



BIOÉTICA

Ana Sofia de Félix e Pinto Coelho

**STRESS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM
O EFEITO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS
(PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS)**

Trabalho Projecto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em
Bioética, sob orientação do
Mestre Miguel Ricou

**7º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2010**

7º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA

**STRESS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM
O EFEITO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS
(PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS)**

Ana Sofia de Félix e Pinto Coelho

ORIENTADOR: MESTRE MIGUEL RICOU

PORTO, 2010

A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

Agradeço:

Aos meus pais...

E ao meu orientador, Mestre Miguel Ricou, por toda a compreensão e ajuda

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO 1 – STRESS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	15
1. O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO	16
2 – PROTECÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO	18
3- <i>STRESS</i>	24
3.1 - FONTES DE <i>STRESS</i>	26
3.1.1 – <i>STRESS</i> OCUPACIONAL	28
3.2 – <i>STRESS</i> NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	30
3.3 – <i>BURNOUT</i>	33
3.4 – ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	36
CAPÍTULO 2 – BIOÉTICA E A QUALIDADE DOS CUIDADOS	39
1 – BIOÉTICA	40
1.1 – A ÉTICA NA PROFISSÃO DO ENFERMEIRO	44
2 – QUALIDADE DOS CUIDADOS	52
2.1 – RELAÇÃO ENTRE O <i>STRESS</i> E A QUALIDADE DOS CUIDADOS	55
PARTE II – PROJECTO DE ESTUDO EMPÍRICO	60
1 . PROBLEMA	61
2 . OBJECTIVOS	62
3. METODOLOGIA	63
3.1. QUESTIONÁRIO	64
3.2. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	65

CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	73
ANEXO 1	74
ANEXO 2	75

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAOHN – American Association of Occupational Health Nurses

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CLBSP – Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção

ICOH – Internacional Commission on Occupational Health

PSLT – Promoção Saúde no Local de Trabalho

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

RESUMO

O presente projecto insere-se no âmbito do VII Mestrado em Bioética elaborado sob a orientação do Mestre Miguel Ricou.

A profissão de enfermagem na sua íntegra é aquela que tem a finalidade precípua de cuidar, ou seja, dela depreende-se a função do profissional se entregar ao paciente, procurando assim realizar o seu trabalho de diversos pontos de vista: social, técnico e psicológico.

Não podem existir cuidados de qualidade se os profissionais não conseguirem exercer a sua profissão num ambiente positivo e tranquilizador. O objectivo da bioética é conseguir identificar a melhor forma de potenciar os resultados das relações construídas entre pessoas. Neste sentido propomo-nos discernir sobre o problema das condições de trabalho dos profissionais que potenciam o melhor desempenho possível.

Diversos estudos e pesquisas evidenciam que muitos enfermeiros experienciam um ambiente de stress, possuindo condições de trabalho que são deficientes e incompatíveis com as suas atribuições desempenhadas. Consequentemente, ocorre a evasão do profissional, que acaba por migrar para outras profissões, fruto da (des)motivação em decorrência das condições de trabalho. Embora essa evasão não seja tão grande, o sentimento de frustração destes é significativo e compromete o bem-estar do enfermeiro como profissional.

Neste contexto, procuramos perceber as principais situações causadoras de stress na profissão do enfermeiro e identificar algumas estratégias para contornar esta situação e ir de encontro à satisfação profissional dos mesmos. Acreditamos que esta satisfação terá repercussões positivas no modo de os enfermeiros encararem a sua profissão e consequentemente de tratarem os seus pacientes.

Orientaremos a nossa apresentação bibliográfica, para o enquadramento conceptual destacando temas como o hospital como organização, a protecção e promoção da saúde no trabalho, o stress, *burnout*, estratégias de *coping*, bioética e qualidade dos cuidados.

Na segunda parte procederemos ao enquadramento metodológico. A reprodução da pesquisa empírica consubstanciar-se-á num questionário individual e anónimo. Os questionários serão validados através de um pré-teste, aplicado a uma amostra restrita de enfermeiros (enfermeiros que exercem funções nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de S. João).

Ultimaremos o trabalho com as respectivas aporções e elaboração dos gráficos necessários. Uma vez analisadas as conclusões deste estudo apresentaremos os resultados e conclusões gerais do mesmo.

ABSTRACT

This project takes place within the Master in Bioethics VII prepared under the guidance of Master Miguel Ricou.

The nursing profession, in its entirety, is the one that has the primary aim of caring, this is, the function to engage to the patient, thus seeking to carry out their work under a social, technical and psychological point of view.

There can be no quality nursing care if their professionals can't practice their profession in a positive and calm environment. The purpose of bioethics is to identify the best way to potentiate the results of the relationships built between people. This way we propose to discern the problem of working conditions of professionals that facilitate the best possible performance.

Several studies and surveys show that many nurses are experiencing a stressful environment, having working conditions that are poor and incompatible with their professional performance. Consequently, there is the evasion of the professional, who will eventually migrate to other professions, result of (de) motivation due to working conditions. Although that evasion isn't so great, the feeling of frustration is significant and compromises the welfare of the nurse as a professional.

In this context, we propose to realize the main situations that cause stress in the nursing profession and identify some strategies to overcome this situation and seek nurses professional satisfaction. We believe that this satisfaction will have positive repercussions in the way nurses learn to face their profession and therefore to treat their patients.

We will guide our bibliographical presentation to the conceptual framework, highlighting issues such as the hospital organization, protection and health promotion at work, stress, burnout, coping strategies, ethics and quality of care.

In the second part we will proceed to the methodology. The reproduction of the empirical research will constitute a single, anonymous questionnaire. Questionnaires will be validated through a pre-test, applied to a limited sample of nurses (nurses who exercise functions in intensive care units of the Hospital de S. João).

We will finish the work with the respective notes and elaboration of the graphics. After analyzing the conclusions of this study, we will present the results and general conclusions.

INTRODUÇÃO

Este trabalho projecto surge no âmbito do Mestrado em Bioética. A actualidade das temáticas, stress, qualidade dos cuidados e bioética, o interesse da autora pelas mesmas e o facto de ser enfermeira, a exercer função numa unidade de cuidados intensivos e lidar quase diariamente com situações de stress, nos contextos profissional e pessoal, foram os factores decisivos que justificaram a escolha do tema do trabalho e a motivação para o seu desenvolvimento

O *stress* é uma realidade mais ou menos constante junto dos profissionais de saúde, concretamente na prática da enfermagem. Tal como afirma Hingley «Nursing is, by its very nature, an occupation subject to a high degree of *stress*» (1984 p.20)

Segundo Nunes (2008), o direito à protecção da saúde é uma conquista civilizacional, por isso a protecção deste direito é uma responsabilidade da sociedade e das instituições.

A profissão de enfermagem na sua íntegra é aquela que tem a finalidade precípua de cuidar, ou seja, dela depende-se a função do profissional se entregar ao paciente, procurando assim realizar o seu trabalho de diversos pontos de vista: social, técnico e psicológico.

Assim, todo este trabalho centrou-se, fundamentalmente, nos objectivos da bioética em tentar identificar a melhor forma de potenciar as relações construídas entre as pessoas no local de trabalho, de forma a potenciar o desempenho dos profissionais de enfermagem, num ambiente positivo e tranquilizador.

A Bioética tem um particular destaque na área da saúde pois está intimamente ligada às reflexões éticas por parte dos profissionais no que concerne às condutas frente a situações/dilema. Situações despoletadas pelos sucessivos avanços tecnológicos que têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e cujas consequências para os indivíduos e a sociedade são extremamente importantes

Uma equipa saudável, motivada encara o trabalho como fonte de desenvolvimento pessoal, as competências são reforçadas e verifica-se um aumento da qualidade dos serviços prestados.

A nossa problemática gira em torno do modo como as condições e a dinâmica de trabalho influencia o desempenho dos enfermeiros.

Com a elaboração deste trabalho pretendeu-se, como objectivos, tentar apurar quais os factores que causam mais *stress* na prática de enfermagem, e se os profissionais sentem que a qualidade dos cuidados prestados é afectada. Propomo-nos ainda abordar aspectos éticos na afectação da qualidade dos cuidados. Como objectivo último, tentar encontrar estratégias, a usar, não só, pelas unidades de cuidados intensivos, como dos próprios hospitais, para promover o bem-estar dos trabalhadores e consequentemente incrementar a produtividade e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Atendendo às características do nosso estudo optámos pela técnica do inquérito por questionário para a recolha de dados.

Este trabalho está dividido em duas partes, a primeira compreende o enquadramento teórico, que fundamenta o conhecimento existente sobre o tema em estudo, obtido pela pesquisa bibliográfica efectuada. Foi subdividida em dois capítulos. No primeiro capítulo, *Stress* na prática de Enfermagem, foram abordados conceitos sobre o hospital, entendido como organização, a protecção e promoção da saúde no local de trabalho, stress, especificando o stress ocupacional, *burnout* e estratégias de *coping*, como mecanismo de minimizar os efeitos negativos do stress. Já no segundo capítulo, Bioética e a qualidade dos cuidados, foram abordadas as questões relativas à bioética e ética em enfermagem, a qualidade dos cuidados, e a sua relação com o stress.

A segunda parte, que visa a elaboração do estudo empírico, é constituída por três vertentes: Problema, Objectivos do estudo e a metodologia adoptada.

Por último, procedemos a considerações finais que, no nosso entender, dão sentido ao objectivo desta investigação

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

STRESS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

1. HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO

Segundo Dubois e Petit (1998), a organização «é uma construção social complexa, não natural e modulável», que agrupa pessoas interdependentes que trabalham em conjunto para atingir um objectivo comum, não podendo ser por isso considerada apenas como a soma de indivíduos.

Para Nunes (1994) deve existir uma interacção evidente entre os trabalhadores e os diferentes níveis hierárquicos, dando ênfase ao factor humano. Segundo a autora, o reconhecimento desta interacção, só foi alcançado com o desenvolvimento da Teoria das Relações humanas por Elton Mayo, segundo a qual passou a promover a humanização e democratização na administração das empresas, considerando as pessoas que lá trabalham como seres sociais complexos, e os elementos emocionais do comportamento humano como condicionadores do desempenho laboral.

Numa organização, um conflito exprime-se através dos indivíduos, que têm personalidades que não são neutras. A organização responde ou não às motivações dos indivíduos e fá-los sentir frustrações e satisfações (Dubois e Petit, 1998).

Para Monteiro (1999), o Hospital trata-se de uma organização complexa, onde vários especialistas exercem a sua actividade profissional, existindo, por isso, interesses divergentes.

Segundo Henriques et al (1993), o Hospital, como qualquer empresa, é uma instituição com necessidades de ordem hierárquicas, fornecendo os meios através dos quais se pode retirar o máximo rendimento do saber e capacidades dos trabalhadores, independentemente do número e tipo de pessoal. Não se pode pedir ao pessoal dos cuidados que inove ou melhore a qualidade dos cuidados e, ao mesmo tempo, conserve uma hierarquia rígida, fechada, num clima de desconfiança.

A profissão de enfermagem evolui numa organização hospitalar e extra-hospitalar, podendo ser analisada sob o ângulo da organização formal e informal do circuito das suas informações. Todos precisamos de informações para organizar o nosso trabalho, o hospital, devido à sua complexidade, aos múltiplos parceiros que nele convivem, não

escapa ao problema que todas as organizações encontram: como organizar a circulação de informação, ou seja, como organizar a comunicação.

Insiste-se cada vez mais na qualidade da comunicação que se deve estabelecer entre os doentes, os médicos, os enfermeiros, os auxiliares, como condição necessária, embora não suficiente, para a qualidade dos cuidados (Abdelmalek e Gérard, 1995).

Segundo Nunes (2008), a necessidade de ter bons salários e boas condições de trabalho não são as únicas fontes de motivação dos trabalhadores. Mas também a necessidade de um ambiente de companheirismo com os colegas e de serem apreciados pelos superiores.

2. PROTECÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) morrem, todos os anos, dois milhões de mulheres e homens na decorrência de acidentes de trabalho e doenças relacionadas com o trabalho. Na União Europeia, por ano, perdem-se centenas de milhões de dias de trabalho, como consequência de deficientes condições de trabalho.

Segundo Freitas, 2008, os riscos que emergem das novas condições de trabalho implicam, novas formas de mobilização face àqueles factores para os quais ainda não se encontraram adequadas medidas de controlo. Os estudos disponíveis apontam no sentido de 50% a 60% dos dias de trabalho perdidos na Europa se encontrarem relacionados com o stress no trabalho.

Segundo Nunes (2008), o direito à protecção da saúde é uma conquista civilizacional, por isso a protecção deste direito é uma responsabilidade da sociedade e das instituições.

Como é defendido por Freitas (2008), se a organização interiorizar a importância da Segurança e Saúde no trabalho e implementar uma estrutura adequada, que é preconizada pela lei e nos códigos de boas práticas, não apenas se verificará um redução de acidentes de trabalho e doenças profissionais, como também, uma melhoria das relações sociais, da produtividade, da qualidade dos serviços prestados e disponibilidade da organização para a inovação.

Em 1900, surge a Associação Internacional para a Legislação Laboral, que em 1905 aprova duas convenções que haveriam de estar na origem da OIT.

A OIT foi criada em 1919, na sequência da I Guerra Mundial e do subsequente Tratado de Paz, assinado em Versalhes. A OIT, surgia então, como instituição intergovernamental, que tinha por objectivo tornar possível a criação de uma plataforma em matéria de condições de trabalho.

