



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**O PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À DOR DO PACIENTE:
ESTRESSE, ENFRENTAMENTO E TRABALHO EM EQUIPE**

MAÍRA RIBEIRO DE OLIVEIRA NEGROMONTE

Brasília, março 2010



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**O PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À DOR DO PACIENTE:
ESTRESSE, ENFRENTAMENTO E TRABALHO EM EQUIPE**

MAÍRA RIBEIRO DE OLIVEIRA NEGROMONTE

**Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Processos de Desenvolvimento Humano e
Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE
ARAUJO**

Brasília, março 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Presidente
Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Dirce Guilhem – Membro
Faculdade de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Sheila Giardini Murta – Membro
Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Clínica
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti – Suplente
Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento
Universidade de Brasília

Brasília, março 2010

AGRADECIMENTOS

Diante da finalização de mais uma etapa tão importante na minha trajetória acadêmica e, como não dizer, na minha vida, tenho que render graças ao meu DEUS, Senhor e Criador, que conduz a minha vida com misericórdia e, algumas vezes, de forma inexplicável.

Agradeço à minha orientadora, a Prof^a. Tereza, por confiar em meu trabalho e conduzir-me com segurança no enfrentamento dos desafios propostos.

Ao meu marido agradeço não apenas o carinho e a compreensão nos momentos difíceis, mas também todo esforço dispensado no sentido de colaborar, revisar, formatar, etc. Cada vez tenho mais certeza de que o amor é um sentimento que se traduz muito mais na prática do que no romantismo teórico!

Agradeço aos meus pais pela minha formação, pelo amor incondicional e pelo incentivo constante. Tenho que agradecer também a eles pelo convívio com meu irmão, Mauro, a quem agradeço, primeiramente, por existir em minha vida, do jeitinho apaixonante que é, e por sempre acreditar em mim, às vezes, até mais do que eu mesma acredito. Agradeço ainda a Mainha e a meu avô, que estão sempre presentes, mesmo quando geograficamente distantes.

Recordo e agradeço, com muito carinho, a Martha e a todos os meus colegas e amigos do Ambulatório de Dor do HUPES, a quem, sem dúvida, devo meu interesse por pesquisar as equipes de saúde que atuam nestes contextos. À minha experiência neste centro, além do valor inestimável de me inserir no contexto de trabalho como psicóloga, atribuo o mérito de me ensinar a ter empatia e valorizar a dor do outro, sabendo que ela é única, subjetiva e, em muitos casos, mais que incurável, insubstituível!

Agradeço a Lilian, Pamela e às “meninas da disciplina de Psiconco” pelo apoio, pela ajuda, pela compreensão mútua e por tornar esta jornada mais leve, mais divertida, mais engraçada... Com certeza, a nossa amizade transcendeu os limites da academia e gerou um grupo verdadeiramente multi-regional! Que mistura gostosa de sotaques!

Aos meus colegas de trabalho no INSS e no TJDFT agradeço o carinho, o incentivo e, principalmente, a compreensão frente à dificuldade gerada pelo acúmulo de atividades. Eu não teria conseguido sem o apoio de vocês!

Por fim, agradeço aos profissionais das equipes do setor para atendimento de pacientes grandes queimados do HRAN e da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Base, que aceitaram participar deste estudo. O trabalho junto a estes profissionais me propiciou, além do desenvolvimento do trabalho acadêmico exigido, ampliação de conhecimento e somatório de novas perspectivas sobre a posição do profissional de saúde que lida com dor.

RESUMO

Profissionais de diversas áreas da saúde, responsáveis pelo cuidado de pacientes que referem dor como um dos quadros principais a ser tratado, estão submetidos a constante estresse, causado pelo sentimento de impotência, pelo convívio com o sofrimento do paciente e pelo desgaste nas relações de equipe. A dor é descrita na literatura como um fenômeno multidimensional e complexo, sendo que inúmeras inovações de tratamento vêm sendo propostas. Nesta perspectiva, formam-se equipes multiprofissionais que visam, sobretudo, acompanhar o paciente integralmente. Assim, considerando tais preocupações, investigaram-se as percepções de estresse e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por profissionais de saúde, bem como a realização do trabalho em equipe, comparando-se dois serviços especializados no atendimento ao paciente com dor aguda e dor crônica. Participaram da investigação, integrantes do Setor de Grandes Queimados do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e profissionais da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Base de Brasília. A pesquisa foi autorizada por um comitê de ética em pesquisa. A coleta de dados foi conduzida nos serviços e abrangeu: questionário sociodemográfico, roteiro de entrevista semi-estruturada, Inventário de Estratégias de *Coping*, versão resumida da *Job Stress Scale* e protocolo de observação das reuniões de equipe. Para análise estatística dos dados obtidos através do inventário e da escala utilizou-se o *software* SPSS, versão 17.0. Os dados levantados por meio das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os comportamentos verbais registrados durante a observação das reuniões de discussão de caso foram devidamente categorizados. Os principais resultados apontaram uma situação laboral ativa (alta demanda psicológica e alto controle sobre os processos de trabalho) para os profissionais com nível superior e uma situação de alto desgaste psicológico (altas demandas psicológicas e baixo controle sobre os processos de trabalho) para os técnicos de enfermagem. Esta última categoria profissional informou utilizar os fatores propostos pelo Inventário de *Coping* com mais frequência. A maioria dos profissionais expressou sentimentos de dor e tristeza associados à sua atividade laboral e afirmou que a situação de trabalho favorece a ocorrência de maior interação multiprofissional. A constatação de que 48,6% das verbalizações registradas durante as reuniões de equipe foram proferidas por médicos remete à discussão sobre a participação limitada das demais categorias profissionais. Os médicos foram os responsáveis pelas leituras e registros em prontuários e a única categoria profissional a emitir falas de apresentação dos dados clínicos do paciente. Diante deste panorama, sugere-se a realização de mais estudos visando aprofundar questões relativas ao impacto destes contextos de trabalho sobre os profissionais de saúde, destacando-se a relevância da interação e funcionamento das equipes para a elaboração das agendas de pesquisa.

Palavras-chave: dor; enfrentamento; estresse profissional; equipe de saúde.

ABSTRACT

Health professionals treating patients referring to pain as their main symptom are submitted to constant stress mostly caused by a sense of helplessness, by coexisting with patient suffering and by the strain on team's relationship. The pain is reported in the literature as a multidimensional and extremely complex phenomenon and many innovations in its treatment have been proposed. From this perspective, multiprofessional teams that aim, ultimately, to treat the patient as a whole have been created. Thus, considering these concerns, the aim of this research was to investigate aspects related to team work, perceptions of stress and coping strategies developed by professionals who work in two different teams which constantly deal with pain patients: the team that works at the sector to meet severely burned patients at the *Hospital Regional da Asa Norte* (HRAN) – DF – and the professionals who work at the outpatient chronic pain and palliative care at the *Hospital de Base* – DF. The research was authorized by an ethics committee. Data were collected at the care centers and a sociodemographic questionnaire, a guide for semi-structured interviews, an observation protocol, the Coping Strategies Inventory and the short version of the Job Stress Scale, these last two adapted to Portuguese language, were used. The SPSS software, version 17.0, was used to statistical analysis of the quantitative data. With regard to data collected through interviews, it was used a thematic content analysis and in the case of information from the team meeting observation form, it was done a data categorization. The results of this research point to a situation of active work (high psychological demands and high control over the working process) for healthcare professionals with higher education and a state of high psychological strain (high psychological demands and low control over work processes) in relation to nursing assistant, the professional category that use with more intensity most of the factors proposed to categorize the coping inventory. The analysis of professionals' perception allowed to describe that most of them expressed feelings of sadness and pain connected to their work activity and claim that the situation of dealing with patients in complex condition favors the occurrence of team work. Analysis of professionals' statements in the context of team meeting refer to a discussion on the parameters of interaction in health teams, as it appears that medical professionals were responsible for 48,6% of the verbalizations categorized in this context, in addition to appearing as responsible for leading the discussion and handling of medical records and as the only professional category that issues statements when introducing clinical data of patients. Facing this scenario, it is suggested that future studies could deep concerns regarding the impact of these work contexts on health professionals, as well as those concerning the pattern of interaction and the way that teams work.

Keywords: pain; coping; job stress; health team.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE TABELAS	X
LISTA DE FIGURAS	XI
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – EQUIPE DE SAÚDE E MANEJO DA DOR DO PACIENTE.....	17
1.1. Dor: Breve Delimitação Conceitual e Propostas de Manejo Clínico	17
1.2. Equipe de Saúde: Desafios Profissionais Frente à Dor do Paciente.....	22
CAPÍTULO 2 – ESTRESSE E ENFRENTAMENTO: PERSPECTIVAS SOBRE A ATUAÇÃO EM SAÚDE	25
2.1. Estresse: Um Panorama sobre as Dificuldades no Campo da Saúde	25
2.2. Enfrentamento: Necessidades e Recursos Profissionais.....	30
CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS	33
3.1. Objetivos Gerais	33
3.2. Objetivos Específicos	33
CAPÍTULO 4 – MÉTODO	34
4.1. Contextos Institucionais	34
4.2. Participantes	35
4.3. Procedimentos Éticos	35
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados	35

4.4.1. Instrumentos	35
4.5. Procedimentos de Análise dos Dados.....	37
4.5.1. Análise dos dados quantitativos	37
4.5.2. Análise dos dados qualitativos	37
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS	39
5.1. Variáveis Sociodemográficas	39
5.2. Dados Descritivos.....	43
5.3. Dados Comparativos e Correlacionais	45
5.4. Categorização e Análise das Entrevistas	55
5.5. Registros Observacionais das Reuniões	75
5.5.1. Descrição do contexto	75
5.5.2. Categorização e análise das verbalizações	77
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	81
6.1. Estresse, Enfrentamento e Intervenção Frente à Dor do Paciente: Escores e Percepção Profissional.....	81
6.2. Trabalho em Equipe.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	106
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética.....	106
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão entrevista)	107
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão observação).....	108
Anexo D – Questionário de Dados Sociodemográficos	109
Anexo E – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	110

