produtividade, saúde e desempenho do empregado^(3,4), sendo mais intensa em atividades envolvendo inter-relacionamento de profissionais⁽⁵⁻⁷⁾. O estresse gera dificuldades de atenção e concentração, confusão mental, perda temporária da memória, irritabilidade, cansaço, mal-estar generalizado e acidentes⁽⁸⁾. Quando encontra-se elevado, desorganiza mente e comportamento humano, originando impacto multiplicador inclusive em recebedores de serviços⁽⁹⁾, tornando-se extremamente relevante investigação visando a compreensão de como este grupo enfrenta o estresse.

O BC é um cenário da explosão tecnológica das últimas décadas, com modificações dos procedimentos técnicos, na instrumentação e nos equipamentos usados em cirurgia exigindo constante atualização dos profissionais⁽¹⁰⁾. Soma-se a isso trabalhos requerendo grande concentração por muitas horas, exigindo rapidez, provocando tensão e fadiga mental⁽¹¹⁾, bem como o nível de responsabilidade no ato cirúrgico, o ritmo e jornadas intensas e extenuantes originando fadiga física e mental. Cirurgias de grande porte que obrigam equipes a permanecerem em posições inadequadas e desgastantes. A este quadro somam-se vários fatores que podem influenciar o desenvolvimento do processo de estresse.

Sabe-se que o estresse é consequência inevitável da vida moderna, lotando de enfartados, deprimidos e ansiosos os consultórios médicos⁽¹²⁾. A profissão de médico no Brasil tem rotina desgastante⁽¹³⁾. A baixa remuneração e pressão da responsabilidade, aliadas à capacidade de trabalho aparentemente inesgotável, torna-os vulneráveis ao estresse. Outro elemento que aumenta a tensão da equipe é o conjunto de expectativas do paciente e familiares, gerando dependência total destes em relação à equipe cirúrgica.

Fica evidente a multiplicidade de estressores, com sobreposição de diversas variáveis, e a complexidade das interações.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para investigar o processo de estresse ocupacional da equipe multiprofissional na SC optou-se pela pesquisa qualitativa, partindo da existência de relação dinâmica entre mundo real e sujeito, interdependência viva entre sujeito e objeto e vínculo indissociável entre mundo objetivo e subjetividade do sujeito⁽¹⁵⁾. O sujeito utiliza categorias de pensamento, regras de evidências e teorias para selecionar e interpretar os diversos aspectos ou objetos de situações vivenciadas⁽¹⁶⁾. O conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana tal como é vivida e expressas através da linguagem^(17,18).

Como os profissionais do BC apresentam condições socioculturais diferenciadas, determinadas por sua história e formação, acreditou-se que o estudo de caso⁽¹⁹⁾ fosse mais indicado, permitindo retratar a realidade revelada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem,

evidenciando a multiplicidade de aspectos a partir da interpretação da dimensão simbólica de cada sujeito.

Nesta pesquisa o campo de ação foi o Bloco Cirúrgico (BC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário público de grande porte localizado em Porto Alegre-RS, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com 12 salas de cirurgias, realizando a média de 1.000 cirurgias/mês entre eletivas, urgências, emergências e transplantes⁽²⁰⁾.

Para definir o quantitativo da amostra seguiu-se recomendações de autores que trabalham com pesquisa qualitativa^(2,21,22). Vilarino⁽²²⁾ apóia-se em Vêrges ao sugerir 30 sujeitos como quantidade suficiente para saturação dos dados.

Assim atendendo às recomendações de Stake⁽²¹⁾, de que a amostra deve ser representativa do coletivo e considerando que se estudou quatro categorias de profissionais (cirurgião, anestesista, enfermeiro e técnico de enfermagem) selecionou-se oito sujeitos por categoria, totalizando 32. Para traçar o perfil da amostra, dentro da dimensão psicológica, considerou-se o tipo de comportamento do sujeito: estressado e não estressado. Para tanto, utilizou-se o conceito criado por Friedman e Rosenman⁽²³⁻²⁵⁾, sendo selecionados quatro sujeitos por categoria. Para compor o grupo de profissionais estressados (padrão Tipo A) foram selecionados indivíduos que apresentavam regularmente traços comportamentais de urgência temporal, competitividade e hostilidade, manifestações típicas do padrão de conduta tipo A. Outros quatro participantes que não manifestavam este tipo de comportamento, foram incluídos no grupo B. Buscou-se casos típicos expressando melhor o tipo ideal da categoria, selecionando casos extremos para fornecer uma idéia dos limites das vivências estressantes. Como critérios de inclusão, selecionou-se casos representativos da categoria profissional, determinou-se que todos trabalhassem no mesmo BC, no mínimo há dois anos.

O projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA para aprovação. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado em duas vias⁽²⁶⁾.

As técnicas para a coleta de dados foram: entrevista semi-estruturada, ficha informativa e observação participante. Com o propósito de validar os dados coletados, os achados foram transcritos e foram entregues aos sujeitos para apreciação, discussão e validação. Somente após a validação iniciou-se a análise dos dados.

Trabalhou-se com a técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin⁽²⁷⁾, composta de três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e interpretação. O critério de categorização foi semântico, construindo as categorias temáticas⁽²⁸⁾.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido à extensão dos resultados encontrados, este artigo apresentará apenas a categorização, resultante das entrevistas, e os resultados comuns entre a equipe.

Quanto ao perfil dos participantes, a média do tempo de trabalho no BC foi: 27 anos entre cirurgiões, 9 entre anestesistas, 11 entre enfermeiras e 14 entre técnicos de enfermagem. O nível sócio-econômico-cultural decresce proporcionalmente conforme as categorias profissionais. Quanto maior o tempo de escolaridade mais horas trabalhadas durante o dia.

A categorização resultantes das entrevistas foram agrupadas de acordo com semelhanças semânticas resultando seis categorias e respectivas subcategorias, apresentadas no quadro 1.

3.1 Vivências Significativas do Estresse

Percebeu-se senso comum entre os participantes ao associarem o estresse a fatores negativos; as vivências negativas marcam mais, pois

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

Quadro 1. Distribuição das categorias e subcategorias dos conteúdos de entrevistas. Porto Alegre, 2002.

são situações inesperadas onde se perde o controle da situação, desencadeando medo e sofrimento. O sofrimento do trabalhador começa quando este, após ter usado todos seus recursos, não consegue mudar a tarefa. "A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento"⁽²⁹⁾.

Intercorrências aparecem como vivências das mais marcantes. A maioria dos profissionais apontou a morte como intercorrência mais significativa de estresse. Ela é a maior preocupação dos cirurgiões e anestesistas, pois estes se consideram responsáveis pelo paciente, inclusive perante a família.

As brigas entre a equipe aparecem também como vivências significativas do estresse. O trabalho de equipe nas unidades críticas, muitas vezes, gera descompassos pelas peculiaridades de cada profissional e pela dificuldade de trabalhar de forma interdisciplinar; em decorrência é gerado o conflito⁽³⁰⁾.

Na subcategoria sentimentos decorrentes das vivências de estresse, foram, relatados por todos profissionais: estresse, medo, ansiedade e tensão. Estes conceitos são muito similares e até mesmo a academia tem dificuldade de fazer a diferenciação. Kaplan, Sadock e Grebb⁽²⁴⁾ tentam fazer uma distinção entre medo e ansiedade descrevendo o medo como um sinal de alerta similar à ansiedade. Da mesma forma que não é fácil a distinção entre medo e ansiedade, também é muito difícil estabelecer o limite entre ansiedade e o estresse, pois em ambos os conceitos existem estímulos (internos/externos) e respostas.

O sentimento de desvalia foi manifestado exclusivamente pela enfermagem. A percepção de falta de reconhecimento social pelo desempenho do trabalho gera desgaste da identidade do trabalhador⁽¹¹⁾ e considera-se o reconhecimento questão relevante para a saúde mental do trabalhador. Bianchi⁽³¹⁾, analisando algumas pesquisas com enfermeiros que trabalham em BC, verificou que a maioria apontava falta de reconhecimento pelo seu trabalho. Esta também é apontada por Massaroni⁽³²⁾ como um estressor para a enfermagem.

3.2 Situações que Geram Estresse

Esta categoria divide-se em sete subcategorias: relacionamento interpessoal, ato cirúrgico, ambiente, material e equipamento inadequado, incertezas, comportamento do cirurgião e condições do paciente.