Nos EUA, por volta dos anos 30, surgiu um movimento preocupado com os excessos cometidos relativamente à organização do trabalho. Este movimento tem como referência central Elton Mayo e fica conhecido como a Escola das Relações Humanas. Os seus trabalhos defendem que os trabalhadores, como seres sociais, dependem, em grande parte, das relações psicológicas e sociais que mantêm nos grupos de trabalho.

O trabalho desenvolvido pela Escola das Relações Humanas, veio comprovar que os trabalhadores integrados em grupos estáveis, que participavam nas decisões, apresentavam maior produtividade. O que provocou uma alteração na filosofia da organização do trabalho, verificando-se uma redução dos acidentes de trabalho e do absentismo por doença. (Freitas, 2008)

A segurança no local de trabalho, lentamente, passa a ser entendida como um direito social.

Em Portugal, em 1978, é criada a Direcção Geral da Higiene e Segurança no Trabalho. Neste mesmo ano, é consagrado na Constituição da República Portuguesa, o direito à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde

Em 1991, é aprovado um documento histórico no domínio das condições de trabalho em Portugal: o Acordo Específico de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Segundo este Acordo, o governo e parceiros sociais consideram como objectivo principal “Promover a humanização das condições em que o trabalho é prestado e a protecção social, de forma a contribuir para melhorar progressivamente e de forma sustentada as condições de vida dos portugueses, num quadro de desenvolvimento de competitividade das empresas, finalidades económico-sociais que se compatibilizam com modernização da economia nacional” (cit in Freitas, 2008)

A protecção e promoção da saúde no trabalho ultrapassaram em inúmeros países, a fase da luta dirigida exclusivamente aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais, para dar lugar a uma protecção global envolvendo todos os problemas dos trabalhadores (Pereira, 1991).

Actualmente, entende-se que a promoção da saúde no trabalho deve traduzir-se numa intervenção global e integrada, envolvendo todos os trabalhadores, todos os sectores da empresa e todas as dimensões da empresa (C.L.B.S.P., 2001).

Os profissionais de Saúde no Trabalho incluem médicos, enfermeiros, técnicos de higiene e segurança no trabalho, psicólogos ocupacionais, ergonomistas, técnicos de saúde ambiental, sendo a tendência actual mobilizar a competência destes elementos dentro do marco de referência com foco na multidisciplinaridade e do trabalho em equipa (I.C.O.H., 2002).

Os principais problemas de saúde evidenciados são: as lesões musculoesqueléticas, a exposição ao ruído, as substâncias químicas e problemas psicossociais como o *stress* no trabalho (A.E.S.S.T., 2006).

O comité conjunto OIT/O.M.S. definiu, em 1950 e reviu em 1995, o conceito de saúde ocupacional, o qual deve aspirar a: promoção e manutenção do mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores nas diversas profissões, prevenir toda a alteração de saúde destes pelas condições de trabalho, protegê-los no seu emprego contra os riscos para a saúde, colocar e manter o trabalhador num posto que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas. Em suma adaptar o trabalho ao homem e o homem ao trabalho. Enumerou três objectivos fulcrais:

1. Manter e promover a saúde e capacidade de trabalho dos trabalhadores
2. Melhorar o ambiente de trabalho e o trabalho de modo a que conduza para a segurança e saúde
3. Melhorar a organização e cultura de trabalho, de modo a suportar a saúde e segurança no trabalho e, conseqüentemente, promover um clima social positivo e aumente a produtividade das empresas.

Para Graça (1999), podem ser enumeradas quatro razões fundamentais para explicar o desenvolvimento da promoção da saúde no trabalho: ser uma estratégia para reduzir e controlar os gastos com a saúde dos trabalhadores; devido ao modelo etiológico de Saúde/Doença, que reforça a importância da educação e promoção da saúde; a cultura do Wellness, ao incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis; e a construção de

uma nova ética no trabalho, ao reconhecer a importância da protecção médico-legal dos trabalhadores, bem como da extensão da sua protecção social. O hospital como organização é responsável pela saúde no trabalho.

De acordo com o autor supracitado (1999), as iniciativas de saúde no local de trabalho englobam-se numa estratégia para reduzir os elevados custos, directos e indirectos resultantes quer da prestação de cuidados médicos e hospitalares, quer dos disfuncionamentos ligados às atitudes e comportamentos no trabalho (como o caso do absentismo, *stress* e insatisfação pessoal), bem como o clima organizacional e condições de trabalho.

O tema: Saúde e Segurança no trabalho é hoje um dos aspectos mais importantes e mais desenvolvidos da política da União Europeia no que concerne ao emprego e assuntos sociais (C.C.E., 2007).

As empresas e as sociedades para serem competitivas na economia global é imperativo que apoiem os empregados e a comunidade a mudarem o seu estilo de vida de modo a melhorar o seu estado de saúde, o que conduz a um aumento de produtividade e diminuição dos custos dos cuidados de saúde (A.A.O.H.N., 2007).

Em 1997, surge a Declaração de Luxemburgo sobre a Promoção de Saúde no Local de Trabalho (PSLT), que foi adoptada pelos então membros da União Europeia. A PSLT é uma combinação de esforços entre a entidade empregadora, os trabalhadores e a sociedade de forma a melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho.

Como ficou esclarecido na Declaração de Luxemburgo, um ambiente de trabalho saudável, motivado e qualificado é fundamental para o futuro e bem-estar económico da União Europeia. Neste sentido os serviços da comissão europeia apoiaram o lançamento de uma Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Os objectivos seriam identificar e informar acerca de boas práticas através da troca de experiências e conhecimentos.

Ao promover a saúde no local de trabalho, a organização, irá sentir uma redução de custos associados à doença e um aumento da produtividade. Estes resultados observam-se num ambiente de trabalho saudável, motivado e com boas relações interpessoais.

A PSLT é uma estratégia que tem como objectivo prevenir a doença e ao mesmo tempo desenvolver o potencial de saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Uma equipa saudável, motivada encara o trabalho como fonte de desenvolvimento pessoal, as competências são reforçadas e verifica-se um aumento da qualidade dos serviços prestados.

A PSLT poderá atingir a meta «pessoas saudáveis em organizações saudáveis», se for orientada pelos seguintes princípios: participação de todos os trabalhadores e Integração da PSLT nas decisões importantes e em todas as áreas da organização.

A declaração de Seul sobre Segurança e Saúde no Trabalho, em 2008, afirma que é da responsabilidade da sociedade a promoção de elevados níveis de segurança e saúde no trabalho e que todos os membros da sociedade devem contribuir para esse objectivo. Os governos, empregadores e trabalhadores devem participar activamente em iniciativas destinadas a garantir ambientes de trabalho saudáveis e seguros, mediante um sistema de direitos, responsabilidades e deveres bem definidos e em que se concede a máxima prioridade ao princípio da prevenção.

Segundo a mesma declaração, os empregadores deveriam garantir que: prevenção constitua uma parte integrante das suas actividades, visto que o bom desempenho empresarial está associado a normas que garantam um elevado nível de segurança e saúde no trabalho; os trabalhadores e os seus representantes sejam consultados, formados, informados e implicados em todas as medidas relacionadas com a sua segurança e saúde no trabalho.

Em Portugal, são consideradas preocupações centrais de qualquer política de promoção da qualidade do emprego, seja ao nível das políticas públicas e da actuação dos actores constitucionais do Estado, seja ao nível das próprias empresas, trabalhadores e parceiros sociais (Resolução do Conselho de Ministros n°59/2008).

As actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho no nosso país, foram preconizadas no DL nº 441/91, 14 de Novembro, que visa promover a segurança, higiene e saúde, essencialmente pela redução dos riscos profissionais, a adequação das condições dos locais de trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores.

No âmbito da Estratégia de Lisboa, os Estados Membros da União Europeia reconheceram que a garantia da qualidade e produtividade no trabalho pode contribuir significativamente para a promoção do crescimento económico e do emprego (C.C.E., 2007).

3. STRESS

O *Stress* é um dos problemas mais comuns da sociedade moderna. Este pode interferir na qualidade de vida, por afectar várias dimensões que compõe o ser humano, seja ela a vertente familiar, social, motivação pessoal, profissional.

A noção de *stress* surgiu no século XIX (1878), quando Claude Bernard referiu a importância de manter o equilíbrio do indivíduo face aos acontecimentos do seu dia-a-dia. A esta capacidade de manter o equilíbrio do meio interno, através de processos fisiológicos, Walter Cannon, no início do século XX, chamou homeostase. O ser humano pode responder aos agentes *stressantes* através da secreção de adrenalina, preparando o corpo para a defesa e para o restabelecimento do equilíbrio (Francisco, 1999).

George Eugel, em 1960, definiu *stress* psicológico como sendo o conjunto de processos originários do meio externo ou interno ao indivíduo, que impõe uma exigência ao organismo (Ferreira e Ferreira, 1998).

Segundo Henriques et al (1991), o *stress* é uma exigência que põe à prova os recursos que cada indivíduo possui para enfrentar o problema que encontra no dia-a-dia.

Lipp, (1996, p. 20), amplia o conceito: «*Stress* é definido como uma reacção do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. É importante conceitualizar o *stress* como sendo um processo e não uma reacção única, ...»

Hans Selye, médico austro-húngaro definiu *stress* como «estado manifestado por uma síndrome específica que consiste de todas as alterações, inespecificamente induzidas no sistema biológico» (citado in Ferreira et al. 1997).

O nosso corpo é constituído por um conjunto de sistemas que estão interligados. Cada um deles ajusta-se perante situações e ambientes diversos. O ser humano é um sistema aberto que reage a estímulos do meio e se adapta, ao estabelecer o equilíbrio fisiológico e psicológico. Quando este equilíbrio não se verifica, nota-se o *stress*. Se este persistir provoca a sensação de mal-estar, afectando a saúde das pessoas. (Ferreira e Ferreira, 1998).

Selye conclui que não era o agente *stressor* que tinha carácter patogénico, mas sim a reacção excessiva ou insuficiente do organismo face a esse agente (Francisco, 1999).

Hans Selye conceituou o *stress* como qualquer adaptação requerida à pessoa. Esta definição apresenta o *stress* como um agente neutro, capaz de se tornar positivo ou negativo de acordo com a percepção e a interpretação de cada pessoa.

Nem sempre as reacções do *stress* são negativas, sendo mesmo necessário um certo nível de *stress* para a motivação, crescimento e desenvolvimento individual.

Podemos distinguir: *stress* positivo, chamado de *eustresse* e *stress* negativo, apelidado de *distresse*.

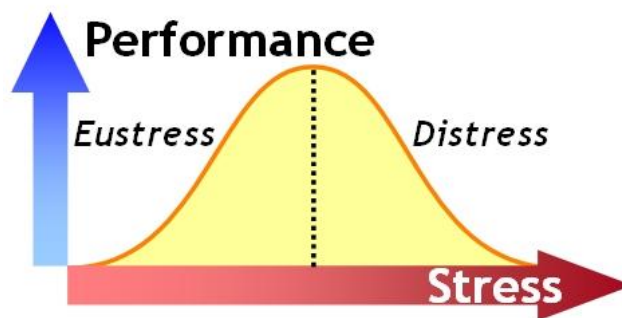


Figura 1: Curva representativa do *eustress* e *distress*.
(Neuroscience, Joyful Learning and the SCARF Model, Ed Batista)

Tal como podemos visualizar na Figura1, o *eustress* suporta uma boa performance que, após atingir um pico máximo, se transforma em *distress*.

Assim, os aspectos positivos do *stress*, o *eustresse*, motivam e estimulam a pessoa a lidar com determinada situação, mantendo a percepção mais aguçada, concentração focal e envolvimento maior no objetivo proposto em busca da superação de si próprio; o *stress* pode auxiliar o homem, que é um ser de natureza fluída, a ir mais além, a propor-se alcançar os seus objectivos.

A compreensão do que é *stress*, os seus sintomas e as suas fases, podem levar o ser humano, a utilizá-lo a seu favor, a força gerada pelo *stress*. A falta de conhecimento sobre o assunto e de tratamento adequado pode, por outro lado, levar a resultados desastrosos como várias doenças orgânicas.

Nem sempre o *stress* é prejudicial, no entanto o *stress* prolongado é uma das causas do esgotamento, que pode levar ao *Burnout* (França, 1997). Ou seja, o *stress* pode ou não levar a um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade do indivíduo e habilidade em administrá-lo. (Lipp e Malagris, 1995) Para Codo, Sampaio e Hitomi (1993), saúde e doença não são fenómenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, mas estão vinculados ao contexto socio-económico-cultural.

3.1. FONTES DE STRESS

As fontes de *stress* podem ser internas ou externas ao indivíduo e são mediadas pela percepção individual, que é influenciada por vários factores como a personalidade, experiências anteriores e a capacidade para resolver a situação.

As fontes internas ao indivíduo são as exigências ou as pressões que ele exerce sobre si próprio, como por exemplo, o seu sentido de responsabilidade, a sua obrigação, o seu perfeccionismo, culpabilização e autocriticismo. As fontes externas são as exigências ou as pressões de que o indivíduo é alvo, tais como a carga de trabalho, a responsabilidade por pessoas ou materiais, pressões financeiras e familiares (Câmara et al, 2003).