Anexo F – Versão Resumida da <i>Job Stress Scale</i> (original adaptada).....	112
Anexo G – Versão Adaptada para o Português do Inventário de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus.....	114
Anexo H – Protocolo de Observação das Reuniões de Equipe do Setor Grandes Queimados (HRAN).....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por Hospital/serviço	39
Tabela 2. Distribuição da amostra em relação à idade	40
Tabela 3. Tempo de atuação no serviço	41
Tabela 4. Categoria profissional dos participantes	41
Tabela 5. Formação específica para lidar com pacientes com dor	42
Tabela 6. Fatores da <i>Job Stress Scale</i>	44
Tabela 7. Fatores do Inventário de <i>Coping</i>	45
Tabela 8. Correlação entre Hospital/serviço e fatores da <i>Job Stress Scale</i>	45
Tabela 9. Correlação entre Hospital/serviço e fatores do Inventário de <i>Coping</i>	46
Tabela 10. Correlação entre variável 'sexo' e fatores da <i>Job Stress Scale</i>	47
Tabela 11. Correlação entre estado civil e fatores da <i>Job Stress Scale</i>	48
Tabela 12. Correlação entre estado civil e fatores do Inventário de <i>Coping</i>	49
Tabela 13. Correlação entre categoria profissional e fatores da <i>Job Stress Scale</i>	50
Tabela 14. Correlação entre categoria profissional e fatores do Inventário de <i>Coping</i>	53
Tabela 15. Formação para lidar com dor x fatores do Inventário de <i>Coping</i>	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição da amostra por ‘sexo’	40
Figura 2. Distribuição da amostra por estado civil	41
Figura 3. Distribuição das categorias profissionais por serviço	42
Figura 4. Participação em capacitação específica para lidar com dor por serviço	43
Figura 5. Atividades desenvolvidas nos serviços	56
Figura 6. Percepção das atividades desenvolvidas por categoria profissional	56
Figura 7. Comparação das atividades desenvolvidas entre serviços	56
Figura 8. História profissional	57
Figura 9. Distribuição dos relatos acerca da ‘história profissional’ entre categorias profissionais	58
Figura 10. Comparação da ‘história profissional’ entre serviços	58
Figura 11. Características do ‘perfil do paciente’	59
Figura 12. Perfil do paciente segundo as categorias profissionais	60
Figura 13. Comparação do ‘perfil do paciente’ entre serviços	60
Figura 14. Fatores facilitadores do serviço	61
Figura 15. Fatores facilitadores do serviço segundo as categorias profissionais	61
Figura 16. Comparação dos fatores facilitadores entre serviços	62
Figura 17. Fatores que dificultam o serviço	63
Figura 18. Fatores de dificuldade segundo as diferentes categorias profissionais	63
Figura 19. Comparação entre os serviços acerca dos fatores de dificuldade	64
Figura 20. Conhecimentos sobre protocolos de avaliação e manejo de dor	66
Figura 21. Conhecimentos sobre protocolos de avaliação e manejo da dor, segundo categorias profissionais	66
Figura 22. Comparação ‘conhecimento sobre protocolos de avaliação e manejo da dor’ entre serviços	66
Figura 23. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional	67
Figura 24. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional segundo as categorias profissionais	68
Figura 25. Comparação da categoria ‘impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional’ entre serviços	68
Figura 26. Percepção profissional sobre estratégias de enfrentamento adotadas	69

Figura 27. Percepção dos profissionais quanto as estratégias de enfrentamento adotadas	69
Figura 28. Comparação da percepção de enfrentamento entre profissionais dos serviços	70
Figura 29. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe	71
Figura 30. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe, segundo as categorias profissionais	71
Figura 31. Comparação ‘impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe’ entre serviços	71
Figura 32. Percepção dos profissionais sobre a interação da equipe	73
Figura 33. Percepção das categorias profissionais sobre a interação da equipe	73
Figura 34. Comparação da percepção sobre a interação da equipe entre serviços	74
Figura 35. Verbalizações por categoria profissional (%)	77
Figura 36. Verbalizações por conteúdo (%)	79
Figura 37. Correlação entre conteúdo das verbalizações e categoria profissional do emissor	80

INTRODUÇÃO

Os pacientes que sofrem de dor crônica, assim como os pacientes grandes queimados, são normalmente assistidos por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, profissionais da medicina física (fisioterapeutas, quiropraxistas, técnicos de pilates, de reeducação postural global e acupunturistas), psicólogos, entre outros. Tratar esses pacientes mostra-se uma tarefa desafiadora, estressante e muitas vezes frustrante para a maioria dos cuidadores envolvidos (Carvalho, 2006; Guimarães, 1999; Lima & Trad, 2007).

No caso da dor crônica, os profissionais ainda se deparam com a impossibilidade de cura ou alívio completo, apesar dos grandes avanços nessa área e da existência, hoje, de uma proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para sua avaliação e seu tratamento. Na maioria das vezes, um bom resultado para o tratamento resume-se a uma melhoria na qualidade de vida do paciente por meio de um alívio moderado na intensidade da dor e de uma drástica mudança nos seus hábitos e rotinas de vida (Teixeira, Figueiró, Yeng & Pimenta, 1999; Oliver & cols., 2008).

Além das dificuldades inerentes ao manejo de quadros de dor de difícil controle, outro fator de influência no nível de estresse da equipe de cuidadores é o perfil psicológico desses pacientes, que, na maioria dos casos, mostram-se depressivos ou ansiosos (Castro & cols., 2006) e incrédulos em relação aos tratamentos, que trazem muitos efeitos colaterais e poucos resultados. Deve-se levar em conta também o fato de a maioria dos pacientes ter demorado muito para conseguir o diagnóstico adequado e sofrer preconceito e dificuldades na vida cotidiana. Teixeira e cols. (1999), por exemplo, apresentam a dor crônica como uma dor rebelde, sendo que muitos doentes que dela padecem procuram numerosos profissionais e se submetem a terapias, muitas vezes com resultados desapontadores, que podem conduzir a iatrogenias incapacitantes.

Os pacientes grandes queimados, por sua vez, apresentam-se à equipe como vítimas de traumas térmicos que ocasionaram lesões teciduais acompanhadas de dor – algo pungente nessa situação – que, na maioria das vezes, deixam sequelas irreversíveis em suas vítimas (Damasceno, Almeida & Barroso, 2007). Santos, Rezende, Bianco e Leite (2007) alertam para a questão de o indivíduo que sofre uma grande queimadura vê-se afetado de modo traumático em seu equilíbrio psicológico, capacidade de adaptação biológica, vida

sexual, autoestima e autoconceito. Os autores supracitados destacam, ainda, que a dor, muitas vezes de forma excruciante, está presente em todas as fases do longo processo de tratamento.

Somando-se a isso, em ambos os casos, os profissionais de saúde, muitas vezes cansados, sobrecarregados e frustrados, enfrentam ainda as dificuldades de participar de uma equipe de formação heterogênea e na qual cada um desenvolveu diferentes estratégias para lidar com o estresse cotidiano (Paris & Omar, 2008). De fato, são fortes as pressões exercidas por pacientes, familiares/acompanhantes e outros profissionais (Zakabi, 2004).

Inserindo-me neste contexto, destaco que vivenciei, por pouco mais de três anos, uma experiência de trabalho enquanto estagiária e psicóloga da Clínica de Dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, em Salvador, Bahia. Durante esse tempo, minhas observações acerca das circunstâncias de trabalho a que está submetida a equipe de cuidadores profissionais que lida com pacientes que apresentam dor constante e de difícil tratamento levaram-me a questionamentos quanto aos aspectos psicológicos e relacionais desses cuidadores.

A convivência com a equipe, a extenuante carga de trabalho, as dificuldades de comunicação, a frustração frente à ineficácia de inúmeras estratégias terapêuticas e, principalmente, as reuniões para discussão de caso e os comentários e conversas com inúmeros profissionais e colegas de trabalho despertaram em mim, enquanto pretensa pesquisadora, o interesse em investigar o nível de estresse associado a esse contexto de trabalho, as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por esses profissionais para lidar com tal contexto e os aspectos relacionados ao impacto que essas circunstâncias têm na forma como se estruturam as equipes e nas relações entre os profissionais.

Outro ponto importante, citado constantemente pela literatura especializada e que despertou meu interesse, é a constatação de que muitos profissionais são alocados para trabalhar com essa clientela tão específica unicamente por questões institucionais e sem o devido preparo para lidar com a complexidade da experiência dolorosa e o consequente sofrimento do paciente (Chiang, Chen & Huang, 2006). Contribui para o entendimento deste panorama a realidade dos cursos acadêmicos e técnicos que, na formação dos profissionais de saúde, muitas vezes ainda não abordam suficientemente temas relacionados à dor e à forma de intervenção preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pela *International Association for the Study of Pain* – IASP (Hunter & cols., 2008; Zanolin & cols., 2007).

Tendo em vista estas premissas, foi realizada uma pesquisa com profissionais de duas equipes que lidam com pacientes que sofrem com dor de difícil controle. A investigação de natureza multimetodológica foi norteada pelas seguintes questões:

- Quais circunstâncias conduziram à inserção nestes serviços?
- Como vivenciam seu trabalho diário junto a pacientes com dor?
- Que percepções possuem acerca do estresse profissional?
- Quais estratégias de enfrentamento adotam para lidar com o estresse profissional?
- Nestes serviços, existem protocolos específicos para intervenção e avaliação de pacientes que sofrem com dor de difícil controle? Como avaliam tais protocolos?
- Como se dão as relações interprofissionais em seus serviços?
- Existem diferenças entre as duas equipes investigadas no que se refere à percepção de estresse, à utilização de estratégias de enfrentamento e às avaliações sobre a atividade multiprofissional desenvolvida em cada serviço?

Investigar estas questões propostas mostra-se importante pelo fato de descrever e colaborar para a elucidação do panorama de trabalho dos profissionais de saúde que cuidam de pacientes com quadros de dor de difícil controle. Além disso, incorpora conhecimento a linhas de pesquisas que têm abordado, principalmente no âmbito da Psicologia e da Enfermagem, a importância do cuidado com o cuidador, tanto referente à demanda e às condições de trabalho quanto às questões psicológicas e aos possíveis transtornos decorrentes da atividade laboral.

Observa-se que a investigação desses contextos de trabalho elucida aspectos estruturais da formação de equipes multiprofissionais, do padrão de interação entre os cuidadores e, inclusive, das suas percepções quanto à coesão e articulação grupais. Adicionalmente, os resultados encontrados podem incitar importantes reflexões pertinentes ao campo da Saúde, até para a elaboração de políticas públicas voltadas para essa área.

Para apresentar os resultados da pesquisa, a presente dissertação foi organizada em oito capítulos, sendo os dois primeiros voltados para a conceituação dos temas abordados (dor, equipe de saúde, enfrentamento e estresse) e a contextualização da pesquisa no campo do conhecimento descrito pela literatura recente nas áreas das ciências da saúde e, mais especificamente, da Psicologia da Saúde. O terceiro capítulo expõe os objetivos

gerais e específicos do trabalho realizado. O quarto capítulo descreve a metodologia e os procedimentos éticos adotados. No quinto e no sexto capítulos, são apresentados e discutidos, respectivamente, os resultados da pesquisa, que se organizam em três eixos principais: 1) análise dos dados levantados pelo Inventário de *Coping* e pela *Job Stress Scale*; 2) análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais dos serviços voltados para o atendimento de pacientes que apresentam quadros de dor de difícil controle; 3) categorização das informações e análise de conteúdo das verbalizações referentes às reuniões de equipe de um dos serviços nos quais se realizou o estudo. Por fim, na última parte, são apresentadas as principais conclusões deste trabalho, além de pontuadas suas limitações e propostas sugestões para futuras pesquisas.