A subcategoria denominada relacionamento interpessoal despontou em

todas as categorias profissionais. Para Albrecht⁽³³⁾ uma das principais variáveis no equilíbrio físico-psíquico do trabalhador é o contato humano. Vários autores concordam que efeitos do estresse apresentam-se mais intensamente entre trabalhadores cujas atividades envolvem o inter-relacionamento de profissionais de várias áreas^(7,34). Isto ocorre com os profissionais que trabalham no BC, ligados a um emaranhado de relações entre vários profissionais de diversas áreas; lembrando que a equipe cirúrgica é heterogênea, formada de profissionais de nível superior, médicos e enfermeiras, e de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem⁽³⁵⁾.

As situações de relacionamento interpessoal apontadas como geradoras de estresse em todas as categorias profissionais, foram: brigas, desrespeito, problemas na equipe e falta de comprometimento de alguns profissionais.

O ato cirúrgico é considerado muito importante para todas as categorias profissionais, nele encontram-se todas as situações que podem representar sobrecarga gerando estresse nos profissionais: grau de complexidade do trabalho, responsabilidade pela vida e bem-estar dos outros e as exigências do trabalho⁽³⁶⁾.

Os desafios físicos e mentais, multiplicidade de tarefas, status de trabalho e prestação de contas são variáveis universais desencadeadas durante o ato cirúrgico interferindo diretamente no equilíbrio físico-psíquico dos profissionais⁽³³⁾. A diversidade de tarefas está presente no ato cirúrgico: quanto mais especialidades cirúrgicas um BC estiver apto a atender maiores serão a diversidade das tarefas e as situações diferenciadas. O status de trabalho também se encontra, pois além dos cirurgiões considerarem-se superiores aos colegas de outras áreas, a enfermagem também é considerada como a "elite da enfermagem"⁽³⁷⁾, pelo conhecimento que o BC lhes exige. Por último, a prestação de contas, aos familiares do paciente e naturalmente à instituição também constitui um desafio aos profissionais.

As situações comuns que geram estresse no ato cirúrgico em todas as categorias profissionais, foram: atrasos, sangramento descontrolado, mau planejamento da cirurgia e situações imprevistas.

A subcategoria ambiente aponta várias situações geradoras de estresse. Os participantes desta pesquisa consideram o BC uma área física estressante por natureza. As situações ambientais citadas por toda equipe cirúrgica foram: área fechada, barulho e a temperatura ambiental. As condições de trabalho incluindo o ambiente físico, químico e biológico, afetam a saúde física do trabalhador, enquanto que a

organização do trabalho irá interferir na saúde mental⁽³⁸⁾.

O ambiente físico determinado pelo barulho, iluminação inadequada, salas muito pequenas e clima não adequado é considerado um fator estressor⁽³⁶⁾. A condição ambiental, incluindo o espaço físico, pode produzir prejuízos orgânicos através da temperatura, iluminação inadequada, gases e substâncias tóxicas, ocasionando algum grau de distúrbio psicofisiológico no trabalhador⁽¹¹⁾.

Na subcategoria material e equipamento inadequados estressores comuns foram: equipamentos e materiais que não funcionam ou que funcionam inadequadamente durante a cirurgia, uso de materiais inadequados ou ruins, falta de material e equipamentos. Esta subcategoria pode ser relacionada a uma das condições citadas por Grandjean⁽³⁶⁾, a exigência do trabalho. Quando as exigências do trabalho determinadas pela carga de trabalho e pela atenção não são atendidas existe tendência de sobrecarga.

A subcategoria comportamento do cirurgião é apontada, até mesmo pelos próprios, como uma das situações geradoras de estresse. Os cirurgiões reconhecem que seus comportamentos geram estresse na equipe e quanto mais jovens, menos seguros e mais agressivos. Relacionaram como comportamentos geradores de estresse: perfeccionista, muito exigente, irritado e com perda de controle. Os cirurgiões disseram não gostar da espera e demora. Portanto, esperar a liberação de sala ou de material são consideradas situações geradoras de estresse. Ficou evidente que depender dos outros também gera estresse no cirurgião.

É importante considerar diferenças individuais dos profissionais para a percepção dos estressores. Cada profissional dará significado diferente para a mesma situação, pois um mesmo fator estressante pode ser motivo de alegria para um enquanto para outro causa de muito sofrimento e doença⁽²⁵⁾. As situações vivenciadas como estressantes afetam de forma diferente o equilíbrio do profissional, pois cada indivíduo tem um grau de adaptação, dependendo da experiência prévia em manejar as demandas, do momento, do seu nível de adaptação, do tipo, número, intensidade e duração do agressor.