Segundo Lipp e Malagris (citado in Fiorito e Malagris, 2006), os estímulos internos são aqueles que fazem parte das cognições do indivíduo, do seu modo de ser o mundo,

assertividade, crenças, valores, características pessoais, padrão de comportamento, vulnerabilidades, ansiedade e esquema de reacção à vida. Já os externos, referem-se a acontecimentos da vida da pessoa.

Segundo Holt (citado in Câmara et al, 2003), identificam-se as seguintes áreas como fontes de *stress*:

- As características físicas do ambiente de trabalho, como o ruído a temperatura, humidade, design homem-máquina (que por vezes desrespeitam as regras ergonómicas);
- Variáveis associadas ao tempo, como o trabalho por turnos, qualquer tarefa submetida à pressão do tempo;
- Características organizacionais, sociais e enquadramento, como a sobrecarga de trabalho e de responsabilidades, a inequidade nas recompensas salariais, impossibilidade de progressão na carreira, a ausência de autonomia, más relações interpessoais no trabalho; a importância destas relações está associada com a necessidade de aceitação e reconhecimento por parte dos colegas, superiores ou subordinados;
- Mudanças nos trabalhos, como as mudanças de chefias, iminência de despedimentos ou não renovação de contratos, mudanças qualitativas nas funções desempenhadas, excesso de promoções;
- Papéis desempenhados na organização, como papéis que exigem responsabilidade por pessoas ou materiais, ou que não permitam a participação, problemas de comunicação dentro da organização;
- *Stress* extra-trabalho, como crises familiares, conflitos sociais, dívidas, exigências inerentes a papéis sociais como o de esposa/marido e pai/mãe.

As fontes, quer ligadas à organização ou extra-organização, estão sempre interligadas. Os problemas do quotidiano não ficam fora das organizações, e muitas vezes, os problemas no trabalho são “levados” para casa. Isto passa-se porque somos pessoas, dotadas de sentimentos, preocupações, não somos máquinas.

Segundo Ferreira e Ferreira (1998), a reacção do indivíduo ao agente desencadeador de *stress* ou fonte, varia em função da intensidade e duração de exposição e à capacidade de absorção e resposta do indivíduo.

As fontes, ao serem geradoras de *stress*, manifestam-se em sintomas, que, por sua vez, geram custos para a organização.

3.1.1 STRESS OCUPACIONAL

Alguns autores definem *stress* ocupacional como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho.

Em 1993, Cooper definiu o *stress* ocupacional como «um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afectando o indivíduo e as organizações».

De acordo com Guimarães (2000), o *stress* ocupacional ocorre quando há a percepção, por parte do trabalhador, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas, o que provoca sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentá-las.

O *stress* ocupacional é ainda “a interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas” (Ross e Atmaier, 1994), ou seja, esgota as estratégias para lidar com o *stress*, estratégias essas que são designadas por *coping*.

O *stress* ocupacional tem diversos efeitos nefastos tanto físicos como psíquicos e comportamentais, que se podem repercutir em problemas sociais (tais como o aumento

do absentismo ocupacional, diminuição da qualidade do trabalho realizado e produtividade, entre outros).

O *stress* profissional é identificado por Freudenberger (1974) como resultado da relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu trabalho (Queirós, 2005).

O modelo de Cooper (citado in Hespanhol, 2005) distingue cinco categorias de *stress* ocupacional: intrínsecas ao trabalho, papel na organização, progressão na carreira, afinidades no trabalho e estrutura e clima organizacional.

O *stress* tem-se manifestado ao longo dos tempos como um “vírus” que inibe o potencial humano instalado nas organizações e indutor de fortes disfuncionamentos e elevados custos nas organizações, em geral, e nos indivíduos, em particular. Este facto tem-se tornado tão evidente que em 1993, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), classificou o *stress* como uma epidemia global. As empresas e os trabalhadores estão sujeitos à ambiguidade das mudanças constantes do meio, ou seja, sujeitos a um *stress* permanente. Desta forma se compreende a gestão do *stress* nas organizações como tarefa pertinente. (Câmara et al, 2003).

O *stress* nas organizações é um processo contínuo que, caso não seja gerido adequadamente, cresce traduzindo-se num constante aumento dos custos organizacionais, inibe o desenvolvimento pessoal e profissional, o que se traduz num constante aumento dos custos associados a este problema.

A gestão do *stress* nas organizações é não só imperiosa para maximizar a eficácia organizacional, como também para o gestor de recursos humanos conseguir atrair, manter e incentivar ao desenvolvimento das pessoas nas organizações (Câmara et al, 2003).

3.2. STRESS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O *stress* é uma realidade mais ou menos constante junto dos profissionais de saúde, concretamente na prática da enfermagem. Tal como afirma Hingley «Nursing is, by its very nature, an occupation subject to a high degree of *stress*» (1984 p.20)

De facto, o hospital propicia aos enfermeiros o envolvimento em situações exigentes. Envolvimento intenso emocionalmente, visto que se trata de uma relação de ajuda e tecnicamente, dado que se exige qualidade na prestação dos seus serviços.

A realidade do trabalho do enfermeiro consubstancia-se na prestação de cuidados globais a pacientes. Para além dos cuidados de higiene, de alimentação e outros, o enfermeiro dá apoio psicológico ao doente e família, administra medicação e monitoriza todos os sinais e sintomas inerentes à situação do doente, tendo ainda que ter em conta as suas carências sociais.

No desenvolvimento das suas actividades verifica-se, assim, uma polivalência que, no entanto, não é acompanhada de uma autonomia e diferenciação de funções bem definidas, o que leva a conflitos e ambiguidade de papel.

Por outro lado, o trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não só pelos aspectos apontados, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos.

Assim, torna-se fácil compreender a problemática da profissão de enfermagem, da qual se diz ser de uma submissão consentida, que se vê confrontada com situações difíceis e perante as quais não pode deter-se a pensar em relações de poder, de autonomia e de status, devendo, antes, agir.

Por isso, o trabalho dos enfermeiros, em ambiente hospitalar, é um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias altamente *stressantes*, as quais podem levar a problemas como: desmotivação; insatisfação profissional; absentismo; rotação e tendência a abandonar a profissão.

Celentano e Johnson (citado em Pons e Aguir, 1998) enumeram alguns factores de risco no trabalho que podem conduzir ao *stress*: o conteúdo do trabalho, o grau de responsabilidade, o conflito e ambiguidade de papéis, os contactos sociais e o clima organizacional, entre outros.

Revans (1976) descreve os hospitais como locais onde se vive muita ansiedade e falta de comunicação, que parecem estar relacionadas com as relações entre enfermeiros em diferentes níveis da hierarquia, volume de negócios, e bem-estar dos pacientes. As Comissões de Disciplina e de Instrução de Enfermagem Geral do Conselho para a Inglaterra e País de Gales, em 1980, expressou a crescente preocupação com as pressões inaceitáveis colocadas sobre os enfermeiros, alguns dos quais foram tentam superar aquilo que é desejável e o que é fisicamente possível.

A procura da autonomia aliada a níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, associados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afectam os enfermeiros e motivam-nos à exploração de vias alternativas, onde surgem novas concepções de cuidados de enfermagem e de novos modelos de organização da prestação dos mesmos cuidados. Esta preocupação tem-se manifestado ao longo dos anos, dando origem a uma evolução contínua, a partir da segunda metade do séc. XIX. «Os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas concepções orientadas para a pessoa. É que, a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal; à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Jorge e Simões, 1995). De acordo com estes autores, estamos a enveredar, por uma qualidade global «conjunto de actividades em prática, para favorecer e manter um elevado nível de excelência, resultante da interacção entre humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados)».

Diversos autores têm identificado agentes específicos de *stress* relacionados com reacções adversas ao trabalho em ambiente hospitalar, concretamente: a sobrecarga de trabalho (física e mental); insegurança do trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho; ambiguidade de papéis; trabalhar em domínios desconhecidos, servir uma população que vive ansiedade e medo; não participação nas decisões ou planeamento; responsabilidade por outras pessoas e sub-aproveitamento das suas capacidades; recursos inadequados; ambições não satisfeitas, conflito Interpessoal e mudanças tecnológicas, entre outros aspectos (Calhoun,1980; Greenberg, 1987).

Gray-Toft e Anderson (citados por McIntyre, 1994) realizaram um estudo de *stress* em enfermeiros. Através do mesmo identificaram como principais situações indutoras de *stress*; a sobrecarga de trabalho e o facto de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com exigências emocionais dos doentes e suas famílias. Os autores apontam como causas de sobrecarga de trabalho, razões de ordem organizacional como o conflito e ambiguidade de papel e o nível de responsabilidade. Muitas vezes, a responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o *stress* envolvido (McIntyre, 1994).

De acordo com McIntyre, a ambiguidade de papel pode ter origem na percepção comum dos profissionais de saúde, de que o seu trabalho com os doentes é ao mesmo tempo compensador e pesado. De facto, os enfermeiros têm de conviver com as expectativas dos doentes e familiares e também dos colegas e superiores, as quais nem sempre convergem, podendo entrar em conflito com as suas atitudes pessoais.

Por outro lado, o carácter hierárquico, burocrático e especializado da organização hospitalar traduz-se num clima organizacional gerador de *stress*. Esta fonte de *stress* é geralmente acentuada pela discrepância entre os valores dos profissionais de saúde, centrados nos objectivos da ciência e prática de cuidados médicos e de enfermagem, e os dos administradores dos serviços de saúde, que são de ordem predominantemente política e económica.

O contacto com os doentes e a capacidade de responder às exigências emocionais dos mesmos destaca-se como uma fonte de *stress* de grande relevância, podendo, ainda, ser agravada pela falta de um espaço de diálogo na instituição hospitalar, quer com os colegas e superiores quer com o doente e sua família (Dias, 1994).

Segundo Claix-Simons, cit in Delbrouck (2006), as Escolas de Enfermagem estimulam um envolvimento intenso em situações exigentes, pois trata-se de uma relação de ajuda, e esperam-se gestos profissionais de qualidade. O Hospital tem como objectivos a satisfação dos doentes e a rentabilidade das prestações de cuidados. A par desta exigência, a organização impõe sobrecarga de trabalho, dificuldades de comunicação, carga afectiva e psíquica. A organização de trabalho em Enfermagem é complexa, o plano de cuidados realizado no início do turno é constantemente posto em causa pela

evolução do estado clínico dos doentes e pelas sucessivas prescrições médicas. Após cada tarefa, o enfermeiro deve optar, pela prioritária, no momento. Esta constante reorganização exige muito do profissional, que por vezes, acaba por realizar duas tarefas ao mesmo tempo sempre com a sensação contínua de urgência.

Segundo McIntyre (1994), uma percentagem considerável dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) evidencia reacções adversas ao *stress*, que afectam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados.

3.3 BURNOUT

O Síndrome de *Burnout* apresenta-se, hoje, como um dos grandes problemas psicossociais que estão a afectar profissionais de diversas áreas. Surge como consequência do *stress* crónico.

O termo *Burnout* é uma composição de *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo assim que a pessoa nesta fase se consome física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço.

Lauter (1997) define a Síndrome de *Burnout* como um *stress* crónico experimentado pelo indivíduo no seu contexto de trabalho, principalmente no âmbito das profissões cuja característica essencial é o contacto directo com pessoas, como por exemplo, professores, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros.

Também Kleinman considera que o *burnout* pode atingir diferentes profissões, em qualquer faixa etária, mas as profissões que exigem um intenso contacto interpessoal são as que mais apresentam altos índices de *burnout* e, entre elas, encontram-se as profissões assistenciais.

O termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez por Brandley, em 1969, mas divulgou-se a partir de 1974, com Freudemberger, psiquiatra que trabalhava com toxicod dependentes em Nova Iorque.

Segundo Janne et al (cit in Delbrouck, 2006), o *burnout* tem características singulares que englobam e excedem o stress. Trata-se de uma doença que está a afectar um indivíduo saudável: a Doença da relação de ajuda.

Christine Maslach, professora universitária de Psicologia da Califórnia, é considerada uma das líderes da pesquisa da Síndrome de *Burnout* no mundo. O Maslach Burnout Inventory -MBI tornou -se «o instrumento de pesquisa de *Burnout*» (Maslach, Jackson e Leiter, 1996). No livro, *The Truth About Burnout* (Maslach e Leiter, 1997), explicita a sua definição: «Burnout é o índice do deslocamento entre o que as pessoas são e o que elas têm que fazer. Isto representa uma erosão em valores, dignidade, espírito, e força de vontade. Uma erosão da alma humana».

Esta síndrome refere-se a um tipo de *stress* ocupacional e institucional com predilecção para profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente quando esta actividade é considerada de ajuda: médicos, enfermeiros, professores (Maslach e Jackson 1981, citado. por Silva, 2000 e Borges et al., 2002).

Para França (1977), *burnout*, caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional, em consequência da má adaptação do sujeito a um trabalho prolongado, altamente *stressante* e com intensa carga emocional, podendo estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho.

Segundo Delbrouck (2006), a exaustão emocional, é tanto física como psíquica. O indivíduo sentirá essa exaustão sob a forma de fadiga, sensação de vazio e dificuldade em lidar com as emoções dos outros, tornando difícil o trabalho com alguns doentes. As crises de nervos e de fúria, como exemplos de explosão emocional, podem surgir.