CAPÍTULO 1 – EQUIPE DE SAÚDE E MANEJO DA DOR DO PACIENTE

O presente capítulo tem como propósito conceituar a dor em uma perspectiva contemporânea e elencar, de acordo com a literatura especializada, as principais indicações sobre sua avaliação e intervenção. Insurgindo como outro importante tema no campo da assistência em saúde, estudos sobre a equipe multiprofissional também serão abordados.

1.1. Dor: Breve Delimitação Conceitual e Propostas de Manejo Clínico

A dor, definida pela IASP (*International Association for the Study of Pain*) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (www.iasp-pain.org/terms), apresenta-se ao profissional de saúde que se propõe a tratá-la como um fenômeno complexo e subjetivo, pois a amplitude desse conceito absorve o visível e o invisível. Ela está no corpo, na mente, na história de vida, no cotidiano. É multidimensional (Baszanger, 1989; Bendelow & Williams, 1995; Lima & Trad, 2007) e, por isso, para seu correto tratamento, deve-se levar em conta a influência recíproca dos significados culturais, pessoais e situacionais. Segundo Sá, Baptista, Matos e Lessa (2008), a dor é a causa mais frequente de consultas médicas – a prevalência na população geral varia de 11% a 44%. No Brasil, um terço das consultas tem a dor como principal causa. A dor está ainda entre as queixas de 70% dos demais pacientes.

A complexidade do quadro algíco decorre do fato de que a experiência dolorosa resulta de uma interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com características subjetivas do doente, como humor, significados simbólicos, aspectos culturais, afetivos, etc. Portanto, a dor é sempre subjetiva, e o relato que o doente faz de sua dor aos profissionais de saúde que o atendem é fundamental para compreensão do quadro algíco, implementação de medidas analgésicas e mesmo avaliação da eficácia terapêutica (Pimenta, Koizumi & Teixeira, 1997). Nesse sentido, a avaliação da dor visa aferir as qualidades do sintoma algíco, sua duração, sua intensidade, seu impacto na esfera psicoafetiva e na funcionalidade. O objetivo desse procedimento é auxiliar no diagnóstico, subsidiar a escolha terapêutica e avaliar sua efetividade (Silva & Zago, 2001; Straub, 2005; Teixeira & cols., 1999).

Pimenta e Ferreira (2006) destacam a importância da avaliação sistemática e do registro dos dados para detecção da queixa algíca. Para essas autoras, a avaliação da dor,

que deve ser uma atividade multiprofissional exercida de modo complementar, deve abranger os seguintes tópicos: características da dor (localização, início, frequência, padrão de instalação, duração, intensidade, presença de picos de dor), qualidade da dor (sensitiva, afetiva), fatores desencadeantes e agravantes, tratamentos anteriores (resultados, efeitos indesejáveis), intensidade, localização, exame neurológico e elucidação de outros construtos subjacentes (qualidade de vida, depressão, ansiedade, enfrentamento, autoeficácia, significado simbólico da dor, etc.).

Enfatiza-se, também, a atenção dispensada aos instrumentos de avaliação da dor hoje disponíveis e que ajudam, de alguma forma, a minimizar a subjetividade do relato da dor, que passa a ser quantificada, materializada ou localizada pelo indivíduo doente. As equipes especializadas no tratamento algico se utilizam, geralmente, da escala visual analógica, da escala numérica, das escalas não numéricas (faces ou copos), da escala de palavras, do questionário de McGill (versão integral e reduzida), do diagrama de localização corporal e do diário da dor (Pimenta & Ferreira, 2006).

No caso da avaliação da dor em crianças, principalmente em crianças pequenas, a subjetividade torna-se um obstáculo ainda mais difícil de ser transposto. Segundo Torristesi e Vendrúsculo (1998), deve-se prestar ainda mais atenção à queixa de dor referida pelo paciente dessa faixa etária e observar alterações de comportamento (choro, irritabilidade, isolamento social, distúrbios do sono) e fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial). Justamente buscando atender a esses pacientes, desenvolveram-se escalas de cores e de faces que podem ser estilizadas utilizando-se personagens infantis.

Levando em conta sua duração, a classificação de dor mais utilizada e citada atualmente a considera num continuum que vai de aguda a crônica. A dor aguda, em geral, dura de minutos a semanas e está associada a lesões teciduais (queimaduras), processos inflamatórios ou moléstias. A dor crônica, por outro lado, tem duração superior a seis meses e, geralmente, acompanha um processo de doença ou está associada a uma lesão já tratada (Guimarães, 1999).

A dor crônica, hoje, apresenta-se como um grave problema de saúde pública, sendo uma importante causa de morbidade, absentéismo no trabalho e incapacidade temporária ou permanente, gerando altos custos para os serviços de saúde (Sá & cols., 2008). De acordo com Lima e Trad (2007), desde a década de 1960, há uma forte tendência na biomedicina e, mais especificamente, no campo das neurociências de considerar a dor crônica como uma entidade mórbida, uma doença. Essa caracterização baseia-se,

prioritariamente, na neurofisiologia, na sintomatologia própria desses quadros e na comprovação do comprometimento de várias dimensões do ser humano.

De acordo com Murta (1999), embora a dor tenha uma função adaptativa e seja vital – pois permite ao indivíduo evitar ou escapar de situações potencialmente danosas à existência –, pode vir a se tornar prejudicial e incapacitante quando se torna crônica. Ainda segundo essa autora, a dor crônica gera alterações vegetativas, como insônia, falta de apetite e de desejo sexual e pode levar ao desenvolvimento de um repertório de respostas de esquiva e fuga voltadas para atividades física, social e ocupacional, resultando em um estilo de vida inativo e favorecendo o aparecimento de quadros depressivos. Para o tratamento dessa condição, as clínicas de dor – centros multiprofissionais instalados, mais comumente, em hospitais universitários e que buscam tratar a dor de forma mais eficaz, abarcando toda sua complexidade – têm sido constituídas desde o final da década de 1970 no mundo e da década de 1980 no Brasil (Castro & cols., 2006; Lima & Trad, 2007).

No caso dos pacientes grandes queimados, tem-se que um trauma térmico sobre a pele produz uma série de alterações locais que normalmente resultam no aparecimento de dor e alterações definitivas na aparência (Rossi, Camargo, Santos, Barruffin & Carvalho, 2000). Segundo Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira e Carvalho (2007), um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que pode causar danos físicos e psicológicos ao paciente. Ainda de acordo com esses autores, considera-se que ao sofrer uma queimadura os pacientes passam por três fases distintas que se relacionam tanto com a recuperação física quanto com a psicológica. Inicialmente, tem-se o estágio crítico, de ressuscitação ou de estabilização, que corresponde às primeiras 72 horas e se caracteriza, principalmente, pelo foco em reanimar e estabilizar a condição fisiológica da vítima. Após a estabilização, inicia-se a fase aguda da reabilitação, na qual se concentra a maioria dos procedimentos dolorosos (limpeza das feridas, desbridamento, mudança de curativos, fisioterapia, etc.) e quando começam a surgir expectativas em relação aos resultados dos tratamentos. Por fim, a terceira fase, reabilitação de longa duração, inicia-se quando o paciente recebe alta do hospital e precisa conciliar sua rotina com as sessões de tratamento.

Apesar da gravidade das situações e da grande demanda exposta, observa-se que a dor, de uma forma geral (aguda e crônica), ainda não é devidamente tratada na maioria dos casos, apesar dos esforços que têm sido empreendidos nesse sentido nos últimos anos. Entre os fatores relacionados com o insatisfatório controle da dor pode-se enumerar a avaliação inadequada dos quadros álgicos e de suas consequências, a subestimação do sofrimento do doente, as crenças na dor incontrolável ou na sua necessidade para a

elucidação de alguns diagnósticos, o receio de que o paciente venha a desenvolver tolerância ou dependência a alguns medicamentos e o uso incorreto de terapias e reabilitações (Teixeira & cols., 1999).

Ao se constatar a necessidade de medicamentos analgésicos e coadjuvantes, terapêutica mais frequentemente utilizada nos serviços de saúde, a IASP e a OMS propõem a utilização de uma escada analgésica de três degraus, na qual cada degrau apresenta medicações com mecanismos farmacológicos diferenciados e que agem em diferentes pontos do caminho que o estímulo doloroso percorre. No primeiro nível, encontram-se os analgésicos não opiáceos; nos demais, encontram-se opioides fracos e fortes, sucessivamente (Glajchen, 2001). Os adjuvantes, presentes em todos os degraus, são antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos, etc. (Figueiredo, 1996). Preconiza-se, ainda, que o uso de medicamentos se dê preferencialmente pela via oral e a sua administração seja prescrita em horários preestabelecidos, e não sob o regime do “se necessário” (Teixeira & cols., 1999).

Estudos recentes mostram, no entanto, que mesmo com a utilização adequada dos recursos farmacológicos mais eficazes alguns pacientes não obtêm alívio adequado do quadro algico. Tratamentos que consideram a dor em uma perspectiva mais complexa e multicausal, que envolvem a atuação de uma equipe multiprofissional e, com isso, garantem a diversidade da natureza das intervenções requeridas por esse sintoma/patologia têm atingido melhores resultados no alívio do sofrimento de pacientes (Bendelow & Williams, 1995; Juver & Verçosa, 2008; Lima & Trad, 2008). No caso da dor crônica, por exemplo, programas multidisciplinares, que enfatizam o papel do sujeito no manejo do quadro algico, têm-se apresentado como uma alternativa viável aos tratamentos tradicionais, focados prioritariamente na prática médica (Heapy & cols., 2005). Para que esse tipo de tratamento alternativo se dissemine e passe a ser o padrão oferecido aos pacientes com dor, é necessário, no entanto, que se enfoque a capacitação dos profissionais, tanto para lidar com questões técnicas referentes à dor como para trabalhar em equipe de forma dialética e eficaz, conforme preconizam Silva e Zago (2001).

No campo das intervenções psicológicas, tem-se destacado o uso de técnicas cognitivo-comportamentais, que partem do princípio de que a dor é, além de tudo, um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interação do indivíduo com o seu ambiente. Nesse contexto, o paciente é capaz de aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos, que tragam maior funcionalidade. As técnicas de intervenção mais difundidas nesse campo são as de relaxamento, distração, imaginação dirigida e

educativas/informacionais (Morley, Eccleston & Williams, 1999) Quanto aos métodos físicos, salienta-se a utilização de procedimentos com aplicação de calor e frio superficiais, técnicas de estimulação elétrica transcutâneas, massagens e técnicas de acupressão, repouso, exercícios, alongamentos suaves, etc. (Pimenta & Ferreira, 2006; Yeng & cols. 2001).