Na subcategoria incertezas o desconhecido foi o fator mais apontado pelos sujeitos. Inegavelmente o desconhecido causa medo nas pessoas. O medo encontra-se presente em todas as ocupações⁽²⁹⁾. Sendo os profissionais que trabalham no BC responsáveis pela vida e bem-estar dos pacientes⁽³⁶⁾, é evidente que as situações desconhecidas causarão incertezas e estresse.

A última subcategoria condições do paciente é a que menos estressa estes profissionais, se comparada às demais. Nela aparece a situação do risco de morte e a gravidade do caso como geradores de estresse na equipe cirúrgica.

As enfermeiras apontaram a assistência de enfermagem prestada ao paciente no perioperatório geradora de algumas situações de estresse. Porém, não são as mais citadas, como também na pesquisa de Bianchi⁽³¹⁾, onde os menores escores de estresse aparecem na assistência ao paciente. Isso ocorre porque o papel da enfermeira no BC é principalmente de coordenadora do setor, preocupando-se mais com a organização do ambiente e os equipamentos do que com o paciente⁽³⁵⁾.

3.3 Comportamento Individual na Sala de Cirurgia

Esta categoria mostra como os profissionais comportam-se no seu cotidiano, e foi subdividida em três subcategorias: autopercepção do comportamento, envolvimento com o trabalho e comportamento frente ao estresse. Nesta categoria trabalhou-se com conceito de padrão de comportamento tipo A e B estabelecido por Friedman e Roseman^(24, 25).

Na subcategoria autopercepção do comportamento verificou-se que os sujeitos classificados no grupo A reconhecem em si e relatam características semelhantes às descritas por Friedman e Roseman, quando dizem que pessoas com padrão de comportamento do tipo A

têm excesso de urgência de tempo e hostilidade competitiva, enquanto as designadas para o grupo B exibem comportamento diferente, ou seja, "são calmas, menos agressivas, sem pressa e menos propensas a lutarem vigorosamente para atingirem um objetivo"⁽²⁴⁾. Interessante que anestesistas, enfermeiras e técnicos do grupo B disseram que não são rápidos nem lentos enquanto que nos depoimentos do grupo A aparecem manifestadas a urgência temporal, a agilidade e rapidez. O padrão de comportamento tipo A também é uma resposta para um desafio no ambiente; na ausência de uma situação desafiadora este comportamento pode não se manifestar⁽²³⁻²⁵⁾.

Na subcategoria envolvimento com o trabalho a característica comum apontada entre todos os sujeitos é o prazer e satisfação de trabalhar no BC e, em consequência, sentem-se comprometidos com o trabalho e com os pacientes. Quanto ao envolvimento com o trabalho constatou-se que os médicos do grupo A consideram-se auto-suficientes e individualistas, enfrentando situações difíceis como excitantes e desafiadoras; já os do grupo B preocupam-se com os relacionamentos interpessoais e trabalham em equipe compartilhando responsabilidades. Os cirurgiões consideram-se o chefe da equipe e o responsável pelo paciente. Esta opinião é compartilhada por outros profissionais, os quais consideram ter grande responsabilidade com o paciente, mas nunca assumindo posição de chefia da equipe. Os anestesistas consideram-se responsáveis por controlar a dor dos pacientes, as enfermeiras destacam a importância no seu papel de resolver problemas e autodefinem-se como facilitadoras enquanto os técnicos deixaram evidente que fazem o seu trabalho hierarquicamente dependentes do cirurgião.

Krahl⁽³⁷⁾ diz que o Centro Cirúrgico tem seus próprios rituais, mitos e "deuses". Concordando com a autora constatou-se, através dos depoimentos dos cirurgiões nesta pesquisa, que estes se consideram semi-deuses, donos dos pacientes, com sabedoria e onipotência superior aos demais profissionais, membros da equipe. Isto ficou evidente principalmente nos cirurgiões do grupo A.

Quanto ao comportamento frente ao estresse constatou-se que a agressividade aparece tanto em cirurgiões quanto anestesistas e enfermeiras do grupo A. Kaplan⁽³⁹⁾ descreve ser a agressão uma forma de comportamento e não uma emoção. Diz que a agressividade pode ser acompanhada por raiva, vingança e outros afetos. Tanto nos depoimentos dos anestesistas quanto das enfermeiras apareceu que o comportamento e a reação dependerão muito do momento. É importante destacar que o mesmo agressor que determina estresse numa pessoa poderá ser neutro para outra, e um acontecimento que pode ocasionar estresse em uma determinada ocasião, pode não o ser em outro momento^(40,41).