O *Burnout* é definido por alguns autores como uma das consequências mais marcantes do *stress* profissional, e caracteriza-se por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos (Benevides-Pereira, 2003).

A desumanização da relação de ajuda surge como consequência da exaustão emocional.

Alguns autores discordam entre si no que concerne à natureza desta doença. Enquanto diversos estudiosos defendem que *burnout* se refere exclusivamente a uma síndrome relacionada com a exaustão e ausência de personalização no trabalho, outros percebem-na como um caso especial da depressão clínica mais geral ou apenas uma forma de fadiga extrema (portanto omitindo o componente de despersonalização).

Monteiro (2000), Maslach e Leiter (1997) distinguem três principais características de *burnout*: exaustão emocional; despersonalização e baixa realização pessoal.

Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que trabalham por turnos, encontrou três aspectos de *burnout*: fadiga psicológica, perda de satisfação no trabalho e endurecimento de atitudes. Segundo este autor, o *stress* do trabalho faz-se também sentir na esfera familiar e social, nas relações de amizade e de lazer.

Os técnicos de saúde encontram-se, por isso, na posição insustentável de ter exigência emocionais elevadas no seu trabalho, na privação emocional e social fora da sua ocupação. Por outro lado, a exigência social de que o médico ou enfermeiro seja sempre médico ou enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para esse isolamento emocional e para a fadiga ocupacional (Mcintyre, 1994).

O sentimento de insucesso profissional, surge como consequência da exaustão emocional, podendo surgir sentimentos como a autodesvalorização, a culpabilidade, a desmotivação. Como consequência surge o absentéismo, fuga ao trabalho e por vezes o projecto de mudar de profissão. (Delbrouck, 2006)

Em suma, o *burnout* pode ser entendido como um processo que se estabelece gradualmente: começa com o fomento de sentimentos de baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo que conduzem à despersonalização. Numa fase final consubstancia-se numa reacção específica ao *stress* ocupacional prolongado, que engloba comportamentos negativos relativamente aos utentes, trabalho e à organização (Borges et al, 2002).

3.4 ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Coping é um conceito que se começou a destacar na psicologia a partir da década de 30. Nas décadas de 40 e 50 a sua compreensão subsidiou a avaliação clínica, sendo actualmente bastante utilizado em psicoterapias e programas educacionais com o objectivo principal de desenvolver habilidades para enfrentar situações *stressantes* ou problemáticas, cada vez mais frequentes no quotidiano (Goldberger; Breznitz, 1982).

Na década de 30, Selye concluiu que o organismo na presença de estímulos desencadeava reacções neuroendócrinas (respostas biológicas) e comportamentais com o propósito de restaurar o seu equilíbrio, o que ele denominou por Síndrome de Adaptação Geral. Esses estímulos podem ser de ordem física (infecção, trauma) ou emocional, decorrentes das relações interpessoais (Chaves, 1994).

De acordo com Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis e Gruen (1986), o *coping* é entendido como uma série de esforços cognitivos e comportamentais que se alteram constantemente e que se desenvolvem para responder às exigências específicas externas e/ou internas consideradas como excessivas para os recursos do indivíduo.

Para Zautra e Wrabetz (1991), o *coping* é um processo dinâmico de esforços direccionados para a resolução das dificuldades e das demandas exigidas para o ajustamento do organismo.

Para Parkes (1994) e Terry (1994), consubstancia-se numa construção multidimensional que envolve uma grande variedade de estratégias cognitivas e comportamentais que podem ser utilizadas para alterar, reavaliar e evitar circunstâncias *stressantes* ou para aliviar os seus efeitos adversos.

Gradualmente, têm sido apresentadas como técnicas possíveis de redução do *stress* socio-emocional a disponibilização de espaços privados para os profissionais de saúde, o treino de técnicas de redução de *stress*, como as técnicas de relaxamento, a disponibilização de grupos de discussão e aconselhamento individual ou grupal (Mcintyre, 1994).

No entender de McIntyre é questionável que se consiga uma melhoria dos cuidados de saúde sem prestar a devida atenção aos factores organizacionais e socio-emocionais que afectam os profissionais de saúde. Por isso, torna-se indispensável o desenvolvimento de estudos nesta área, porque só assim teremos realmente cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde «saudáveis».

Neste sentido, o enfermeiro deve desenvolver novas técnicas, habilidades e capacidades, de tal modo que possibilitem o bem-estar da pessoa, munindo-o de instrumentos de trabalho para que sinta que, seja qual for o estado de saúde da pessoa, não se limitará a cumprir prescrições médicas, evitando, assim, sentimentos de impotência (Sousa, 1996).

Feldman entende *coping* como «os esforços para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças que conduzem ao *stress*» (2001, p.513), ou seja, inconscientemente a pessoa busca mecanismos para fazer face ao *stress*.

Lazarus e Folkman (1984, citados por Gil-Monte e Peiró, 1997) consideram que o *coping* pode ser compreendido a partir de dois tipos de estratégias: as estratégias centradas no problema e as estratégias centradas na emoção. O primeiro tipo tem como objectivo analisar e definir a situação, considerando os seus custos e benefícios, e a procura de soluções. O segundo tipo de estratégias, diz respeito aos processos cognitivos responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação *stressante*.

Os mesmos autores dividem as estratégias de *coping* centradas nas emoções em:

- Distanciamento – esforços no sentido de afastamento da situação ou de uma visão da mesma mais positiva;
- Fuga-evitamento – esforços para evitar o problema;
- Autocontrolo – esforços no sentido de dominar os sentimentos e as acções;
- Aceitação da responsabilidade – reconhecimento do papel do próprio em relação ao problema, no sentido de melhorar ou corrigir a situação;
- Procura de apoio social – esforços para procurar apoio (informativo, instrumental ou emocional);
- Reavaliação positiva – esforços para criar um significado positivo.

Lazarus e Folkman (1991) chamam a atenção para o facto de os resultados não dependerem apenas das estratégias de *coping* utilizadas, sendo necessário atender a outras variáveis, tais como o tipo de personalidade e o contexto situacional e específico. Neste sentido, Lazarus e Folkman afirmam «as estratégias de *coping* não são em si inerentemente boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas; isto só é determinado pelos respectivos efeitos em situação ou encontro específico, a curto e longo prazo». Neste sentido, é importante, que os enfermeiros encontrem formas de superar a tensão que vivem quase constantemente.

CAPÍTULO II

BIOÉTICA E A QUALIDADE DOS CUIDADOS

1. BIOÉTICA

A Bioética é a parte da Ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde).

Segundo Neves (2001), a bioética é um dos novos saberes da contemporaneidade que mais tem evoluído. A sua história é extremamente recente, tendo início formal e institucional em Dezembro de 1970, quando o oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter introduziu o neologismo «bioética», no seu texto «Bioethics the Science of Survival».

O termo “Bioética” significa, literalmente, “ética da vida” e deve ser entendida à luz dos princípios constitucionais e preceitos ordinários valendo-se da combinação de conhecimentos biológicos (Nicolielo et al., 2005) na conduta humana nas áreas da saúde, e através do desenvolvimento das Ciências Biológicas e dos avanços realizados no campo da saúde que a bioética surge como ponte que liga a reflexão no complexo universo dos dilemas éticos no campo da biociência (Sanchez e Souza, 2008).

A principal razão, para que a bioética viesse a ocupar lugar de tão grande destaque na actualidade foi, indubitavelmente, decorrente da acelerada evolução científica e tecnológica experimentada pelas ciências biológicas e da saúde (Fernandes Junior, 2002).

A Bioética tem sido descrita enquanto o «estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais». (Clotet, 1993, p.13).

A Bioética nasce num contexto de intensas inovações técnico-científicas e numa sociedade pluralista da qual emergem distintas concepções de vida e diferentes valores éticos (Gracia, 1990).

Esta tem um particular destaque na área da saúde pois está intimamente ligada às reflexões éticas por parte dos profissionais no que concerne às condutas frente a

situações/dilema. Situações despoletadas pelos sucessivos avanços tecnológicos que têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e cujas consequências para os indivíduos e a sociedade são extremamente importantes.

A Bioética projecta-se sobretudo em complexas questões emergentes, que põem novos problemas à humanidade e que exige decisões importantes. A reprodução medicamente assistida, as células estaminais, o uso de embriões humanos em experimentação, a clonagem, a eutanásia, entre outras são questões que provocam um inúmero interesse e polémica associada. Estas questões exigem a atenção de médicos, bioeticistas, filósofos, políticos e todos aqueles que possam contribuir para uma legislação prudente que se afaste dos abusos e entusiasmos excessivos. (Pessini e Barchifontaine, 1994).

A Bioética assenta em princípios fundamentais são chamados “Trindade Bioética”: a beneficência, a autonomia e a justiça. A articulação dos mesmos dá-se pelo médico (beneficência), paciente (autonomia) e sociedade (justiça). (Pessini e Barchifontaine, 1994).

Pessini e Barchifontaine (1994) defendem que a beneficência é o critério mais antigo da ética médica e fundamenta-se principalmente em: “fazer o bem” e “não causar dano”. O critério autonomia apela a uma relação entre enfermeiro e paciente onde, podendo haver uma troca mútua, respeito do outro enquanto cidadão e pessoa humana. Estes autores consideram ainda que o critério da justiça impele à garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde.

Na sua tese de doutoramento, Correia (1993), propõe um quarto critério, o da alteridade, como fundamental e englobante. De acordo com esse ponto de vista, a pessoa é o fundamento de toda reflexão no âmbito das suas relações com os outros e é nesse espaço que se dá a alteridade enquanto princípio bioético, possibilitando a estruturação e articulação dos conteúdos da Bioética.

A bioética refere-se, por um lado a um conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós e que são estabelecidos e aceites por determinada comunidade humana, relacionando a responsabilidade individual, pública, e dos Estados (Koerich et al., 2005). Pieper (2008) considera que se trata de um ramo da ética baseada

na moral, que distingue acções boas e más, fundamentadas na noção de que se deve fazer o que é moralmente certo e de que se deve evitar o que é moralmente errado (Lara e Pena, 2005).

Para Figueira et al, trata-se de um conjunto de normas ou princípios que têm por fim a orientação das relações profissionais, destes com seus clientes, com a equipa de trabalho com as instituições a que servem, originando Códigos de Ética elaborados por associações de classe (Figueira et al., 2004).

Um novo modelo de saúde exige novos sujeitos sociais, novas formas de prestação de serviços e novas maneiras de formar os profissionais da área (Almeida et al., 1999).

As grandes transformações na área da saúde nos últimos anos têm gerado preocupações na sociedade com aspectos que tangem a segurança de direitos subjectivos surgidos nas relações jurídicas quanto aos serviços relacionados à saúde (Sales Peres et al., 2006) ampliando a importância da ética e bioética para a compreensão da realidade e antecipação às novas questões impostas na vida daqueles que lidam com a saúde.

Observa-se, um pouco por todo o mundo, a tendência de abordagem multidisciplinar e integrada das questões relacionadas à bioética (Dantas e Souza, 2008). A bioética deve ser uma disciplina capaz de acompanhar o desenvolvimento científico com a consciência ética e moral, supostamente isenta de interesses.

Nas palavras de Gilbert Hottois (Melo, 2007, p.30), bioética é “um conjunto de investigações, de discursos e de práticas, geralmente pluridisciplinares, tendo como objectivo clarificar ou resolver questões de alcance ético suscitadas pelo avanço e a aplicação das tecnociências biomédicas”.

Para Melo (2007), a bioética, compreende uma forma de diálogo transdisciplinar, que é plural e aberto, pois devem participar representante de diferentes correntes de pensamento e religiões, presentes nas sociedades pluralistas.

Para além de transdisciplinar, a bioética é aplicada. Enquanto se desenvolve no plano teórico, “procura a fundamentação da acção, através da reflexão sobre os princípios que

determinam o agir humano; no plano da acção, procura a normatividade, na elaboração de regras que orientem o comportamento humano.” (Neves e Pacheco, 2004, p. 156)

As áreas abrangidas pela bioética, têm em comum o facto de “reflectirem o pluralismo de conceitos e de práticas de uma sociedade democrática, secular e plural, que se pretende mais justa e equitativa” (Nunes, 2001, p.51)

A Bioética procura que a tomada de decisões se faça à luz dos valores éticos conduzindo a gestão responsável da pessoa Humana, da sua vida e da sua morte num mundo em que os progressos técnicos permitem uma intervenção cada vez maior no biológico. Assim, a Bioética emerge como uma nova expressão do Humanismo. Paralelamente, estuda as consequências desse progresso quer ao nível micro-social quer ao nível da sociedade global e as suas repercussões sobre a sociedade e seu sistema de valores. Trata-se de uma troca de saberes que encarando a vida numa perspectiva ética questiona o sentido do progresso quando confrontado com a dignidade da pessoa.

O pluralismo cultural das sociedades modernas ocidentais, criou a necessidade de se encontrar uma plataforma comum com vista à resolução de determinados conflitos da bioética. Neste sentido, Beauchamp e Chidress (2001) propõem a elaboração de um conjunto de grandes princípios orientadores, de aplicação sistemática. Estes princípios de ética biomédica consubstanciam-se entre a teoria ética fundamental (corpo integrado de regras e princípios) e regras de conduta. A aplicação destes princípios tem sido controversa e nem sempre bem aceite dado que, em presença de dilemas éticos complexos, diversos princípios entram em conflito. Assim, o factor decisivo na resolução de um problema ético concreto, poderá ser o grau de virtude da consciência individual do agente.