Pessini (2002) corrobora a perspectiva de que o correto manejo de pacientes com dor exige o trabalho conjunto de profissionais de saúde de forma integrada – médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, etc. A atuação em equipe permite maior precisão nos diagnósticos e a elaboração de melhores estratégias de tratamento para casos complexos em comparação à atuação de profissionais trabalhando isoladamente (Teixeira & cols., 1999). Neste sentido, Fernandes (1993) enfatiza a importância da equipe multiprofissional, argumentando que exigir do médico uma atenção integral ao sujeito resumir-se-ia a um apelo idealista, dissociado dos interesses, necessidades e possibilidades dos profissionais. Queiroz e Araujo (2007) estimam que, embora cada categoria profissional tenha um modo de atuar mais amplamente reconhecido, poucos estudos elucidativos dos aspectos grupais subjacentes à equipe de saúde foram realizados até hoje.

De acordo com Araujo (conforme citado por Costa Neto, 1994), o conceito de equipe de saúde e o conceito de grupo compartilham inúmeras semelhanças, como o fato de presumirem relações interpessoais diretas, a necessidade de se manter uma certa organização, a alta probabilidade de se observar a formação de costumes e a pressuposição de que se estruture um sistema interno (afetivo) e outro externo (ativo) de regulação, sendo que a equipe de saúde apresenta como especificidade o fato de possuir um projeto comum bem delimitado e, portanto, a necessidade de convergência de esforços para sua execução em uma perspectiva terapêutica.

Percebe-se, no entanto, que inúmeras barreiras atrapalham o completo desenvolvimento de um plano terapêutico integrado e interdisciplinar. Campos (1999) avalia que a forma tradicional como os serviços de saúde vêm se estruturando estimula o isolamento e dificulta o processo de trabalho multiprofissional. Na tentativa de amenizar esse empecilho organizacional, esse autor propõe um modelo matricial para o funcionamento de equipes especializadas. Queiroz (2003) observa que, no caso de muitas equipes de saúde, o processo de trabalho, naturalizado como o único possível, repete a lógica do trabalho *taylorizado*, muitas vezes encoberta pelo discurso valorativo do “trabalho em equipe”. Ainda de acordo com essa autora, a distribuição de tarefas

extremamente parceladas gera dificuldades de comunicação e de realização dos cuidados da saúde da clientela.

Queiroz e Araujo (2007) enfatizam que o processo de tomada de decisão é um elemento crucial para a compreensão da equipe de saúde e, na última década, verifica-se crescente interesse pela temática. As autoras salientam que a tomada de decisão em equipe – muitas vezes realizada em reuniões para discussão de casos e visitas às enfermarias – é complexa, pois ocorre tanto no plano individual, quanto no plano coletivo. Ademais, envolve diversidade de informações que devem ser processadas e negociadas para que se identifiquem as múltiplas possibilidades de ação nos diferentes níveis. Para Queiroz e Araujo (2007), o processo de tomada de decisão em saúde requer a participação ativa, integrada e responsável dos envolvidos no intuito de favorecer o bem-estar e a qualidade de vida não apenas de pacientes e seus familiares, mas também dos profissionais, grupos institucionais e comunidades.

Para Teixeira e cols. (1999), o tratamento multiprofissional teria que se adaptar à natureza complexa da dor, e isso implicaria a individualização de planos terapêuticos. Em casos de dor aguda, as intervenções visam ao alívio da dor, fundamentando-se, principalmente, na remoção das causas. Para tanto, utilizar-se-ia, prioritariamente, a farmacoterapia e procedimentos focais de medicina física e de psicoterapia. Nos casos de dor crônica, por outro lado, a completa eliminação da sensação dolorosa não é o objetivo da maioria das intervenções. Nesses casos, a equipe multiprofissional precisa ter como foco o controle dos sintomas, a minimização do desconforto, a modificação do simbolismo da dor, a normalização das funções físicas, psíquicas e sociais do doente, o reforço dos potenciais remanescentes, a prevenção da deterioração das condições físicas e comportamentais, o desenvolvimento da autoconfiança, o encorajamento para execução de tarefas, a eliminação de fobias, a correção de desajustamentos familiares, sociais e profissionais, a diminuição do uso de medicamentos, a independência dos doentes em relação ao sistema de saúde e a adaptação dos indivíduos para outras atividades.

1.2. Equipe de Saúde: Desafios Profissionais Frente à Dor do Paciente

Ao dedicar-se ao estudo da equipe de saúde e às suas vicissitudes emocionais, Carvalho (2006) afirma que o interesse pelo cuidado com aqueles que exercem o papel de cuidadores de pacientes tem recebido gradualmente mais atenção nos nossos dias. De acordo com o referido autor, essa demanda deve-se, principalmente, à constatação de que os cuidadores podem apresentar reações patológicas desencadeadas pelo estresse causado a

partir do ato de cuidar e à mudança de atitude entre os próprios profissionais de saúde, que têm passado a admitir que podem necessitar de cuidados em algumas circunstâncias.

Gambato, Carli e Guarienti (2006) relembram que a relação profissional de saúde/paciente é, antes de tudo, uma relação humana, na qual estão em jogo emoções, sentimentos e fantasias. Sanches e Boemer (2002) complementam afirmando ser possível e necessário que os profissionais de saúde auxiliem seus pacientes nas diversas facetas de sua existência. O que dificulta esse processo, conforme os autores supracitados, é a concepção biologicista na prática de saúde, que ainda hoje predomina e reduz o ser humano ao aspecto biológico, impedindo o paciente de se expressar com suas características ontológicas.

Contemplando tais aspectos, Miyashiro (1991) sustenta que o sistema de cuidados em saúde deve incorporar o próprio paciente e seus familiares, com suas necessidades, e deve aumentar no paciente o domínio sobre as fontes de conhecimentos e técnicas que podem tornar o cuidado de si mesmo mais efetivo. Seriam necessárias mudanças significativas no sistema de cuidados de saúde, uma reforma na medicina, de maneira que fossem desenvolvidos paradigmas de intenção prática no cuidado das necessidades do paciente (Kleinman, conforme citado por Miyashiro, 1991).

Corroborando as afirmações anteriores, Maciel (2004) afirma que, além do doente, a dor contagia a família, o ambiente e quem o frequenta:

“O médico e sua equipe também se modificam ao lidar com pacientes que têm dor, quando esta tem difícil controle. Cada nova proposta terapêutica que fracassa aumenta o sentimento de impotência da equipe e, sem perceber, o doente vai sendo menos visitado. As novas alternativas vão sendo testadas sem o mesmo entusiasmo inicial. Um misto de culpa e mais impotência se instalam e imobilizam o trabalho de profissionais desavisados desta possibilidade. Aprender a lidar com estes sentimentos e buscar superá-los deve ser parte do aprendizado da equipe de cuidados paliativos” (Maciel, 2004, p. 0).

Muitos autores discutem a formação dos profissionais que lidam com esse tipo de paciente. Furtsenberg e cols. (1998), ao investigar o conhecimento e as atitudes que médicos, enfermeiros e farmacêuticos tinham sobre a dor crônica oncológica, constataram carências de conhecimento dentro dos três grupos de profissionais. Outro achado importante desta pesquisa revela que nesse contexto de estudo os médicos mostraram-se ser a classe menos comprometida com o efetivo alívio da dor dos pacientes, apesar de apresentarem o maior conhecimento relacionado à farmacologia opioide. Em estudo

similar realizado no Brasil, mais especificamente em Santa Catarina, Kulkamp, Barbosa e Bianchini (2008) obtiveram resultados semelhantes. Segundo a pesquisa, houve demonstração de pouco conhecimento, bem como indícios de preconceito e medo em todas as classes profissionais analisadas. Um alerta relevante, também destacado neste estudo, refere-se à constatação de que profissionais com pouco conhecimento sobre o assunto tendem a subestimar as experiências de dor intensa de seus pacientes.

Segundo Pessini (2002), os temas relacionados à dor ainda são negligenciados na maioria dos currículos, o que torna urgente a adoção de novas estratégias educacionais visando o aprimoramento do tratamento da dor na prática diária. Silva e Zago (2001) também concluem que a formação insuficiente dificulta a avaliação adequada e sistemática da dor. De acordo com estes autores, os enfermeiros participantes da pesquisa subestimavam a frequência de ocorrência da dor e seu impacto devastador sobre o indivíduo. Ao que parece, ao longo da trajetória profissional, estes enfermeiros desenvolveram a concepção equivocada de que a dor é um sintoma natural e intratável. Sanches e Boemer (2002) e Kulkamp e cols. (2008) igualmente defendem reformulação curricular e educação continuada na área da saúde.

Para Silveira e Ribeiro (2005), a formação do profissional de saúde tem sido orientada por um modelo biologicista que se fundamenta no paradigma positivista da ciência, sustentado pela fragmentação, aprofundamento e descrição das partes para compreender a unidade humana. Tal perspectiva reduz os eventos de saúde e doença à dimensão biológica, colocando o foco da atenção do profissional na doença, e não no sujeito que adoece. Por outro lado, segundo esses autores, entende-se que lidar com problemas de saúde desperta sentimentos de ansiedade e de medo sobre o futuro, sobre o aumento da dependência em relação aos outros, sobre limitações físicas e funcionais. E essa situação torna-se ainda mais estressante para profissionais que, baseando-se em sua formação acadêmica, encontram-se despreparados para lidar com esses sentimentos.

Diante desse contexto, a morbidade psicológica e psiquiátrica mostra-se crescente entre profissionais da área de saúde. No caso dos cuidadores de pacientes com dor, o quadro pode ser ainda mais alarmante, visto que se identificam inúmeras situações estressantes de natureza interna ou externa, como as características do doente e da doença, as expectativas e frustrações do doente e da família, as condições ambientais, a disponibilidade de material e pessoal para executar o trabalho, a qualidade do relacionamento interpessoal do grupo, as características pessoais do profissional, entre outras (Carvalho, 2006).

CAPÍTULO 2 – ESTRESSE E ENFRENTAMENTO: PERSPECTIVAS SOBRE A ATUAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo tem como finalidade delimitar sucintamente as conceituações de estresse e enfrentamento no âmbito da Psicologia da Saúde, discutindo-se dificuldades, necessidades e recursos da atuação profissional, com ênfase no trabalho de equipe em serviços de acompanhamento ao paciente com dor.

2.1. Estresse: Um Panorama sobre as Dificuldades no Campo da Saúde

A palavra estresse – bastante difundida pelos meios de comunicação e comumente apontada como causa e explicação das atuais aflições humanas –, tornou-se expressão corriqueira em um mundo moderno e competitivo. Em termos científicos, embora não haja consenso (Stacciarini, 1999; Straub, 2005), pode-se definir estresse como um estado gerado pela percepção de estímulos provocadores de excitação emocional que, ao perturbar a homeostasia do organismo, dispara um processo de adaptação caracterizado por diversas manifestações sistêmicas que podem levar a distúrbios fisiológicos e psicológicos (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003). Em outras palavras, estresse seria um processo por meio do qual um indivíduo percebe e responde a eventos julgados como desafiadores ou ameaçadores (Straub, 2005).