3.4 Manejo do Estresse

Esta categoria expressa as formas utilizadas pelos profissionais para enfrentar o estresse, dividindo-se nas subcategorias: manejo centrado no problema, manejo centrado nas emoções, manobras de alívio e desenvolvimento das relações sociais.

O manejo do estresse está vinculado ao processo de enfrentamento, ou seja as estratégias usadas pelo indivíduo frente a estressores; uma vez exposto, cria formas de enfrentamento para sobreviver. Em ambientes onde existe contato intenso com pessoas, o indivíduo se expõe frequentemente a situações que o obrigam a utilizar estratégias de enfrentamento ou de adaptação, ocorrendo repetidas vezes na área humanística⁽⁴²⁾. Dependendo do padrão comportamental de cada profissional determina o manejo e as estratégias que utilizará para o enfrentamento. Sendo a situação percebida como positiva o sujeito, a enfrenta como um desafio; porém, se esta se apresenta com conotação negativa o sujeito a enfrenta como ameaça.

Frente a uma situação estressante os profissionais utilizam manejos

comuns, centrados no problema tais como: controlar a situação; tentar resolver o problema; pedir ajuda ou procurar organizar a situação.

Os manejos centrados na emoção foram diferentes entre profissionais dos grupos A e B. Os do grupo A apontaram manejos como agressividade, atitude enérgica, pouca flexibilidade e falar. Os profissionais do grupo B manejam com flexibilização, ironias, negação, mantendo o comportamento e a calma, não demonstrando nervosismo, não se abalando e mantendo a tranquilidade.

As manobras de alívio do estresse foram: contar piadas, dormir, silêncio, ouvir música ambiental baixa na sala, brincar, rezar, respirar fundo e comer.

O desenvolvimento das relações sociais utilizadas pela equipe cirúrgica, foi: trabalhar com equipe conhecida e manter sempre a mesma equipe. Os profissionais do grupo B referiram também humildade, compartilhar o problema, ouvir e conversar.

O apoio social é um recurso que o indivíduo deve utilizar e cultivar, usando-o para o enfrentamento do estresse; as pessoas conseguiriam melhores resultados de adaptação se recebessem ou acreditassem que receberiam apoio do grupo quando necessitassem⁽²³⁾.

3.5 Responsabilidade e comprometimento

Esta categoria expressa como os profissionais se avaliam e percebem suas responsabilidades e o comprometimento individual e da equipe.

Embora opiniões contraditórias das enfermeiras sobre a responsabilidade e o comprometimento da equipe, nos depoimentos da maioria ficou evidente a opinião de ser a equipe formada por nichos independentes.

Evidenciou-se que os cirurgiões se consideram mais responsáveis e comprometidos com o paciente e a família do que os outros profissionais. Eles acreditam ficarem mais expostos, manifestando muito medo de serem responsabilizados em processos jurídicos por falhas alheias; consideram-se comandantes da equipe, devendo o controle da situação ser, conseqüentemente, deles. Esta crença é compartilhada pelos outros membros da equipe; embora verbalizem ser uma percepção distorcida, alimentam esse credo, agindo de forma como se o BC girasse em volta dos desejos e necessidades dos cirurgiões.

3.6 Manifestações de estresse

A categoria manifestações de estresse divide-se nas subcategorias: físicas e psíquicas. Nesta categoria separou-se as manifestações relatadas pelos profissionais pertencentes ao grupo A e ao grupo B.

A reação fisiológica que o estresse provoca no organismo através da química hormonal foi definida por Selye^(33,36). O aumento de alguns hormônios (adrenalina e noradrenalina) desencadeia manifestações fisiológicas e psicológicas⁽⁴²⁾.

Estresse provoca tanto alterações fisiológicas quanto psicológicas e a medida em que progride diminuem as condições do indivíduo para tomar decisões e resolver problemas⁽⁴³⁾. As alterações físicas comuns: exaustão, fadiga, cefaléia, lombalgia e insônia. As alterações psíquicas manifestam-se por mudanças na disposição, irritação ou demonstração excessiva dos sentimentos⁽⁴³⁾.