A resolução dos problemas materiais do quotidiano implica encontrar argumentos plausíveis que justifiquem a orientação correcta a seguir. «Isto é, determinar qual o fundamento, o ponto de referência dos valores que, como comunidade, entendemos serem imprescindíveis. Este fundamento pode ser encontrado naquilo que se entende e conhece por dignidade humana e por direitos fundamentais. Estes direitos, fundamentais e inalienáveis, bem como a ética a eles associada, têm as características necessárias para

se expandirem transculturalmente e atingirem a plena universalidade. (Nunes, 2002, p.11).

1.1. A ÉTICA NA PROFISSÃO DO ENFERMEIRO

O termo Ética provém do grego *ethos* (carácter). A ética é o domínio da filosofia que tem por objectivo o juízo de apreciação que distingue o bem e o mal, o comportamento correcto e o incorrecto.

Para Paul Ricouer (1991) a ética refere-se ao desígnio de uma vida cumprida sob o signo de acções consideradas boas universalmente. Isto quer dizer que ela assenta num domínio com um objectivo máximo de distinguir o que está correcto e o que não está. Para que haja ética é preciso liberdade.

A Filosofia Clássica encara o conceito de Ética como equivalente ao de Moral, pois do ponto de vista ideológico são duas faces indissociáveis da acção a que vulgarmente se denomina costume. Assim como, a teoria e prática são aspectos inseparáveis de uma experiência. Entenda-se por teoria e prática aquilo que Aristóteles define como ciência teórica e ciência prática.

A Filosofia Clássica considera que a Ética e Moral equivalem ao equilíbrio perfeito nas acções, a conduta perfeita, que pode ser expressa como uma Lei da Natureza válida em todas as épocas e lugares em conformidade com o Arquétipo da Ética/Moral.

Por sua vez, Nascimento (1984) defende que a ética situa-se acima da moralidade porque é capaz de questioná-la. Nesse sentido, é esclarecedora a posição de Nascimento (1984) quando afirma: «a questão ética não se restringe ao plano da aceitação das normas socialmente estabelecidas nem se reduz ao problema da criação dos valores por uma liberdade solitária. Nasce na existência concreta de cada um, da consciência dos valores envolvidos no reconhecimento da inalienável dignidade da pessoa e do sentido da responsabilidade pessoal diante do outro, cujo rosto é um apelo constante a ser respeitado e promovido».

Também o filósofo Paul Ricoeur (1991) propõe o primado da ética face à moral. A ética liga-se à esfera do desejo (desejo de ser e esforço para existir), reservando à moral o espaço da lei, das normas. A ética é entendida como uma “odisseia da liberdade”, pela qual cada um se actualiza num processo aberto e sem fim da conquista da liberdade, enquanto que a moral se caracteriza pelos imperativos da lei, pelas normas e pela obrigação. É como se, diante do desejo positivo da ética fosse colocada a interdição negativa da moral. Porém, a ética continua a ser decisiva porque coloca no horizonte da aspiração à “eudamonia” as regras de convivência entre os seres humanos, orienta teleologicamente normas e obrigações mútuas por meio de instituições justas, sem perder de vista o princípio ético da liberdade. Por outro lado, as discussões sobre os valores, as normas e as obrigações têm como pano de fundo a liberdade ética, que apela incessantemente para que os valores sejam bons, as normas justas e as obrigações equitativas. (Rocha, 2008).

Fernandes e Barros, entendem a moral como «o conjunto de preceitos e normas que a generalidade dos indivíduos de uma comunidade aceita como adequados ou válidos», ao passo que a ética é «a reflexão teórica sobre as razões, o porquê de considerarmos válidos -bons e justos - os costumes e as normas da comunidade ou do grupo social a que pertencemos, assim como a reflexão sobre os princípios que regem as diversas morais assumidas por pessoas de grupos e comunidades diferentes da nossa» (2003, p.106)

Para Nunes (2001), a Bioética global significa não só a adopção de uma ética universal como também englobar todas as questões relacionadas com as ciências da vida. Este conceito inclui uma dimensão essencial na prática das profissões da saúde, a Deontologia Profissional, que na sua componente normativa, considera-se como um conjunto deveres inerente ao exercício profissional.

Segundo Talcott Parsons, (cit in Beachamp e Childress, 2002,p.20), profissão é “um grupo de papéis profissionais, ou seja, papéis em que os incumbidos desempenham certas funções valorizadas na sociedade em geral, sendo que com estas actividades tipicamente ganham a vida com um trabalho em tempo integral”.

As profissões da Saúde, especificam e impõem obrigações, de forma a assegurar que as pessoas que estabelecem uma relação com os seus membros, os considerem

competentes e de confiança. Estas obrigações, surgem no sentido de proteger os direitos das pessoas. Os problemas da ética profissional, usualmente, têm origem em conflitos de valores. Um código profissional, representa uma articulação do papel moral do profissional. (Beauchamp e Childress, 2002)

A Deontologia, é um termo que surge da aglutinação de duas palavras gregas: “déon” e “logos”. Para os gregos “déon” significava dever, enquanto “logos” se traduzia por discurso ou tratado. Neste sentido, deontologia seria o tratado do dever, ou o conjunto de deveres, princípios regras ou normas adoptados com um fim determinado - regular ou orientar determinado grupo de indivíduos no âmbito de uma actividade laboral, para o exercício de uma profissão.

Enquanto “ética profissional”, a deontologia deve garantir o bom desempenho profissional, tendo em conta a sociedade em que se insere, esta regulada pela moral e pelo direito. Assim sendo, as obrigações expressas na deontologia não são apenas de ordem ética ou moral, mas englobam determinações de ordem jurídica e administrativa, que estão reunidas no designado “código deontológico”. (Neves e Pacheco, 2004)

Os códigos deontológicos são então, um “conjunto de normas que incidem sobre obrigações, responsabilidades, direitos e regulam o exercício de uma profissão, incluem, pois, normas de carácter ético ou moral, que visam assegurar a integridade do profissional, e de carácter jurídico e administrativo, que visam assegurar a qualidade do exercício da profissão.” (Neves e Pacheco, 2004, p. 152)

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

Independentemente daquilo que se possa pensar quanto à vivência da ética, todos temos de reconhecer que qualquer profissional que considere os princípios éticos como o motor das suas escolhas, das suas acções e do seu agir, os resultados adquirem vivências que moldam não só o comportamento profissional, mas também conferem um modo de estar, que lhe proporciona uma forma diferente de entender o ser humano, alcançando

uma salutar relação de grande qualidade não apenas técnica, mas também humana. Esta realidade assegura-lhe um conjunto de sinergias, e êxitos, que o levam a adquirir grande prazer naquilo que faz. Esta condição estende-se ao indivíduo, ao grupo profissional a que pertence, à empresa, ao bem comum da comunidade.

Daí a importância em qualificar o trabalho do enfermeiro como uma actividade que ultrapasse a dimensão moral na direcção da postura ética, pois apenas esta última é capaz de estabelecer os projectos sociais geradores da nova tríade.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros têm a responsabilidade ética de exercer a sua profissão na convicção profunda de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis e para as quais o fenómeno da doença é profundamente incapacitante e indesejável.

Sob a perspectiva da bioética, a deontologia é o resultado de uma reflexão e resolução sobre o modo de agir que, é considerado como mais conveniente na relação com as outras pessoas, por um grupo profissional. (Neves e Pacheco, 2004)

Lopes e Nunes (1995) afirmam que a dimensão ética da profissão de enfermeiro envolve tanto o respeito por si enquanto pessoa como pelos utentes enquanto pessoas». De facto é fundamental que se estabeleça uma relação pessoa a pessoa e não pessoa/objecto. Como defende Collière (1989, p.235) «cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquiramos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas responsabilidades vitais».

Na década de 90 surgiu uma grande produção teórica em enfermagem no que respeita ao esforço para autonomizar a profissão e que as várias teorias e modelos de acção e de práticas dos cuidados foram analisadas e aprofundadas.

Com o D.L. n.º 191/96 de 4/9 foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se

debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

No REPE afloram-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No seu número 1 do artigo 8º pode ler-se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

No exercício da profissão, as responsabilidades que vinculam deontologicamente os enfermeiros, encontram a sua fonte nos direitos humanos em geral e dos clientes em particular e nos objectivos da profissão. Mas o Enfermeiro, enquanto pessoa, deve agir preservando também a sua liberdade e dignidade humana, conforme prescreve o artigo 78º, nº 1 do Código Deontológico do Enfermeiro.

Como vem referido no Código Deontológico dos Enfermeiros, no art. 79º, o enfermeiro deve “ Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; (...) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional

No exercício da sua profissão, o enfermeiro, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: “a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; (...), e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa

assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Art. 81º)

O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: “b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados; (...)f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Art. 88º)

Sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, o profissional, assume o dever de: “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Art. 89º)

Consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de: “a) Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão; b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Art. 90º)

Surribas, (1995, p.4) esclarece «que o discurso ético da(o) enfermeiro deve iniciar-se na própria profissão, de forma consciente, metodológica, clara e objectiva». Menciona ainda que o estudo da ética pode ajudar a configurar a profissão de enfermagem de uma forma mais humana, obrigando a reflectir sobre a realidade da prática dos cuidados em situações específicas.

A Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (1997) e, pela UNESCO, da Declaração Universal da Bioética (2005) pretendeu vincular um mínimo ético à escala global em prol da defesa dos direitos dos utentes. Neste sentido, o utente tem direito à autonomia, informação, vontade previamente manifestada, queixa e reclamação, liberdade de escolha, privacidade, não-discriminação e não-estigmatização, acompanhamento espiritual e equidade no acesso.

Neste sentido, exige-se que os profissionais que actuam em unidades de cuidados intensivos sejam capazes de tomar decisões rápidas e precisas e capazes de distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser indivisível, integrado e inter-relacionado em todas as suas funções. Além disto, uma das características mais marcantes neste serviço é a dinâmica intensa de atendimento, assim, agilidade e a objectividade se tornam requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta. (Gatti, 2005).

Estas exigências tornam-se também fontes de *stress* para os profissionais destas unidades. O trabalho do enfermeiro, inserido nas instituições de saúde, é muitas vezes multifacetado, dividido e submetido a uma diversidade de cargos que são geradores de desgaste. Em contrapartida, o trabalho também se constitui em fonte de prazer e satisfação, que são potencializadoras das capacidades humanas, na promoção de saúde e vida (Takahashi, 1991).

Convém ressaltar que o stress vivido pelo enfermeiro das unidades de cuidados intensivos não está somente envolvido com os *stressores* negativos de sua actuação, visto que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro em emergência reside no facto de que as suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana (Batista, 2005).

Segundo Leddy e Pepper, cit in Queirós (2001), os enfermeiros deveriam centrar a sua prática na implementação de um diálogo interdisciplinar, em que todos os profissionais partilhassem as mesmas responsabilidades, tendo como objectivo a satisfação das necessidades de saúde dos utentes, garantindo que todos os membros da equipa de saúde tenham oportunidade de avaliar a eficácia dos cuidados, evitando assim o estabelecimento de relações conflituosas.

Para Queirós (2001), as teorias éticas apresentam-se como um dos elementos das competências necessárias a uma intervenção de enfermagem de grande qualidade, no entanto é importante ter em conta, que a este conhecimento deve-se acrescentar uma base sólida de competências pessoais, sociais, relacionais e técnicas. O profissional, como indivíduo, é o elemento central, a sua sensibilidade, motivação, valores e desenvolvimento moral são decisivos para uma actuação na sociedade de carácter único e específico.

2. QUALIDADE DOS CUIDADOS

A Enfermagem pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada. Há uma ampla variedade de elementos que integram a sua composição e prática. Um desses elementos é o cuidar, um *constructo* teórico considerado central para a Enfermagem. Além de se constituir como um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável (Brykczynska, 1997).

«No decurso da última década um dos objectivos primordiais das políticas sociais tem sido o de assegurar a equidade no acesso à saúde no limite dos recursos humanos e materiais» (Nunes, 2007).

A Organização Mundial de Saúde define a qualidade na saúde como «Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivos a melhoria contínua da qualidade dos cuidados». Esta aposta na qualidade dos cuidados implica a sistematização e formalização de metodologias que possibilitem a diminuição da variabilidade na prestação, o estabelecimento de objectivos, indicadores e metas que possibilitem a avaliação do desempenho dos processos bem como a avaliação dos mesmos através dos resultados alcançados.

Em Portugal, tal como na maioria dos países ocidentais, o grande desafio que se coloca é o de atingir a excelência na saúde.

Assim, o Ministério da Saúde (1998) considera «Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade».

É cada vez mais claro que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão (Bandman, 2002), exigindo-se uma abordagem

multidisciplinar multiprofissional. Assim, o conceito de equipa torna-se básico, orientando para um mesmo fim os diferentes caminhos dos diversos profissionais.