O termo *stress* foi introduzido no campo da saúde em 1936, pelo fisiologista Hans Selye, na tentativa de designar a resposta geral e inesperada do organismo diante de situações que geram tensão (Margis & cols., 2003). Em 1956, esse mesmo autor descreve um modelo hoje considerado clássico: o modelo biológico do estresse, que entende esse processo como uma condição interna do organismo. Conforme essa teoria, o indivíduo, diante de um evento estressor, emite uma resposta não específica, e as respostas de adaptação se dariam a partir de fases, em um processo que se denomina Síndrome de Adaptação Geral – SAG (Sanzovo & Coelho, 2007). Seguindo essa perspectiva, Lipp (2003) descreve um modelo quadrifásico de estresse, composto pelas fases de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão.

Porém, o modelo mais influente, no que se refere ao estresse no campo da Psicologia da Saúde, é o modelo transacional descrito por Lazarus e colaboradores. Segundo esse modelo, não seria possível compreender completamente o estresse examinando os eventos ambientais e as respostas do indivíduo de forma separada. Eles

precisam ser analisados como uma transação, na qual cada indivíduo busca ajustar-se aos desafios cotidianos (Straub, 2005). De acordo com Lazarus (1993), as trocas entre o indivíduo e as situações ambientais se dão por meio de uma avaliação cognitiva, pela qual analisamos se a situação que estamos vivenciando ameaça nosso bem-estar; se dispomos de recursos suficientes para enfrentá-la; e se, no decorrer do ciclo, a estratégia escolhida está funcionando. Trata-se, portanto, de um processo de avaliação e reavaliação constante, ativado a cada nova informação que surge.

Assim, entende-se que as múltiplas consequências do estresse têm um componente biológico que não pode ser controlado pelo indivíduo, mas têm também uma fase da qual participam algumas funções cognitivas, emocionais e comportamentais que podem influenciar tais alterações e suas consequências na vida do sujeito (Lazarus & Folkman, 1984). Lipp (1996) defende que as fontes de estresse podem ser classificadas em internas e externas, levando-se em conta para essa separação o fato de englobarem eventos que dependem ou não do controle do indivíduo. Tem-se de considerar, por fim, que a capacidade de um indivíduo para dar respostas adequadas frente a um estressor depende de um aprendizado prévio, da acumulação de conhecimentos e vivências. Segundo Margis e cols. (2003), as respostas comportamentais básicas de um indivíduo frente a um estressor são: enfrentamento, evitação e passividade.

Segundo Sanzovo e Coelho (2007), nos últimos anos, o estresse ocupacional tem sido uma área bastante pesquisada por psicólogos, devido à constatação de que, em nossa sociedade capitalista, muitos sintomas de estresse têm se desenvolvido em consequência do trabalho exercido pelo indivíduo. Murta e Tróccoli (2004) complementam esta afirmação expondo que o trabalho, apesar de constituir-se em uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas, também pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger desses riscos.

Conforme esclarece Paschoal e Tamayo (2004), em meio à multiplicidade de pesquisas, percebe-se que o termo estresse ocupacional tem sido utilizado de modo pouco consistente, existindo, inclusive, desentendimentos quanto a seu significado e medição. Assim, pode-se priorizar o estudo dos estressores presentes ou provenientes do ambiente de trabalho, as respostas dos indivíduos a estes estressores ou, ainda, as diversas variáveis que permeiam o processo estressor-resposta.

Diante do contexto laboral dos profissionais de saúde, Campos (2006), por um lado, argumenta ser possível afirmar, com razoável segurança, que estes cuidadores atuam em

constante tensão, visto seu objeto de trabalho ser uma pessoa doente, atingida, muitas vezes, em sua integridade física, psíquica e social. Esse mesmo autor ressalta que questões institucionais e até políticas de saúde – ex. falta de acesso a tecnologias e medicamentos, baixos salários, escassez de oportunidades de capacitação e atualização e dificuldade de intercâmbio entre os profissionais – também contribuem para a constituição desses contextos de trabalho como altamente estressantes. Sousa e Silva (2002), por outro lado, embora reconheçam a relevância da influência dos fatores organizacionais, abordam a importância da correlação desses fatores com características da personalidade do indivíduo para que se possa verdadeiramente compreender o contexto de estresse a que estão submetidos os profissionais de saúde.

De acordo com Alves e cols. (2004), na década de 1970, Robert Karasec e pesquisadores pioneiros na tarefa de procurar nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e sua repercussão sobre a saúde dos indivíduos propuseram um modelo bidimensional que relaciona a demanda psicológica e o controle no trabalho ao risco de adoecimento. Nesse sentido, as demandas psicológicas referem-se a questões tanto quantitativas, como tempo e velocidade na realização do trabalho, quanto qualitativas, como conflitos entre demandas contraditórias. O controle, por outro lado, refere-se à possibilidade de o trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo. Desta forma, observa-se que a coexistência de fortes demandas psicológicas com baixo controle sobre o processo de trabalho pode gerar alto desgaste no profissional e ser a causa de impacto negativo em sua saúde, enquanto a situação ideal para a saúde do trabalhador reuniria atividade com baixa demanda e alto controle.

É importante observar ainda que, em circunstâncias nas quais coexistem alta demanda e alto controle, o indivíduo vivencia uma situação de processo de trabalho ativo, que se apresenta como menos prejudicial porque, apesar de as demandas serem excessivas, o profissional pode decidir sobre a forma e o ritmo de execução de suas tarefas. Também aparecem como prejudiciais, circunstâncias que conjugam baixa demanda e baixo controle, uma vez que caracterizam, normalmente, atividades repetitivas e desestimulantes (Alves & cols., 2004). De acordo com estes autores, na década de 1980, uma terceira dimensão, o apoio social no trabalho, foi acrescentada ao modelo, devido à constatação de que uma interação social deficitária também pode gerar ou agravar consequências negativas à saúde.

Estudos têm comprovado que os profissionais de saúde aparecem como uma das categorias mais afetadas pelo estresse ocupacional (Zakabi, 2004). Santos (2003), por

exemplo, afirma que, no trabalho de sistematização dos cuidados intensivos, os profissionais de saúde são obrigados a conviver com situações de alto estresse psicossocial, em decorrência dos riscos apresentados pelos pacientes, das inúmeras possibilidades de complicação, das demandas de familiares angustiados, etc. Esses múltiplos desafios criariam uma superexigência de encargos da parte do profissional cuidador e seria uma das razões para maior suscetibilidade ao estresse ocupacional dos profissionais de saúde.

Tendo em vista este ambiente de trabalho, é possível reconhecer que os profissionais têm vivenciado inúmeros problemas de saúde relacionados aos estressores físicos e emocionais decorrentes de sua rotina (Salmon, Kwak & Acquaviva, 2005). Adotando perspectiva semelhante, Qaseem, Shea e Connor (2007) insistem que a atuação em cuidados paliativos envolve desafios emocionais e interpessoais, porém não se tem empreendido um esforço sistemático para avaliar o ambiente destas equipes.

Conforme anteriormente abordado, em saúde, são inúmeras as adversidades profissionais enfrentadas. Além da dor, do sofrimento e da constatação da finitude humana, soma-se a estrutura hierárquica centralizadora, que acaba impossibilitando a ação criativa, gerando competição entre as especialidades, corporativismos e falta de comunicação entre equipes e familiares (Silva, 1998). Machado e Merlo (2008) enfatizam que a situação de tratar pacientes em unidades críticas envolve o sentimento de impotência relacionado à imprevisibilidade e à complexidade, ligado à intensa relação do trabalhador com vivências de dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo e perdas de diversos tipos.

Dentre os estressores profissionais mais comumente vivenciados, sobressaem-se as dificuldades e os conflitos gerados pela atuação multiprofissional, ou mais realisticamente provocados pelos contatos interpessoais. Para Otis-Green (2007), as relações interpessoais da esfera profissional desenrolam-se de modo complexo e são responsáveis, em última análise, por definir o sucesso da atuação. Segundo Salmond e Ropis (2005), os conflitos entre profissionais e a falta de apoio de superiores e colegas constituem alguns dos principais estressores da assistência em saúde.

Boston e Mount (2006) investigaram a perspectiva existencial e espiritual do estresse vivenciado por cuidadores em cuidados paliativos. Para tanto, organizaram o material obtido em oito categorias temáticas, congruentes com a literatura especializada acerca da atuação em unidades de atendimento a dor crônica e terminalidade: conceituação de espiritualidade; transferência e contratransferência; tristeza cumulativa; abertura para diálogo; conexões para cura; cuidador ferido; ambiente de cura para o cuidador; desafios e

potencialidades para a atenção integral. Em adicional, o trabalho de York, Jones e Churchman (2009) sugere uma forte associação entre a satisfação dos cuidadores com seu trabalho e a percepção dos familiares do paciente com a qualidade dos cuidados oferecidos.

Diante do exposto, salienta-se que, de um lado, a literatura tem apontado diferenças entre equipes que lidam com dor crônica e cuidados paliativos e aquelas que lidam com dor aguda, no que se refere aos seus estressores. Assim, Garcia, Pimenta e Cruz (2007) esclarecem que as crenças profissionais relacionadas à dor aguda e oncológica já foram bem descritas e revelam o temor do uso de opioides, pelo medo de vício e depressão respiratória. Muitos acreditam, inclusive, que a dor é acompanhante natural do processo de cura e seu controle é difícil ou não prioritário. Tais concepções justificam, conforme mencionado anteriormente, o inadequado controle da dor e impactam o nível de estresse dos profissionais, que se vêem impotentes frente a um quadro de dor subtratada.

Por outro lado, nas equipes que lidam com dor crônica e cuidados paliativos, é importante considerar os estressores desencadeados pelo acompanhamento de quadros clínicos multidimensionais e de difícil manejo. Neles, não só o bem-estar físico e emocional, mas também as relações sociais, familiares e de trabalho, são extremamente afetados e precisam ser revistos (Sorajjakool, Thompson, Aveling & Earl, 2006; Teixeira & cols., 1999). Deve-se ponderar, ainda, o fato dos profissionais que lidam com dor aguda, mais especificamente em casos de queimaduras extensas, atenderem pacientes que comumente apresentam reações emocionais de medo, ansiedade e angústia, associadas à lesão traumática e às expectativas de reabilitação (Medeiros, Kristensen & Almeida, 2009). As equipes de dor crônica e cuidados paliativos, por sua vez, geralmente prestam assistência a pacientes mais depressivos que ansiosos e que se mostram frustrados frente às tentativas terapêuticas fracassadas (Castro & cols., 2006).

Prosseguindo na discussão sobre a diferenciação entre equipes, é relevante pontuar que os quadros de dor nas diversas cronicidades têm impulsionado mudanças e adaptações biomédicas, afetando a relação do médico com os demais profissionais de saúde e com o paciente (Bendelow & Williams, 1995; Lima & Trad, 2007). Diante desta perspectiva, argumenta-se que serviços voltados para atendimento de casos de dor crônica e cuidados paliativos tendem a apresentar equipes mais sólidas, nas quais existem condições mais favoráveis à interação multiprofissional e ao apoio interpessoal entre cuidadores, fatores que contribuem para amenizar o estresse (Carvalho, 2006; Qaseem & cols., 2007).