Todos os pesquisados, independente do grupo A ou B, manifestaram alterações fisiológicas e psicológicas durante o estresse. As manifestações físicas comuns citadas foram: taquicardia, sudorese, dor (muscular e cefaléia), fadiga, tremores (mão trêmula), hipertensão arterial sistêmica e boca seca. As respostas psíquicas mais comuns foram: tensão, ansiedade, medo, estresse, raiva, tristeza e depressão.

Comparando as manifestações físicas e psíquicas dos participantes dos grupos A e B, identificaram-se manifestações comuns. Nas físicas, os sujeitos apontaram a taquicardia, sudorese, fadiga, dor muscular, cefaléia, boca seca e HAS. As manifestações psíquicas comuns aos

dois grupos foram a tensão e a depressão.

A contração, rigidez, tensão muscular, cefaléia e sudorese são percebidas pelo indivíduo como reações psicofisiológicas do estresse, porém outras manifestações passam despercebidas, sem que ele tenha consciência dessas modificações, como aumento da pressão sanguínea, da glicemia e dos lipídeos^(25,41). A cefaléia, independente de sua etiologia, geralmente é exacerbada pelo estresse⁽²⁴⁾. Um dos transtornos do trabalho é a fadiga; quando crônica, ocorrem distúrbios do sono, irritabilidade, desânimo, algias e alteração do apetite⁽¹¹⁾.

O desalento, desânimo, depressão, apatia, agressividade, hostilidade, ansiedade, angústia, raiva e irritabilidade podem ser desencadeados pelo estresse, inclusive crises neuróticas e surtos psicóticos⁽⁴¹⁾. A raiva, frustrações, irritação foram manifestas somente pelos sujeitos do grupo A para expressar seu sofrimento.

Observou-se que as manifestações psíquicas dos sujeitos classificados no grupo B foram reações mais contidas, como negação, abalo, debilidade, inibição, insegurança e chateação, sendo que por várias vezes disseram que não demonstram seu sentimento.

Evidenciou-se também nesta categoria, que embora identificadas manifestações comuns entre os grupos A e B, evidenciaram-se muitas diferenças entre eles, principalmente no que se refere às manifestações psíquicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as diferentes categorias profissionais que atuam em BC indicaram vários estressores comuns. O estresse decorre do relacionamento interpessoal, do ato cirúrgico, do ambiente, dos materiais e equipamentos, do comportamento do cirurgião, das incertezas e das condições do paciente.

Embora todas as fontes geradoras sejam importantes na gênese do estresse, o problema de relacionamento interpessoal foi o relatado com maior intensidade pelos participantes enquanto que o paciente é o que menos gera estresse.

O relacionamento interpessoal conturbado gera conflitos, discussões e desrespeito entre os integrantes do grupo e é evidenciado pela falta de coleguismo a qual, pelos depoimentos, deixa transparecer que a equipe cirúrgica é formada por nichos independentes. Não existe a troca de saberes que caracteriza uma equipe interdisciplinar, mas sim uma equipe multiprofissional, onde cada grupo tem poder e interesses diversos. Trabalha-se em grupo, contudo numa configuração autônoma e fragmentada, porém, frente a uma ameaça externa eles se unem, passando a atuar circunstancialmente como uma equipe, talvez quase interdisciplinar. Os sujeitos pesquisados acreditam que isso ocorra devido a uma grande heterogeneidade, tanto no campo intelectual quanto no nível sócio-econômico-cultural, entre médicos e enfermagem. Acredita-se que além destas diferenças, também há falta de compreensão entre os profissionais, principalmente da área médica, no que se refere aos papéis a cumprir dos diferentes profissionais, os quais tem a formação direcionada para executar atribuições inerentes à profissão escolhida.

Um dos grandes geradores de estresse dentro da categoria problemas de relacionamento interpessoal, é a equipe desconhecida. Os profissionais dizem que precisam trabalhar ao lado de pessoas conhecidas, com quem tenham empatia e confiança, criando vínculo semelhante ao familiar. Quando isso não ocorre a equipe sente insegurança e falta de confiança, desencadeando o estresse.

Os sujeitos, diante das mesmas situações estressantes vividas no seu cotidiano de trabalho, apresentaram algumas respostas comuns e outras diferenciadas. Estas respostas podem manifestar-se em nível físico ou psíquico ou ambos.

Quanto aos padrões de comportamento tipo A e B foi identificado que frente ao estresse vivido na sala de cirurgia, cirurgiões, anestesistas

e enfermeiras do grupo A manifestaram agressividade; já os profissionais do grupo B são tranquilos e tentam contornar as situações utilizando várias formas de enfrentamento do estresse.