Ao longo da sua história como profissão, a enfermagem tem acompanhado as mudanças ocorridas na sociedade, levando os seus profissionais a questionarem-se e a reflectirem sobre a sua situação prática. Com base nestas reflexões desenvolveu-se um método científico destinado a cuidar do ser humano de forma individualizada e sistematizada, denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE consubstancia-se no modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias à sua implementação (Garcia; Nóbrega, 2000). Alfaro-Lefevre (2005) define o processo de enfermagem como uma forma sistemática e ao mesmo tempo dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, humanizado e a um baixo custo. Podemos distinguir três elementos – diagnóstico, intervenção e resultados, os quais constituem um modo de fazer e um modo de pensar a prática da Enfermagem, de acordo com habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, memória, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afectivas (emoções, sentimentos, crenças e valores), além de, segundo Kron; Gray (1994), conhecimento e perícia no uso das técnicas de resolução de problemas e de liderança na implantação e execução do plano de intervenção. Essas habilidades, capacidades, conhecimento e perícia ajudam a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, por quem deve ser feito; como deve ser feito e que resultados são esperados com a execução da acção/intervenção de enfermagem (para que deve ser feito).

Segundo Neves e Pacheco (2004), o aumento da técnica na prática de enfermagem, não melhora o desempenho, é necessário humanizar o gesto técnico, componente essencial para um cuidar de qualidade. Para estas autoras, é essencial que o hospital centre toda a sua actividade no cliente ou pessoa, que tenha uma coordenação eficiente das pessoas e dos serviços, aplicação de recursos planeada, que seja segura e com boas instalações, tenha profissionais com boas aptidões, conhecimentos e qualidades humanas. Só com estas condições um hospital será verdadeiramente considerado de excelência.

A rentabilização tornou-se um imperativo nos nossos dias, no entanto, não nos devemos descuidar da vertente humana dos cuidados de saúde.

O Hospital de S. João, em 2008, surgiu com um livro, “Livro Branco da Humanização”, em que defende que a Humanização é “o outro nome da qualidade”. Este documento surgiu com a criação do Serviço de Humanização do Hospital de S. João. Este documento reforça a ideia anteriormente defendida, que para se ser um hospital de excelência, vertente humana não pode ser esquecida.

Como defende Almeida (2008), humanizar, no mundo da saúde, significa pôr a marca humana em todo o processo relacional com cada um dos nossos doentes.

A qualidade é um tema nuclear no quotidiano de todo o tipo de organização. Não é possível humanizar a gestão das organizações sem melhorar a qualidade, da mesma maneira que a procura da qualidade acarreta a humanização das instituições (Brito, 2008).

Com a criação do Livro Branco da Humanização, o Serviço de Humanização, pretende: «Contribuir para que todo o agir institucional e profissional se ordene pelo respeito(...)de todos os seres humanos que nele habitam; marcar esse agir com a força identificadora do humanismo personalista e catalisar potencialidades e convergências que façam da Humanização uma inspiração permanente ». É finalidade do Serviço de Humanização intervir no Hospital de S. João, de modo a que “(...)a realização profissional dos seus trabalhadores não exclua a oportunidade de afirmação dos valores inerentes á dimensão humana que os constitui”. Como tática para implementação da sua estratégia, o Serviço de Humanização propôs-se a elaborar a “Carta de humanização”.

Na “Carta de Humanização”, é referido no ponto nove, “Os profissionais de Saúde respeitar-se-ão a si próprios e na esfera das relações laborais; (...) respeitarão e serão respeitados na esteira da sua deontologia profissional”. Fica esclarecido no documento que a Instituição se compromete a assegurar a segurança dos profissionais, que providenciará assegurar a formação profissional contínua dos profissionais de saúde.

Existe uma ligação forte entre a Ética e a Humanização, já que ambas procuram a realização do ser Humano no respeito pela sua inteira dignidade (Silva, 1994).

O acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, frequentemente conduz a dignidade da pessoa humana a um segundo plano. «A doença, muitas vezes, passou a ser o objecto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve» (Backes, 2006, p.14).

É fundamental que os profissionais da área da saúde contribuam para a humanização da sua prática exigindo condições de higiene, segurança e privacidade durante a humanização. Desse modo, a ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização hospitalar (Backes, 2006; Williams, 2005).

2.1. RELAÇÃO ENTRE O *STRESS* E A QUALIDADE DOS CUIDADOS

A prestação de cuidados de enfermagem, por razões de natureza socio-técnica, constitui nas sociedades modernas, um campo de prática profissional cada vez a exigir maior qualidade no seu desempenho. Martins (2003) afirma que devido à evolução técnica e ao conhecimento científico (desde o início do século XX), os enfermeiros passaram a acumular uma diversidade de papéis, tais como: o de gestor da unidade de cuidados, o de apoio à pessoa doente e, também, com um relevo especial, o de colaborador no trabalho do médico. Esta realidade, que é vivenciada pelos enfermeiros, é muitas vezes causadora de *stress* dado que estes têm de ser multifuncionais e responder aos objectivos previstos pela instituição em que trabalham. A avaliação do desempenho do enfermeiro rege-se segundo três grandes linhas orientadoras:

- A melhoria da qualidade dos cuidados parametrizada pelas normas e critérios adoptados em cada instituição/unidade de saúde;
- Processo de desenvolvimento pessoal em que cada enfermeiro deve fixar as suas metas, o seu percurso, para que possa agir, inovando, junto do utente;
- A articulação do desempenho com o projecto profissional o que permite o desenvolvimento de processos de (re)construção ou afirmação identitária do grupo profissional de enfermeiros.

As expectativas quanto às potencialidades do sistema de avaliação do desempenho dos enfermeiros têm vindo a decair dado que, muitas vezes, se transformou num «mero sistema burocrático». É importante compreender os limites e potencialidades desta avaliação de desempenho. Para muitos enfermeiros, o descaso com o registo sistemático dos elementos anteriormente mencionados (diagnóstico, acções/intervenções e resultados de enfermagem) pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro lado, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática.

No que concerne à implementação, a maior dificuldade encontrada é o pouco conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito da sistematização da assistência, porque embora apontem para a melhoria da qualidade da assistência como a principal consequência da realização da SAE, não a executam na prática. Isto acontece porque ainda se continuam a implementar fases isoladas do processo, quando, na realidade, não se pode falar em sistematização se todas as fases não forem implantadas em conjunto, dado que as etapas que compõem o processo são interdependentes. Além disso, muitos enfermeiros ainda não compreendem a SAE como um conjunto de acções relacionadas que conduzem a um resultado, mas como um impresso destinado ao registo de atitudes isoladas de alguma etapa do processo.

Também o número de horas de trabalho tem demonstrado ter um efeito importante no *stress* dos enfermeiros, reduzindo a capacidade dos indivíduos para lidarem as exigências do seu trabalho e, conseqüentemente diminuindo os níveis de bem-estar e saúde (Surgeon e Cooper, 2000).

Estas dificuldades de ordem estrutural da organização evidenciam que as instituições ainda não reconheceram os inúmeros benefícios que a operacionalização da SAE pode oferecer em dois aspectos: na qualidade do serviço prestado, que está relacionado com a satisfação do cliente, e do ponto de vista financeiro, relacionado com a redução de custos.

A tentativa de controlar os sempre crescentes gastos da saúde trouxe para o mundo médico, controlos da prática, burocracia, alterações mais ou menos profundas da organização de prestação de serviços, restrições de acesso, racionamento dos cuidados,

etc. Onde ontem apenas havia dois actores no acto médico (doente e médico), existem hoje muitos outros (gestores, políticos, administrativos, etc.), transformando profundamente a natureza desta relação. (Nunes e Brandão, 2007).

O aumento dos custos dos cuidados de saúde afecta de forma importante os cuidados prestados. À medida que os recursos se tornam cada vez mais escassos, a sua atribuição e os programas de redução vão ser mais comuns. A atribuição de recursos cria desafios éticos para os profissionais que encaram a realidade clínica do dia-a-dia. (Lough et al, 2008)

Ribeiro (1998) comenta a responsabilidade dos enfermeiros em relação à administração de custos, evitando o desperdício e aplicando a ética nos débitos praticados.

Padilha refere que «as actividades da enfermagem na redução dos custos são desenvolvidas através da supervisão e do controle do uso de materiais de consumo e permanente». (2002, p.128)

Neste sentido, podemos afirmar que, quando se identifica ou se determina o custo de cada procedimento ou serviço prestado ao cliente, é possível garantir um preço mais justo para o mesmo, e também mais competitivo para a Instituição, preço este, alcançado muitas vezes, através da reflexão e revisão de fluxos dos processos técnicos e administrativos.

Por tudo isto, podemos afirmar que o trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não só pelos aspectos operacionais de trabalho, mas também devido às exigências relativas à imensa responsabilidade para com seus pacientes, tanto no aspecto físico, quanto no aspecto moral, social e psicológico. Os técnicos de saúde encontram-se, por isso, na posição insustentável de ter exigência emocionais elevadas no seu trabalho, na privação emocional e social fora da sua ocupação. Por outro lado, a exigência social de que o médico ou enfermeiro seja sempre médico ou enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para esse isolamento emocional e para a fadiga ocupacional (Mcintyre,1994).

Vários autores consideram a enfermagem como profissão *stressante*, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho das suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos (Bianchi 1999; Hoga, 2002; Miquelim, 2004).

Considerando os ambientes críticos, como as Unidades de Cuidados Intensivos, o *stress* constitui-se como um factor de risco à qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem e, embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital (Holland et al, 1997)

Os doentes de cuidados intensivos são os que estão sujeitos a alto risco de problemas que ameaçam a vida, exigindo por isso, por parte da equipa de enfermagem, cuidados especializados e uma maior vigilância.

A grande maioria dos profissionais da equipa de enfermagem sente prazer em cuidar de pacientes graves, porém vivencia angústias intensas consequentes do facto de terem que realizar um grande número de procedimentos complexos. Além disso, têm que manipular inúmeros equipamentos e realizar todas as actividades com iniciativa, rapidez e livre de qualquer erro, pois isso poderia implicar na morte do paciente. Outro factor que possivelmente contribui para o desgaste dos profissionais é o próprio "clima" dessas unidades, pois o ritmo de trabalho é bastante intenso e a todo momento está presente a possibilidade de agravos e de morte (Shimizu e Ciampone, 1999).

Os enfermeiros, pela função que desempenham, assumem as actividades mais complexas e que envolvem maior risco para os pacientes, além de serem responsáveis pelas actividades desenvolvidas por toda a equipa de enfermagem. Dessa forma, incorporam alto nível de responsabilidade, na tentativa de ter o controlo absoluto sobre o trabalho, o que muitas vezes os leva a exigir de si atitudes sobre-humanas (Shimizu e Ciampone, 1999).

Um aspecto importante da prestação de cuidados e reabilitação do doente crítico, e que deve ser realçado, é o apoio pessoal à família. Os cuidados centrados tanto no doente como família não pode ser subestimado. (Lough, 2008)

Não é só o doente que se encontra em estado crítico, a família e pessoas significativas enfrentam um momento difícil, procuram e esperam do profissional, não só um compromisso nos cuidados prestados ao doente, como também o apoio, dedicação e que a relação de ajuda com a família seja tida em conta.

O ambiente de cuidados intensivos, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida do paciente. A ausência física e emocional, as interacções desumanas e o não reconhecimento da individualidade do doente, indicam o não cuidado. O profissional de Enfermagem de cuidados intensivos tem que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas, mas também incorporar as abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e situação do doente. (Lough, 2008) Nunca descurar a parte humana da relação enfermeiro-doente, a relação de ajuda, humanizando os cuidados prestados.

PARTE II – PROYECTO DE ESTUDO EMPÍRICO

1. PROBLEMA

A nossa problemática gira em torno do modo como as condições e a dinâmica de trabalho influencia o desempenho dos enfermeiros.

Perante este complexo horizonte da problemática em análise surgem-nos algumas questões de trabalho:

- Quais os factores que causam mais *stress* na prática de enfermagem?
- Os enfermeiros sentem que a qualidade dos cuidados é afectada?
- A protecção e promoção da saúde são os dois principais objectivos do sistema de gestão e segurança, higiene e segurança no trabalho (SH&ST), que estão consagradas na legislação portuguesa desde 1991.

O que é que o hospital pode providenciar para o aumento do bem-estar dos trabalhadores?

- Quais as condições de trabalho dos profissionais que podem potenciar o seu desempenho?

2. OBJECTIVOS

O objectivo último deste estudo é o de encontrar estratégias, a usar pelas unidades de cuidados intensivos dos hospitais, para promover o bem-estar dos trabalhadores e consequentemente incrementar a produtividade e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Neste sentido, em primeira instância, procuramos identificar os factores intrínsecos ao *stress* na profissão: De seguida, pretendemos estabelecer uma relação entre a qualidade de cuidados e a prática de enfermagem sob *stress*.

Propomo-nos ainda abordar aspectos éticos na afectação da qualidade dos cuidados.

3. METODOLOGIA

No decurso de uma investigação torna-se praticamente impossível auscultar a opinião de um universo alargado de indivíduos, logo vemo-nos obrigados a seleccionar, o mais cuidadosamente possível, determinado número de sujeitos de uma população que acaba por ser representativo dessa mesma população, uma amostra. Amostra essa que consiste precisamente em «seleccionar parte de uma população para observar, de modo que seja possível estimar alguma coisa sobre toda a população» (Thompson, 1992).

O primeiro passo consubstanciou-se na definição da faixa da população que representa a população na qual se fará a generalização dos resultados.

Atendendo às características do nosso estudo optámos pela técnica do inquérito por questionário para a recolha de dados. Aquando desta tomada de decisão atendemos a um conjunto de critérios, tais como a adequação ao objecto de estudo, às suas finalidades e rigor da sua utilização. (Marconi e Lakatos, 1983).