Partindo-se dos pressupostos da Teoria Transacional do Estresse de Lazarus e Folkman, admite-se que a experiência de estresse é predominantemente subjetiva, pois os

indivíduos mobilizam fatores pessoais e situacionais para avaliar o potencial prejuízo dos eventos. Assim, se o profissional percebe não dispor de recursos e estratégias suficientes para lidar com as demandas estressantes, pode ter seu equilíbrio e bem-estar psicológicos abalados. Progressivamente, tal situação repercute em seu compromisso institucional, em sua satisfação profissional-pessoal e na qualidade assistencial.

2.2. Enfrentamento: Necessidades e Recursos Profissionais

Enfrentamento ou *coping* tem sido definido como esforços cognitivos e comportamentais para lidar (reduzir, minimizar, dominar ou tolerar) com demandas externas da relação pessoa-ambiente avaliadas como sobrecarga ou excesso aos recursos pessoais (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Essa definição advém do modelo de processamento de *stress* e *coping* apresentado por Lazarus e Folkman na década de 1980. Ao assumi-la como referencial teórico, tem-se de levar em consideração certas premissas a ela inerentes: a principal delas refere-se à clara noção de que se tem um processo de enfrentamento e não uma única ação ou resposta. Trata-se de um conjunto de respostas recíprocas, durante um período de tempo, no qual o indivíduo e o ambiente se influenciam mutuamente (Gimenes, 1997). Tem-se, portanto, uma valorização dos contextos psicológico e ambiental e a exclusão dos chamados comportamentos adaptativos automatizados (Serafini, 2008).

O enfrentamento atua como moderador dos eventos avaliados como estressantes, interferindo na gravidade dos sintomas de estresse resultantes (Murta, Laros & Tróccoli, 2005). De acordo com Gimenes (1997), podem-se identificar três tipos de avaliações: as referentes a dano, a ameaça ou a desafio. No caso da avaliação de dano, tem-se o uso de estratégias de enfrentamento focadas no passado; já nos casos de avaliações de ameaça ou desafios, tem-se a definição de estratégias quase totalmente orientadas para o futuro. Deste modo, uma estratégia de enfrentamento é efetiva quando o comportamento utilizado amenizar os sentimentos desconfortáveis associados a ameaças ou perdas e será ineficaz quando resultar em desequilíbrios psicológicos e fisiológicos (Miller, conforme citado por Lorencetti & Simonetti, 2005).

As estratégias ou respostas de enfrentamento podem ser classificadas, quanto à função, em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. O primeiro, por um lado, envolve aquelas estratégias que visam à modificação do problema ou da situação causadora do estresse, ou seja, são estratégias ativas que buscam lidar diretamente com a solução do problema. O enfrentamento

focalizado na emoção, por outro lado, tem o papel de regular a resposta emocional causada pelo estressor com o qual a pessoa lida. Mesmo pertencendo a categorias diferentes, é comum a utilização concomitante dessas duas funções do enfrentamento (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

Na tentativa de evitar a angústia, a depressão e outras psicopatologias, os profissionais reagem por meio do distanciamento, da fragmentação da relação cuidador/paciente, despersonalização do indivíduo, omissão da responsabilidade, agressividade entre membros da equipe (Carvalho, 2006; Marquis, 1993).

Apesar do distanciamento da situação estressante ser bastante empregado por médicos e enfermeiros, no estudo realizado por Paris e Omar (2008), constatou-se a utilização de estratégias associadas à resolução de problemas e à busca de apoio social, apontando estas como importantes preditoras de maiores níveis de bem-estar no ambiente laboral. Elucidando o contexto desse estudo, salienta-se, também, que o rol de estratégias de distanciamento incluía pensamentos associados a atividades prazerosas e planejamento de atividades de lazer a serem realizadas no tempo livre.

Para Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira Júnior e Rocha (2007), as consequências do *coping* podem levar ou não ao controle da situação ou à diminuição da resposta emocional, indicando que as estratégias adotadas podem ou não ter o efeito desejado ou planejado. Caso a resposta de enfrentamento não seja adequada e a resposta aos estressores cause ativação psicológica frequente e duradoura ou intensa, pode ocorrer um esgotamento dos “recursos” do indivíduo e o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, como ansiedade e depressão (Margis & cols., 2003).

Segundo Folkman e cols. (1986), as duas principais funções das estratégias de enfrentamento são: lidar com eventos muito estressantes e regular a emoção. De acordo com estes autores, as pessoas tendem a utilizar estratégias de enfrentamento similares quando se deparam com estímulos estressores semelhantes.

O trabalho em saúde se caracteriza por alguns estressores que são o resultado de uma atitude de intensa dedicação ao cuidado com a vida dos pacientes. O compromisso com a manutenção da vida, as relações empático-afetivas desenvolvidas com o doente e as características constituintes das equipes e das instituições hospitalares colocam os profissionais em uma situação de risco permanente (Paris & Omar, 2008).

Com preocupações semelhantes, Chiang e cols. (2006) chamam a atenção para as atuais definições de dor que ao incluir a subjetividade, tornam-se impositoras da atenção integral, incluindo mecanismos sensoriais, físicos, psicológicos, cognitivos, etc. Na prática,

porém, as atuações ainda se dão de modo controverso e, de acordo com os autores, os profissionais têm sua percepção de autoeficácia prejudicada frente às suas rotinas de trabalho.

Garcia e cols. ressaltam que os profissionais de saúde cuidam dos doentes de acordo com o que conhecem e acreditam, isto é, conforme seus conhecimentos e crenças. Essas autoras visavam validar um inventário de atitudes frente à dor crônica para profissionais de saúde componentes de equipes multiprofissionais de clínicas de dor da cidade de São Paulo. Por meio da pesquisa realizada, constatou-se que, embora a terapia preconizada para dor crônica envolva o uso de medicamentos, meios físicos e ajuste das emoções e crenças, ainda há um percentual muito desproporcional de profissionais não médicos atuando nesses centros.

Outra importante discussão abordada pelo estudo anteriormente exposto refere-se à indagação gerada pelas autoras frente a não confirmação do domínio relativo à medicação proposta pelo inventário em validação. Afirmando-se surpreendidas com este resultado, as autoras levantam a hipótese de uma possível confusão conceitual vivenciada pelos membros das equipes. Embora em muitos casos esses profissionais ainda compartilhem do conceito da superioridade do medicamento para todo tipo de dor, convivem, na prática junto a seus pacientes, com sucessivos fracassos de estratégias medicamentosas e possuem conhecimento de novos conceitos que os impulsionam a uma prática multiprofissional.

Na visão de Nylenna, Gulbrandsen, Ford e Aasland (2005), a satisfação laboral está relacionada à utilização de estratégias de enfrentamento efetivas. Assim, por um lado, estes autores constataram evidências de que os médicos com maiores índices de satisfação no trabalho são aqueles que utilizam de estratégias de enfrentamento mais exitosas, como delegar tarefas, organizar melhor sua carga de trabalho e avaliar as possibilidades terapêuticas de maneira mais realista. Por outro lado, ainda de acordo com este estudo, os profissionais de saúde que se afirmam mais insatisfeitos com seu trabalho são aqueles que mais comumente recorrem a estratégias de enfrentamento ligadas à negação e ao uso de álcool e drogas.

CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS

O presente capítulo apresenta os objetivos da pesquisa de campo, os quais foram estabelecidos a partir da revisão de literatura e da experiência de atuação da pesquisadora como integrante de uma equipe multiprofissional que prestava atendimento a pacientes com quadros de dor crônica.

3.1. Objetivo Geral

Investigar as percepções de estresse e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por profissionais de diferentes categorias, bem como a realização do trabalho em equipe, comparando-se duas equipes especializadas no atendimento ao paciente com dor aguda e com dor crônica.

3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar o nível de estresse relacionado ao trabalho de cada profissional.
- Identificar as estratégias de enfrentamento adotadas para lidar com estressores do ambiente de trabalho.
- Descrever e analisar as percepções dos profissionais sobre o trabalho realizado.
- Investigar as percepções individuais sobre a atuação em equipe multiprofissional em cada serviço.
- Identificar as percepções dos profissionais acerca das reações frente à dor do paciente.
- Descrever a composição e o funcionamento de cada equipe pesquisada.
- Descrever o modo como os profissionais interagem em cada equipe.
- Investigar a adoção de protocolo de avaliação e manejo da dor em cada equipe.
- Comparar as equipes quanto a: percepção de estresse profissional, uso de estratégias de enfrentamento, adoção de protocolo de manejo da dor e funcionamento em equipe.

CAPÍTULO 4 – MÉTODO

Neste capítulo, apresentam-se os parâmetros metodológicos da pesquisa de campo: contextos institucionais, participantes, procedimentos éticos, de coleta e análise de dados. Predominantemente de natureza descritiva e exploratória, a investigação focalizou equipes que cuidam constantemente de pacientes com quadros complexos de dor.

4.1. Contextos Institucionais

A coleta de dados ocorreu no ambiente de trabalho das equipes, foco da investigação. No caso do Setor de Grandes Queimados, o estudo foi realizado na enfermaria do terceiro andar do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). No caso da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, a pesquisa foi conduzida no ambulatório 2 do Hospital de Base de Brasília. Ambas as instituições caracterizam-se como hospitais gerais da rede pública do Distrito Federal (DF), que prestam atendimento à população local e de algumas cidades do Entorno por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dois serviços figuram como centros de referência em suas respectivas especialidades e podem ser classificados no Sistema de Saúde como centros de alta complexidade.

Cumprir informar que o Setor de Grandes Queimados é estruturado em enfermarias e um centro cirúrgico. Nestes ambientes, profissionais de diversas especialidades se revezam no atendimento aos pacientes internados. Já a Clínica de Dor e Cuidados Paliativos funciona em regime ambulatorial. Ou seja, os médicos atendem em horários pré-agendados, contando com o apoio de uma equipe de enfermagem que fornece informações aos pacientes e auxilia na execução de procedimentos invasivos. Neste serviço, caso o médico responsável identifique necessidade de atendimento por profissionais de outras especialidades, é feito o encaminhamento para serviços do próprio hospital (como é o caso da Psicologia).

Somente no Setor de Grandes Queimados são organizados encontros semanais para discussão de caso entre os diversos profissionais da equipe. Na Clínica de Dor Crônica e Cuidados Paliativos, as reuniões formais de equipe estavam suspensas em razão da reestruturação por que passava o serviço por ocasião da pesquisa.

4.2. Participantes

A amostra foi composta por profissionais de saúde de diversas especialidades que integram as equipes dos dois serviços descritos anteriormente, sendo que o primeiro lida com dor aguda e o segundo com dor crônica. Não se estipulou nenhum critério de exclusão. Sendo assim, todos integrantes da equipe que estavam presentes na enfermaria durante as visitas aos serviços foram convidados a participar do estudo.