Constatou-se que dependendo do padrão comportamental de cada profissional foi determinado o manejo e as estratégias usadas para o enfrentamento das situações desafiantes, conforme a conotação dada

ao fato vivenciado.

O estresse é percebido e manejado de forma individual por cada indivíduo e dependerá do momento e da situação que está sendo vivenciada. Nem sempre o motivo desencadeador é o mesmo, pois depende das vivências, da percepção do mundo e do grau de responsabilidade técnica de cada profissional.

REFERÊNCIAS

1. Chauí M. Convite à filosofia. 10ª ed. São Paulo (SP): Ática; 1998.
2. Minayo MC. Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1992.
3. Schimidt IT. Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário. Bol Psicol 1993; 43: 21-33.
4. Crandall R, Perrew P. Occupational Stress: a handbook. Washington (USA): Taylor Francis; 1995.
5. Howard HH, Cunningham DA, Reznitz RA. Rusting out burning out, bowing out. Toronto (CAN): MacMillan; 1978.
6. Schwab RL, Iwanik EF. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burn-out. Educ Administ Quarterly 1982;18:60-74.
7. Gmelch WH, Swent B. What stress school administrators and how they cope. Am Educ Res Assoc 1982 mar.
8. Lipp M, Malagris L. Mitos e Verdades sobre o Stress. São Paulo (SP): Contexto; 1996.
9. Lipp MEN, Sassi LCL, Batista IF. Stress ocupacional na equipe cirúrgica. Cad Pesq NEP 1997; 57-64.
10. Ball KA. Lasers. In: Meeker MH, Rothrock JC, Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995. p. 1171-87.
11. Seligman-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ-Cortez; 1994.
12. Camargo L. Estresse laboral é preocupante. Zero Hora 1999 jul 30.
13. Poles C, Boccia S. Veja 2000 fev 23: 76-80.
14. Triviños A. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
15. Chizzotti, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 3ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 1998.
16. Berreman A. Desvendando máscaras sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Francisco Alves; 1980.
17. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
18. Japiassú H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1996.
19. Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo (SP): EPU; 1986.
20. Hospital de Clínicas Porto Alegre. Relatório 1999. Porto Alegre: HCPA; 2000.
21. Stake R. Investigación com estudio de casos. Madrid (ESP): Ediciones Morata; 1998.
22. Vilarino MAM. A (re)volta da vacina: eficácia e credibilidade social da vacinação contra influenza entre idosos de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2002.
23. Lazarus F. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona (ESP): Martinez Roca; 1986.
24. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
25. França ACL, Rodrigues AI. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo (SP): Atlas; 1997.
26. Almeida-Santos O. Ninguém morre de trabalhar: o mito do estresse. 2ª ed. São Paulo (SP): Texto Novo; 1994.
27. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Brasil. Resolução n. 196. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1997.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 1977.
29. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo (SP): Cortez Oboré; 1992.
30. Beck CLC. O Sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. Florianópolis (SC): [s.e.]; 2001.
31. Bianchi ER. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de Centro Cirúrgico e de outras unidades fechadas. Rev SOBECC 2000 out-nov; 4: 28-30.
32. Massaroni L. Aumenta diagnóstico de estresse em complexos hospitalares. Nursing 1999 mai; (12):5.
33. Albrecht K. O Gerente e o Estresse. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1988.
34. Schwab RL, Iwanik EF. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burn-out. Educ Admin Quarterly 1982; 18(1): 60-74.
35. Guedes MVC, Felix VC, Silva LF. O trabalho no Centro Cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. Nursing 2001 jun; 20-24.
36. Grandjean, E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.
37. Krahl M. Prazer e sofrimento: cotidiano do enfermeiro no CC. Passo Fundo (RS): UPF; 2001.
38. Dejours AJ. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
39. Kaplan H. Compêndio Psiquiatria Dinâmica. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1984.
40. Klamen D, Doblin B. Estresse: avaliação e redução. In: Flaherty J, Davis J, Janicak P. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. [s.p.].
41. Lipp M. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo (SP): Papyrus; 1996.
42. Lautert L. O Processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: Haag GS, Lopes, MJM, Schuck US. A Enfermagem e a saúde dos trabalhadores. 2ª ed. Goiânia (GO): AB; 2001. [s.p.].
43. Ellis JR, Hartley CL. Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.

Data do recebimento: 01/12/2004

Data da aprovação: 25/08/2005