O inquérito por questionário consiste em colocar a «um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas» (Quivy e Campenhoudt, 1992), a um qualquer ponto de interesse dos investigadores. Segundo Marconi e Lakatos é um instrumento que permite a fidelidade da opinião dos inquiridos, já que é anónimo e pessoal, possibilitando um tratamento de dados com algum rigor, sendo igualmente de fácil execução.

Para a elaboração deste instrumento de pesquisa começámos por agrupar um conjunto de questões em torno das varáveis e de seguida delineámos o perfil do questionário.

Para tal foi constituída uma amostra de enfermeiros que exercem funções nos cuidados intensivos do Hospital de S. João, mediante autorização prévia. (Anexo1).

O instrumento de recolha de dados consubstanciar-se-á num questionário individual e anónimo. Os questionários serão validados através de um pré-teste, aplicado a uma amostra restrita de enfermeiros. Após o preenchimento e recolha dos questionários,

procederemos ao tratamento estatístico. Para o efeito, utilizaremos dados descritivos expressos em tabelas com parâmetros de tendência central, e ainda a técnicas de correlação de variáveis. Depois do tratamento dos dados e atendendo às características do estudo, considerámos que o melhor modelo de análise dos mesmos seria o analítico/descritivo já que nos permite «a conjugação da vertente quantitativa com a qualitativa inerente à interpretação» (Pardal, 1995). Tal como afirmam Ghiglione e Matalon (1992 p.2) um «inquérito consiste em suscitar um conjunto de discursos individuais, em interpretá-los e generalizá-los».

Na análise, sempre que possível, procuraremos referir o entendimento dos elementos da amostra com a fundamentação teórica, interrelacionando as questões. Para além disso tentaremos contextualizar as variáveis e respectivas questões, justificando a intenção da sua formulação e situando-as no conjunto do instrumento de recolha de dados.

3.1. QUESTIONÁRIO

No nosso estudo recorreremos à recolha de dados através do questionário o que nos permitirá alcançar uma amostra representativa da população, possibilitando após o tratamento dos dados extrapolar as conclusões fundamentais

.

O instrumento de recolha de dados será baseado num questionário individual e anónimo distribuído pelos enfermeiros que exercem funções nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de S. João.

Os questionários serão constituídos predominantemente por questões fechadas com cinco níveis de classificação (escala Likert), para além dos dados biográficos que ajudarão a contextualizar o problema em análise. As perguntas dos questionários serão agrupadas em duas categorias: 1- Dados demográficos (idade, género, estado civil, filhos e formação académica); 2- Questões respeitantes à rotina diária e horas de trabalho; 3- Questões direccionadas para a satisfação com as condições de trabalho.

É importante salientar que, antes de iniciarmos a aplicação dos inquéritos, efectuaremos um pedido de autorização à instituição escolhida para a realização do estudo. Todos os

dados recolhidos serão tratados de modo confidencial, respeitando o anonimato de todos os participantes.

3.2. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

No tratamento estatístico, utilizaremos dados descritivos expressos em gráficos e tabelas com valores percentuais, com parâmetros de tendência central, e ainda as técnicas de correlação de variáveis. Depois do tratamento dos dados e atendendo às características do estudo, considerámos que o melhor modelo de análise dos mesmos seria o recurso à estatística inferencial (correlação de variáveis) já que nos permite «a conjugação da vertente quantitativa com a qualitativa inerente à interpretação» (Pardal, 1995).

Para a extracção dos resultados dos inquéritos efectuados, recorreremos ao programa PASW versão 19.0, que é uma aplicação de tratamento estatístico de dados.

Na análise, sempre que possível, procuraremos relacionar o entendimento dos elementos da amostra com a fundamentação teórica, fazendo uma correlação entre as questões. Para além disso tentaremos contextualizar as variáveis e respectivas questões, justificando a intenção da sua formulação e situando-a no conjunto do instrumento de recolha de dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *stress* é uma realidade inegável no quotidiano dos enfermeiros. Apesar do conhecimento generalizado do impacto negativo do *stress* no indivíduo e organizações, não existe por parte das organizações um esforço no sentido de perceber o que causa *stress* e as formas de reduzir esses *stressores* reais ou potenciais. Por isso, torna-se importante sugerir formas de intervenção na gestão do *stress* ocupacional, isto é, a operacionalização e implementação de estratégias eficazes de combate ao *stress* ocupacional.

Atendendo aos motivos elencados, considera-se de grande interesse proceder uma análise dos factores de *stress* do ambiente de trabalho do profissional de saúde, e da sua relação com a integridade mental destes indivíduos, considerando que as circunstâncias indutoras de *stress* devem ser identificadas, com intervenção eficaz, no sentido de modificá-las ou de minimizar os seus efeitos negativos.

O reconhecimento social das fragilidades dos profissionais de saúde é importante para a formação de novos elementos mais vocacionada para a realidade existente nos serviços de saúde, a capacitação dos vários grupos de técnicos de saúde em temáticas como a gestão de *stress* e conflitos e ainda contribuir para a adequação ambiental dos serviços de saúde à actividade profissional aí desenvolvida.

O nível de pressão exercido pela organização do trabalho, a exigência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, consubstanciando-se em factores responsáveis por situações de *stress* relacionado com o trabalho.

A oportunidade dos Enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores e da Ética no desenvolvimento da prática de cuidados de Enfermagem desenvolveu-se, em grande medida com a publicação do REPE em D.L. n.º 191/96 de 4/9. No número 1 do artigo 8º lê-se «no exercício das suas funções, os Enfermeiros deverão adoptar uma conduta

responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos». A sua publicação encetou um novo ciclo na profissão de Enfermagem apontando claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

A criação da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º104/98 de 21 de Abril) permitiu que se estabelecessem condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de Enfermagem. Entre os seus atributos destacam-se a promoção da defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem, a regulamentação e respectivo controlo do exercício da profissão de Enfermeiro e visa ainda assegurar o cumprimento das regras de Ética e Deontologia profissional.

A relação dos enfermeiros com os pacientes consubstancia-se numa relação entre pessoas, o que implica necessariamente uma ligação profundamente humana (Lopes, 1999). Assim se compreende que esta se assuma como uma relação ética que promova a dignidade e valorização dos sujeitos envolvidos. Trata-se de uma relação que se deve pautar pelo respeito, confiança, abertura e responsabilidade. O doente tem direitos, os quais estão expressos na Carta de Direitos e Deveres do Doente (DGS, 1998), bem como na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Os valores têm sido alterados por questões sociais e os valores que ontem orientavam os profissionais, que ainda hoje são referência, podem ser alterados com a emergência de novas descobertas no campo da bioética.

A Bioética refere-se aos «estudos éticos, sociais, legais, filosóficos e outros aspectos afins inerentes à assistência médica e às ciências biológicas» (International Associations of Bioethics).

Desta feita, o enfermeiro convive permanentemente com estas questões no seu quotidiano de trabalho, devendo ter domínio das questões éticas, para que as suas decisões se desenvolvam de forma reflexiva, efectiva e segura. O comportamento ético é crucial para que o enfermeiro seja capaz de tomar decisões que visem a promoção da

dignidade humana e da qualidade de vida, tanto na prática do cuidado como na pesquisa (Balduino, 2007).

Considerando, a bioética um espaço multidisciplinar e envolvendo a área da saúde, entendemos que o exercício da enfermagem se deve apropriar desse referencial de reflexão ética para nortear as suas práticas.

As referências à humanização e personalização dos cuidados ao respeito pelos direitos humanos e à qualidade de atendimento têm como pano de fundo uma concepção eticizante da praxis de Enfermagem. Nesta esfera de prestação directa de cuidados, o desenvolvimento das competências profissionais, o exercício da autoformação e a construção de um trabalho em equipa assim como a melhoria contínua da qualidade exigem uma vontade e um esforço ético importante. Noutra perspectiva, a gestão tem desenvolvido um novo estilo aberto à Ética (Courtois, 1992).

BIBLIOGRAFIA

ABDELMALEK, A.A.; GERARD J. L. (1995). Ciências Humanas e Cuidados de Saúde. *Manual para profissionais de saúde*. Instituto Piaget: Lisboa.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda (2005). Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, p.283.

ALMEIDA, A. et al. (2008). Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. *Revista brasileira de educação médica*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 437 – 444.

ALMEIDA, FILIPE et al. (2008). *O Livro Branco da Humanização*. Porto: Hospital de S.João

ARCHER, Luís et al (2001). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, p. 9-12.

ARISTÓTELES (2000). *Ética à Nicômaco*. São Paulo: Martin Claret.

BACKES, Dirce Stein et al (2006). *A Humanização Hospitalar como Expressão da Ética*; *Rev. Latino-am Enfermagem* janeiro-fevereiro.

BANDMAN, Elise; BANDMAN, Bertram (1998). *Nursing Ethics through life span*. NY: Ribeiro FG. Análise dos Custos Diretos no ato operatório da Revascularização do Miocárdio: Insumos e Categorias Profissionais. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

BARBALET, J.M (1998). *Emoção, Teoria Social e Estrutura Social – Uma Abordagem Macrossocial*. Coleção Epistemologia e Sociedade: Instituto Piaget.

BATISTA KM. (2005). *Stress do enfermeiro de unidade de emergência* . [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.

BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J.F (2002). *Os princípios da ética biomédica*.

Brasil: Edições Loyola.

BORGES, L. et al (2002). *A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, p.189-200.

BRYKCZYNSKA, G. (1997) *A brief overview of the epistemology of caring*. San Diego: Singular Publishing Group. Chapter 1, p. 1-9.

CÂMARA, P.B.; GUERRA, P.B.; RODRIGUES, J.V. (2003). *Humanator, Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Edições Dom Quixote.

CAMPOS, G. W. S., (1991). *Saúde: uma política para a vida*. São Paulo: Hucitec.

CODÓ, W. ; SAMPAIO, J; HITOMI, A.(1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CONVENÇÃO Nº155 DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO (1981).

COOPER, C.L. (1993) *Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward*. In: EUROPEAN CONFERENCE ON STRESS AT WORK. A call for action: proceedings. Brussels: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 9-10 November.

CORREIA, F.A. A (1993). *Alteridade como critério fundamental e englobante da bioética..* Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.

CHILDRE, D.L (1997). *A Gestão do Stress*. Ed. Dinalivro: Lisboa.

CLOTET, J.(1993). Porquê bioética ?. Rev. Bioética, v.1,n.1, p.13-19.

DANTAS, F.; SOUZA, E. G. (2008). *Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática*. Revista brasileira de educação médica. Rio de janeiro, v. 32, n. 4, p. 507 – 517.

DECLARAÇÃO DE SEUL SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO.
(2008).

DELBROUCK, Michel (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores

ETZION, D., & PINES, A. (1986). *Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: a psychological perspective*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, p. 191-209.

FERNANDES, Marcello; BARROS, Nazaré (2003). *Filosofia*. Lisboa: Lisboa Editora.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.(2000). *Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo*. IN: Anais do 52º Congresso Brasileiro de enfermagem; 2000 Outubro. Recife: Brasil.

GATTI (2005). *A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência: utopia ou realidade?* [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.

GRACIA, D.(1990). *Introducción a La bioética médica*. Bol. Of. Sanit. Panam. v. 108, n.5-6, p.374-378.

GREENBERG, J. (1987). *Comprehensive Stress Management*. Dubuque, IOWA: William C. Brown Publishers.

GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA DA ORGANIZAÇÃO INTERNA DOS HOSPITAIS, Lisboa, 2 de Julho de 2010 :

www.

Portugal.gov.pt/pt/gc18/documentos/145/ref_organizacao_governacao_hospitais.pdf
(Consultado a 23 de Maio de 2010).

FERNANDES Junior, (20029). *Bioética e comissões nacionais no estado brasileiro*.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília.

FERREIRA, J.M.C. et al. (1997). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Editora McGraw - Hill de Portugal Lda.

FIGUEIRA, E. J. G. et al (2004). *Apreensão de tópicos em ética médica ensino-aprendizagem de pequenos grupos comparando a aprendizagem baseada em problemas com o modelo tradicional*. Revista da associação médica brasileira. rio de janeiro, v. 50, n. 2, . 133 – 141.

FRANÇA HH.(1977). *A Síndrome de burnout*. Revista Brasileira: Med, p.197-99.

FRANÇA, A.C.L & RODRIGUES, A.L (1997). *Stress e Trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.

FRANCISCO, C. I. (1999). *Gerir o stresse*. Enfermagem, 16, 2ª série, Outubro.

Freire, João (coord.) (2009), *Trabalho, Relações Laborais e Papel do Estado: inquérito às orientações da população portuguesa*. Lisboa. ICS (no prelo).

FREUDENBERG, H. J. (1974). *Staff burn-out*. Journal of Social Issues, 30 (1), p.159-165.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (2000). Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem,

Apresentado na Mesa Redonda *A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência*. Recife/Olinda – PE.

GIL-MONTE, P. & PEIRÓ, J. M^a. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.

GRAÇA, L. (1999). *Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional?* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.

HESPANHOL, A. (2005). *Burnout e stress ocupacional* – Revista Portuguesa de Psicossomática, p.153-162.

HINGLEY, P.(1984). *The humane face of nursing*. Nursing Mirror.159 (21), p.19–22.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. p. 3-76.

JORGE, I. C. & SIMÕES, M. C. (1995). *A qualidade de cuidados na perspectiva do utente*. Servir, 43 (6), p. 290- 296.