4.3. Procedimentos Éticos

O projeto foi previamente autorizado pelos diretores-gerais do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e do Hospital de Base de Brasília, bem como pelo subsecretário de saúde do Distrito Federal. Em seguida, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), recebendo aprovação em janeiro de 2009 (ver Anexo A). Antes de iniciar a coleta de dados, solicitou-se aos respectivos setores de recursos humanos das duas instituições que intermediassem o contato com os médicos responsáveis pelos serviços para apresentação da proposta de pesquisa e obtenção do consentimento verbal das lideranças.

Foram aplicados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos B e C), sendo cada um deles destinado a uma das etapas da coleta de dados: (1) entrevista individual e aplicação das escalas e (2) observação das reuniões de equipe.

4.4. Procedimentos de Coleta de Dados

Foram organizados em três etapas: a) entrevista individual, gravada em áudio; b) aplicação da escala de estresse e do inventário de enfrentamento; e c) registro cursivo das reuniões semanais para discussão de caso. Cabe esclarecer que o último procedimento foi adotado apenas no Setor de Grandes Queimados, em razão dos motivos já expostos.

4.4.1. Instrumentos

- ➔ **Questionário de dados sociodemográficos** (Anexo D): composto por questões relativas à idade, sexo, estado civil, formação profissional, tempo de trabalho no serviço, outros serviços nos quais atua ou atuou e participação em capacitação específica para atuar com paciente com dor.
- ➔ **Roteiro de entrevista semiestruturada** (Anexo E), elaborado com base na literatura, abrange questões sobre: rotina de trabalho no serviço, perfil do paciente,

fatores que facilitam e que dificultam o desempenho das atividades junto ao paciente com dor, impacto do lidar com a dor do paciente sobre o profissional, estratégias desenvolvidas para enfrentar o estresse profissional e percepções sobre a atuação multiprofissional.

- ➔ **Versão reduzida da *Job Stress Scale*** (Anexo G), adaptada para o português por Alves e cols. (2004), estruturada como um questionário autoaplicável composto por 17 itens, que abordam as demandas psicológicas envolvidas no processo de trabalho, o nível de controle do trabalhador sobre o processo de trabalho e o apoio social neste ambiente. O fator controle é composto por dois outros subfatores denominados ‘discernimento intelectual’ e ‘autoridade sobre decisões’. De acordo com o instrumento, os níveis de estresse no trabalho e o consequente grau de perigo que o desempenho contínuo daquela atividade pode imprimir sobre a saúde do profissional são medidos pela correlação entre os escores dos itens que avaliam a demanda, o controle e o suporte social percebidos pelo trabalhador. Os itens são mensurados pelos escores assinalados em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando entre frequentemente e nunca/quase nunca ou entre concordo totalmente e discordo totalmente.
- ➔ **Inventário de Estratégias de *Coping*** de Folkman e Lazarus (Anexo F), adaptado para o português por Savóia, Santana e Mejitas (1996), também constituído de um questionário autoaplicável composto por 66 itens, que englobam pensamentos e ações utilizados pelas pessoas para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico. De acordo com este instrumento, as estratégias de enfrentamento são avaliadas por meio de oito fatores (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva) e os itens são respondidos de acordo com a frequência com que utilizaram cada estratégia mencionada em determinada situação, tendo como opções de resposta: (0) não usei esta estratégia, (1) usei um pouco, (2) usei bastante e (3) usei em grande quantidade.
- ➔ **Protocolo de observação das reuniões de equipe** (Anexo H): elaborado com base na literatura e em informações fornecidas pela psicóloga e pelo médico chefe da equipe. Como não se obteve autorização para filmar ou gravar em áudio, foram realizados registros cursivos e contínuos pela pesquisadora responsável e por uma auxiliar de pesquisa devidamente treinada. As anotações visaram focalizar, preferencialmente, comportamentos verbais para categorização posterior.

4.5. Procedimentos de Análise dos Dados

4.5.1. Análise dos dados quantitativos

Para análise dos dados obtidos com a aplicação da escala e do inventário utilizou-se o pacote estatístico do SPSS versão 17.0. Para teste de adesão das distribuições à curva normal, foram realizados cálculos de Skewness divididos pelo erro padrão, bem como o teste de Kurtosis dividido pelo erro padrão (Gueguen, 2000).

Vale explicitar que as curvas apresentaram simetria em relação à curva normal, com exceção do fator apoio social, do Inventário de *Coping*, no qual foi observada uma assimetria negativa (Skewness/erro padrão = - 2,16). No que se refere ao achatamento, os valores de Kurtosis demonstram, de maneira geral, distribuições não achatadas, com exceção dos fatores discernimento, da *Job Stress Scale*, e autocontrole, do Inventário de *Coping* (Kurtosis/erro padrão = 3,08 e 2,24, respectivamente).

Além disso, os testes Kolmogorov-Smirnov não apresentaram significância estatística ($P > 0,006$), indicando que a hipótese de distribuição normal não poderia ser rejeitada. Apesar disso, como a distribuição dos participantes foi inferior a 15 na maioria dos grupos das variáveis antecedentes, a opção foi utilizar testes não paramétricos para obtenção de estatísticas descritivas, comparativas e, em alguns poucos casos, correlacionais (Gueguen, 2000). Cumpre explicitar, também, que para comparação de dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U) e para a comparação de três ou mais grupos o teste não paramétrico *Kruskal Wallis*.

4.5.2. Análise dos dados qualitativos

Os relatos obtidos pelas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática (Bardin, 1977). Para tanto, primeiramente, o material foi integralmente transcrito para o programa Microsoft Word e, posteriormente, categorizado de acordo com: 1) atividades desenvolvidas no serviço; 2) história profissional; 3) perfil do paciente; 4) fatores facilitadores do serviço; 5) fatores que dificultam o serviço; 6) conhecimentos sobre protocolos de dor; 7) impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional; 8) percepção do profissional sobre as estratégias de enfrentamento que utiliza; 9) impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe; 10) percepção do profissional sobre a interação da equipe.

O material reunido durante a observação das reuniões de equipe foi categorizado em: descrição do ambiente físico, categorias relativas ao conteúdo das verbalizações e

identificação da categoria profissional do emissor por verbalização. Em razão do impedimento de gravação em áudio e vídeo, já explicitado, optou-se por focar os comportamentos verbais manifestados pelos participantes destes encontros. A qualidade dos registros dos comportamentos não-verbais não foi suficiente para permitir a categorização comportamental necessária. Contudo, tais informações mostraram-se úteis para melhor compreensão do contexto, facilitando a categorização das interações verbais.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

Este capítulo expõe os principais resultados obtidos pela abordagem multimetodológica adotada durante a pesquisa nos dois serviços de acompanhamento ao paciente com dor. Para tanto, organizaram-se as seguintes seções de apresentação: 1) variáveis sociodemográficas; 2) dados descritivos; 3) dados comparativos e correlacionais; 4) categorização e análise das entrevistas; 5) registro observacional das reuniões.

5.1. Variáveis Sociodemográficas

A maioria dos 31 participantes do estudo trabalhava no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no Setor de Grandes Queimados (83,9%). Esta discrepância no número de profissionais reflete o contexto de cada uma das equipes, visto que no Setor de Grandes Queimados tem-se um ambiente de enfermaria, contando com uma equipe rotativa que presta assistência 24 horas aos pacientes, enquanto que na Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, tem-se um contexto ambulatorial que atende apenas no horário comercial e, de acordo com os próprios profissionais desse centro, conta com uma equipe bastante reduzida (ver Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por Hospital/serviço

	Frequência	%	% (acumulada)
Hospital de Base	5	16,1	16,1
HRAN	26	83,9	100,0
Total	31	100,0	

A equipe do Setor de Grandes Queimados conta com outros profissionais de nível superior além de médicos e enfermeiros (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista), ao passo que a equipe da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos é composta somente por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Quanto ao sexo dos participantes, verifica-se congruência com os estudos sobre profissionais e estudantes envolvidos com as áreas de cuidado que revelam tendência à feminização (Durães & Abreu, 2007). Na presente pesquisa, participaram 21 mulheres e 10 homens (ver Figura 1).

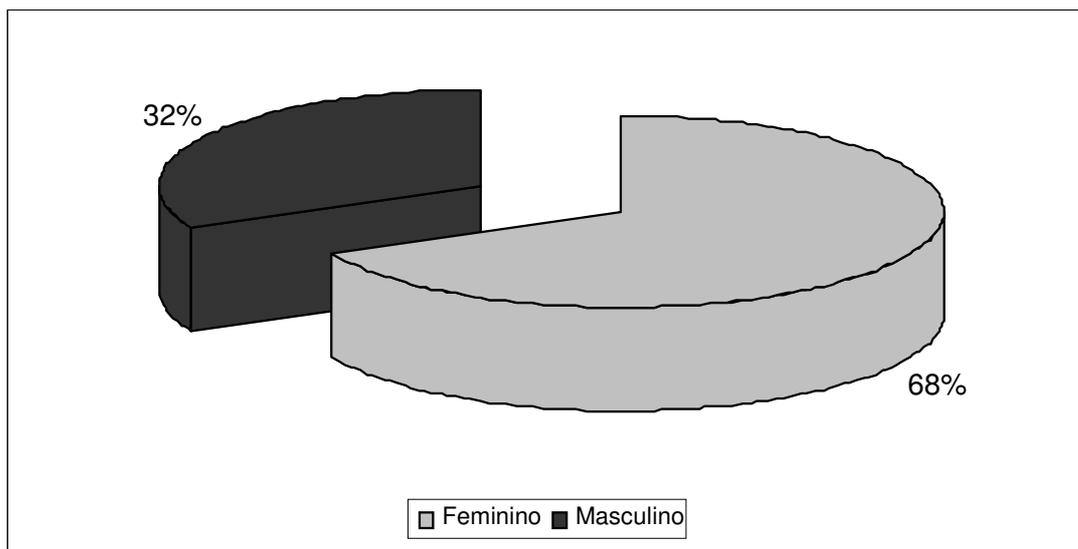


Figura 1. Distribuição da amostra por 'sexo'.