JONAS, H (1995). *El Principio de Respon-sabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.

KANDOLIN, I. (1993). *Bournout of female nurses in shiftwork*. *Ergonomies*, 36 (1-3): p.141-147.

KLEINMAN MJ. (1998). *Burnout: occupational stress*. New York: Plenum Press.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E.(2005). *Ética e bioética: para dar início à reflexão*. Texto e contexto-enfermagem. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 106 – 110.

LAUTERT. L.(1997). *O desgaste profissional: uma revisão de literatura e implicações para a enfermeira*. Revista Gaucha de Enfermagem, V. 18, n2, 1997, p.133-44, Julho.

LIPP, M. N. (1996). *Pesquisas Sobre o Stress no Brasil*. São Paulo: Papirus.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.N. (1993). *O stress emocional e seu tratamento*. In: RANGE, B. (org). *Psicoterapias Cognitivo comportamentais*. Campinas: Psy II, 2001. p.475-90.

LOUGH, M. et al (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures:Lusodidacta

LOPES, Pereira (1997). Formação em Enfermagem e Cidadania. *Enfermagem em Foco*, SEP, (26): p.37-42.

MASLACH, C.; JACKSON, SE. (1981) . *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting psychologist Press.

MASLACH, C., JACKSON, S.E, & LEITER, M.P. (1996). *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

MASLACH, C. & LEITER, M.P. (1997). *The truth about burnout*. New York. Jossey-Bass.

MCINTYRE,T.M. (1994). *Le Domaine de la Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.

MALAGRIS, L.E.N.; FIORITO, A.C.C.(2006). *Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde*. *Estud. psicol. (Campinas)*. [online]. dez. 2006, vol.23, no.4 [citado 15 Dezembro 2007], p.391-398. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2006000400007&lng=pt&nrm=iso>. (Consultado em: 10 Julho de 2010).

MELO, Helena (2007). *Implicações jurídicas do projecto do genoma humano*. Coimbra: Gráfica de Coimbra

MEYNAUD, Hélène-Yvonne (org), (1996), «Les enjeux éthiques dans les organisations modernes» in *Les sciences sociales et l'entreprise*, Paris: Dècouvert, p. 336-357.

MONTEIRO, I. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*. (2), p. 317 -325.

NASCIMENTO, Milton Meira do (1984) *Ética*. In Vários Autores. Primeira Filosofia. São Paulo: Brasiliense.

NEVES, M. Patrão. A bioética de ontem, hoje e amanhã: interpretação de um percurso. In ARCHER, Luís et al. (2001). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, p. 20-30.

NEVES, M. P., PACHECO, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem – desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra

NICOLIELO, A. P et al. (2005). *A importância da bioética nas pesquisas em fonoaudiologia*. Arquivos de ciência da saúde. São José do Rio Preto, v. 12, n. 4, p. 200 – 205.

NUNES, C. (2004). *A ética empresarial e os findos socialmente responsáveis*. Vida Económica, Porto.

NUNES, F. (1994). *As organizações de serviços de saúde alguns elementos distintivos*. Revista Portuguesa de Gestão, 3-4, 5-28.

NUNES,R. (2001):*Bioética:O Ensino e a Aprendizagem*, cit in MELO,H. , NUNES, R.. *Ètico e o Direito no Início da Vida Humana*. Gráfica de Coimbra: Coimbra

NUNES, R. (2002): *Bioética e Deontologia Profissional*. Colectânea Biomédica nº8 Hoje. Gráfica de Coimbra: Coimbra.

NUNES, R. (2005). *Regulação da saúde*. Portugal: Vida Económica, Porto.

NUNES, R. (2002): *Bioética e Deontologia Profissional*. Colectânea Biomédica nº8 Hoje. Gráfica de Coimbra: Coimbra.

NUNES, R. (2007): *Humanização da Saúde*. Colectânea Biomédica nº13. Hoje. Gráfica de Coimbra: Coimbra.

NUNES, R. (2008): *A Regulação independente na saúde*. In Estudos em Comemoração dos Dez Anos da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, Almedina: Coimbra.

NURSING STANDARD (1980) *Pressure puts nurses on the spot*. Nursing Standard October p. 18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (2002). Regional Office for Europe. Good practice in Occupational health services: *A contribution to workplace health*. Copenhaga.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Relatório de 2007). Um futuro mais seguro: saúde pública global no século XXI.

OSSWALD, W. A bioética de ontem, hoje e amanhã: interpretação de um percurso. In ARCHER, Luís et al. (2001). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, ISBN 972-0-06036-0. p. 9-12.

PADILHA MICS (2002). *A Qualidade da Assistência de Enfermagem e os Custos Hospitalares*. Rev Hosp Adm Saúde 1990; São Paulo, 14(3): 128-33. Prentice-Hall.

PARKES, K. R. (1994). *Personality and coping as moderator of work stress process: Models, methods and measures*. Work & Stress, 8, p.110-129.

PEREIRA, Henrique. (Julho 1991). *O enfermeiro e os principais domínios da prevenção na saúde ocupacional*. Divulgação. Porto. Nº 19 (Julho 1991).

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (1994). *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Edições Loyola

PETIT, François, DUBOIS, Michel (1998). *Introdução à psicologia das organizações*, trad.

de Maria Fernanda Oliveira, Lisboa: Instituto Piaget.

PIEPER, P. (2008). *Ethical perspectives of children's assent for research participation: deontology and utilitarianism. pediatric nursing*. Pitman, v. 34, n. 4, p. 319 – 323.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional da Saúde: orientações estratégicas e prioridades para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2 vol.

POTTER, Van Rensselaer (1970). *Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine*, 14, p. 127-153.

QUEIRÓS, Ana (2001). *Ética e Enfermagem*, Coimbra: Quarteto Editora

QUEIRÓS, Paulo J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional*. Revista Investigação em Enfermagem, 2005, nº 11, p.1-15.

QUIVY, Raymond ; CAMPENHOUDT, Luc van (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Paris: Gradiva.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS Nº 59/2008. Diário da Republica, 1ª série – Nº64 – 1 de Abril de 2008.

REVANS, R.W. (1976). *Action Learning in Hospitals: Diagnosis and Therapy*. McGraw-Hill, London (Part I originally published as Standards of Morale, 1964).

RICOEUR, Paul (1991). *O Si Mesmo como um Outro*, Campinas, SP, Papirus.

ROAZZI, A., CARVALHO A. D., & GUIMARÃES, P.V. (2000). *Análise da estrutura de similaridade da síndrome de burnout: Validação da escala "Maslach Burnout Inventory" em professores*. Trabalho apresentado no V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teoria e prática & VIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos, Belo Horizonte, MG.

ROSS, R.R.; ALTAMAIER, E.M.(1994). *Intervention in occupational stress*. London: SAGE Publications.

SALES PERES, A.; SALES PERES, C.; BASTOS, S.; MAGALHÃES, J. R.; CALDANA, M. L (2006).. *Prontuário e termo de consentimento livre e esclarecido – deveres e garantias do fonoaudiólogo*. Revista fonoaudiologia. Brasil. Brasília, v. 4, n. 1, p. 15 –17.

SANCHES, M. A, SOUZA, W. (2008). *Bioética e sua relevância para a educação. Diálogo. Educacional*. Curitiba, v. 8, n. 23, p. 277 – 287.

SERRÃO, Daniel (1996). *Bioética, a aventura de uma utopia saudável – Colóquio/Ciências*, 18, p. 59-66

SERRÃO, Daniel (2001). A ética e os valores em saúde: o desenvolvimento humano e a prestação de cuidados. *Acção Médica*. Lisboa: Associação dos Médicos Católicos Portugueses. Nº1, p. 5-15.

SELYE, H. (1980). *The stress concept today*. In I. Kutash & B. Schlesinger. (Eds.), *Handbook on Stress and Anxiety*. Jossey: Bass Publishers.

SILVA , João Ribeiro da (1994) *Ética na medicina portuguesa*. Faculdade de Medicina de Lisboa.

SOUSA, M.A. (1996). Portugal espaço em mudança - que realidades para a enfermagem. *Enfermagem em foco*, (22): p.24-26.

TAKAHASHI EIU. (1991). *A emoção na prática de enfermagem: relatos de enfermeiros de UTI e UI* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo

TERRY, D. (1994). *Determinants of coping: the role of stable and situational factors*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, p. 895-910.

THE LUXEMBOURG DECLARATION ON WORKPLACE HEALTH PROMOTION
IN THE EUROPEAN UNION. 1997.

THORTON, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126, p.261-271.

WILLIAMS, John R. (2005). *World Medical Association Medical Ethics Manual*.

ZAUTRA, A. J., & WRABETZ, A.B. (1991). *Coping success and its relationship to psychological distress for older adults*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, p. 801-810.

ZURRIAGA, R.; LUQUE O. (1995). *Formación en psicología social para non psicólogos*. València: N.A.U. llibres.

ANEXOS

Anexo 1

Comissão de Ética
do Hospital de S. João

Ana Sofia de Félix e Pinto Coelho, a exercer funções de Enfermeira no serviço Unidade de Cuidados Intensivos da Urgência e aluna do VII Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, encontra-se a realizar a sua monografia subordinada ao tema “ Stress na prática de enfermagem. O efeito na qualidade dos cuidados (Percepção dos enfermeiros)”. A dissertação tem como orientador o Mestre Miguel Ricou, professor do Mestrado em Bioética.

Solicita pois a Vossa. Excelência, autorização para que possa aplicar, durante o corrente mês e próximo, o questionário (em anexo) dirigido aos enfermeiros dos serviços de Cuidados Intensivos do Hospitalar de S. João, no sentido de obter informações para o trabalho em causa. A ética, o segredo e a deontologia profissional são integralmente respeitados em todas as fases deste trabalho.

Agradeço antecipadamente a colaboração prestada.

Pede deferimento

Porto, 22 de Setembro de 2010

(Ana Sofia de Félix e Pinto Coelho)

Anexo 2

Questionário

Este questionário insere-se num estudo sobre a Bioética. Surge no âmbito do Projecto “Stress na prática de enfermagem. O efeito na qualidade dos cuidados (Percepção dos enfermeiros)” O anonimato e a confidencialidade das respostas são integralmente garantidos. Agradecendo desde já a sua colaboração, pedimos que responda com sinceridade às questões apresentadas. Não há respostas correctas nem erradas, a sua opinião é sempre válida.

NÃO COLOQUE O SEU NOME EM LADO NENHUM

PARTE I – Dados Pessoais

1. Escola _____

2. Idade _____

3. Concelho onde vive _____

4. Nacionalidade _____

5. Género? Masculino Feminino

6. Idade

Até 25anos

25-35anos

36-45anos

46-55anos

>55anos

7. Filhos

Sim

Não

8. Formação

8.1 Habilitações

8.1.1 Licenciatura

- 8.1.2 Especialidade
- 8.1.3 Mestrado
- 8.1.4 Doutoramento
- 8.1.5 Outra: _____

PARTE II

Estas questões são dirigidas à rotina diária e hábitos de trabalho.

1. Tempo de serviço

- <5anos
- 5-10anos
- 11-20 anos
- 21 – 30anos
- >30anos

2. Tempo de serviço na UCI

- <5anos
- 5-10anos
- 11-20 anos
- 21 – 30anos
- >30anos

3. Carga horária

- 35h/semana
- 40h/semana

4. Horas de sono diárias

- <5horas
- 5 – 8horas
- >8horas

5. Fuma

Sim

Não

6. Já alguma vez chorou no fim dum turno?

Sim

Não

7. Sente-se cansado?

Sim

Não

8. O que sente relativamente ao turno da noite?

Gosto de fazer

Não gosto de fazer

9. Consegue aproveitar as folgas semanais para momentos de relaxamento ?

Sim

Não

10. Pratica exercício físico regularmente?

Sim

Não Porquê? _____

PARTE III

1. Assinale, por ordem de importância, de 1 (nada importante) a 5 (bastante importante), a sua relação com:

Relacionamento com:	1	2	3	4	5
Colegas					
Chefe					
Médicos					
Auxiliares					

2. Assinale, por ordem de importância, de 1 (nada importante) a 5 (bastante importante).

	1	2	3	4	5
A qualidade de cuidados é afectada devido À insatisfação profissional					
Gosta da sua profissão?					
Acha que o seu lugar de trabalho reúne as condições necessárias para proporcionar qualidade de vida no trabalho?					
Acha que o ambiente de risco em que trabalha é gerador de stress?					

3. Para si qual é o factor mais gerador de stress na sua profissão? (selecione o mais significativo)

- a) sobrecarga horária
- b) nível elevado de responsabilidade
- c) falta de autonomia
- d) trabalhar por turnos
- e) Lidar com situações de doença terminal/morte
- f) exigências emocionais de lidar com os doentes e familiares
- g) -condições físicas da UCI

4. Quais as estratégias que mais usa para lidar com o *stress*? (selecione a mais significativa)

- a) passar mais tempo com amigos
- b) passar mais tempo com família
- c) praticar exercício
- d) ir às compras
- e) fumar
- f) beber
- g) dormir

5. Acha que o *stress* influencia a qualidade dos cuidados?

Sim _____ Não _____

5.1. Se Sim,

Muito ___ Pouco ___

6..Que estratégias acha que o hospital podia adoptar para melhorar a qualidade de vida no trabalho? _____

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!