A idade dos participantes variou de 22 a 62 anos, sendo a média de 41,09 anos (DP = 10,69). A maioria dos profissionais, porém, possui idade entre 36 e 50 anos (segunda faixa etária – 54,8%), apontando para a constatação de que uma parte bastante representativa do grupo tem entre 10 e 25 anos de atuação profissional (ver Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra em relação à idade

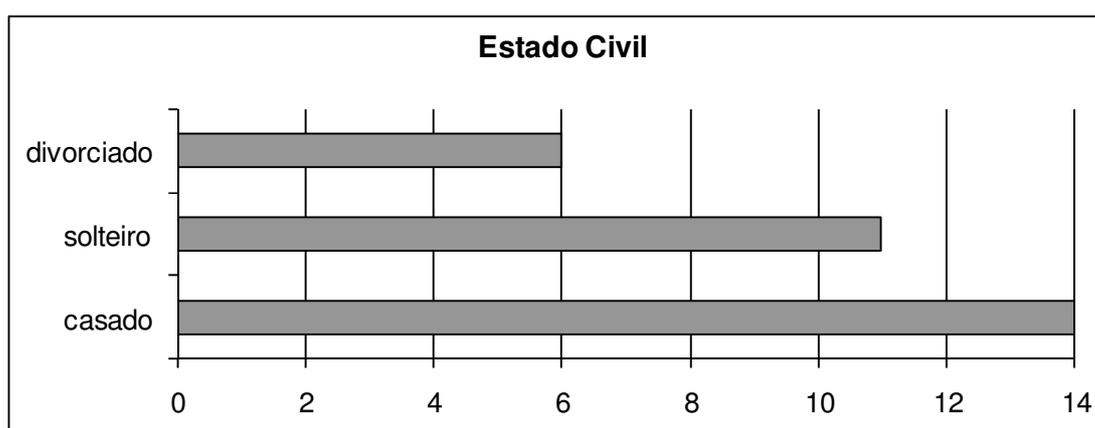
	Frequência	%	% (acumulada)
20 a 35 anos	8	25,8	25,8
36 a 50 anos	17	54,8	80,6
Mais de 51 anos	6	19,4	100,0
Total	31	100,0	

No que se refere ao tempo de atuação, constatou-se uma variação entre 0,02 ano (uma semana) a 21 anos (ver Tabela 3), média de 7,28 anos (DP = 7,16) e valores de mediana e moda apontando, respectivamente, cinco e seis anos. Uma variação tão grande em uma amostra relativamente pequena, sugere a hipótese de que os níveis de estresse e a gama de estratégias de enfrentamento podem sofrer significativo impacto do tempo de atuação no serviço.

Tabela 3. Tempo de atuação no serviço

	Frequência	%	% (acumulada)
Até 1 ano	5	16,1	16,1
Entre 1 e 5 anos	9	29,0	45,2
Entre 5 e 10 anos	9	29,0	74,2
Mais de 10 anos	8	25,8	100,0
Total	31	100,0	

A Figura 2 indica que 14 profissionais declararam-se casados ou vivendo sob regime de união estável (45,2%); 11 afirmaram ser solteiros (35,5%); e seis informaram ser divorciados, separados ou desquitados. Este dado é interessante, pois vincula-se ao possível impacto da relação conjugal e da participação parental na forma de lidar com níveis significativos de estresse e na “escolha” das estratégias de enfrentamento.

**Figura 2.** Distribuição da amostra por estado civil.

A Tabela 4 informa a distribuição dos participantes por categoria profissional.

Tabela 4. Categoria profissional dos participantes

	Frequência	%	% (acumulada)
Médico	8	25,8	25,8
Técnico de enfermagem	12	38,7	64,5
Enfermeiro	4	12,9	77,4
Outros prof. de nível superior	7	22,6	100,0
Total	31	100,0	

A seguir, a Figura 3 ilustra a distribuição por categoria profissional nas duas instituições.

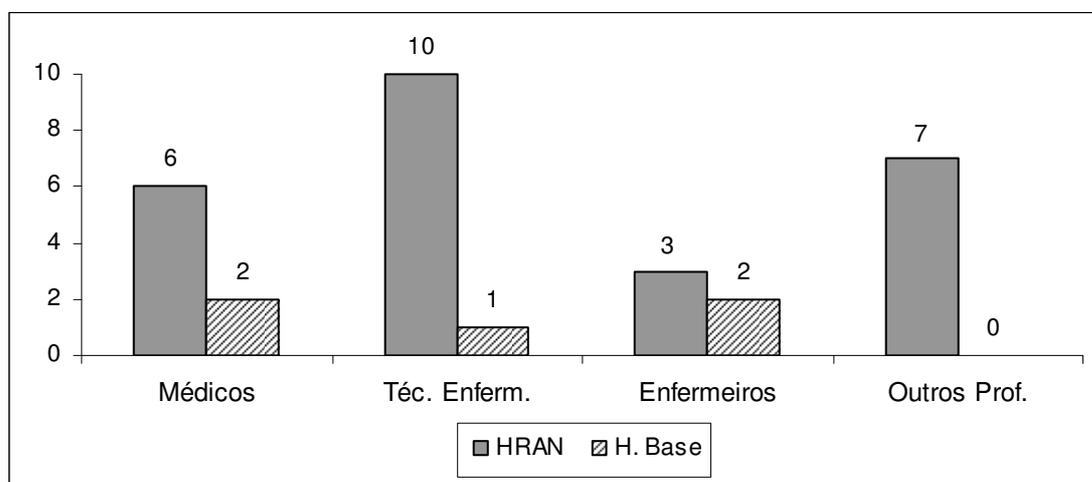


Figura 3. Distribuição das categorias profissionais por serviço (em número absoluto).

Na medida do possível, buscou-se que cada categoria analisada (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de nível superior) fosse representada por mais de um profissional. Mas, no Hospital de Base essa tarefa mostrou-se impossível, no caso da categoria enfermeiro, porquanto o serviço contava somente com um profissional devido a problemas administrativos e de escala hoje já resolvidos.

No que diz respeito à participação dos profissionais integrantes do estudo em formações específicas para lidar com pacientes com dor, foi observado que, conforme consta na Tabela 5, apenas cinco dos 31 participantes informaram já ter participado de algum curso ou treinamento nesse sentido. Ressalta-se, neste ponto, que o questionamento dirigido a esse aspecto foi estruturado de forma abrangente (ver Anexo D). Isto é, a resposta positiva a esse quesito abrangia qualquer participação em capacitação específica com abordagem do tema dor, como palestras, seminários, cursos, especializações, etc.

Tabela 5. Formação específica para lidar com pacientes com dor

	Frequência	%	% (acumulada)
Não	26	83,9	83,9
Sim	5	16,1	100,0
Total	31	100,0	

É importante, também, verificar que um percentual muito pequeno dos componentes dessas equipes (16,1%) participou de capacitações específicas (ver Tabela 5).

A Figura 4 indica que dos cinco participantes da equipe de Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, três informaram já ter participado de algum tipo de formação específica para lidar com dor (o que equivale a 60% da equipe), enquanto dos 26 profissionais componentes da equipe do Setor de Grandes Queimados, apenas dois informaram já ter participado de capacitação relativa a esse tópico (equivalente a 7,7% da equipe).

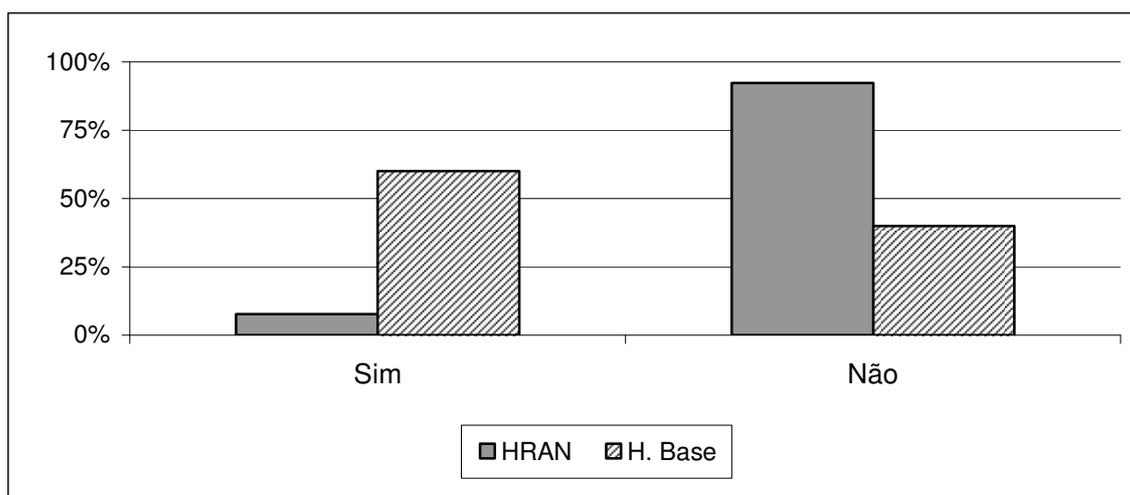


Figura 4. Participação em capacitação específica para lidar com dor por serviço.

Salienta-se, ainda, que os dois profissionais do HRAN, que responderam afirmativamente a esse questionamento, informaram já haver participado de uma ou mais palestras tendo como foco o tema dor, sendo que dos três participantes do Hospital de Base, que informaram já haver participado de capacitação específica sobre o tema dor, um informou ter participado de palestras, um segundo disse ter participado de um curso de duração média com foco nesse tema e o terceiro afirmou possuir o título de especialista no tema dor e cuidados paliativos.

5.2. Dados Descritivos

A Tabela 6 apresenta os escores obtidos nos fatores propostos pela *Job Stress Scale*. Nota-se, então, que apesar dos valores referentes às demandas psicológicas poderem variar de cinco a 25 (cinco itens), os escores alcançados variaram de 12 a 22, tendo uma média associada de 17,7. Tais valores indicam a presença de demandas psicológicas em níveis maiores do que a mediana esperada (15). O mesmo ocorre quando analisada a variável

controle, que, a princípio, poderia apresentar escores variando entre seis e 30 (seis itens), mas na amostra pesquisada teve valores entre 16 e 29, e uma média associada de 22,9, bem superior à mediana esperada (18).

Tabela 6. Fatores da *Job Stress Scale*

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Demandas psicológicas	17,7	2,5	12,0	22,0
Controle	22,9	2,9	16,0	29,0
Discernimento intelectual	15,5	1,3	12,0	19,0
Autoridade sobre decisões	7,4	2,2	2,0	10,0
Apoio social	18,2	3,0	11,0	23,0

No que se refere ao discernimento intelectual e à autoridade sobre decisões, subfatores do aspecto controle, também foram observados valores bastante superiores aos esperados, visto que as médias obtidas para cada um desses itens foram, respectivamente, 15,5 e 7,4, enquanto as medianas esperadas não ultrapassavam os valores 12 e 6.

O fator apoio social, que de acordo com a teoria na qual se apoia a construção desse instrumento psicométrico serviria como fator moderador do estresse no trabalho, apresentou, nesta amostra, um valor médio de 18,2, um pouco superior, portanto, à mediana esperada, que se referia a valores entre 12 e 18 (seis questões com quatro opções de resposta cada uma).

Como é possível conferir na Tabela 7, todos os fatores relativos ao Inventário de *Coping* obtiveram médias congruentes com os valores das medianas esperadas, à exceção do fator confronto, que apresenta média de 5,7, um pouco inferior ao limite mínimo da mediana esperada, que remete a valores entre seis e doze. Considerando as médias obtidas nos demais fatores e comparando-as às medianas esperadas para cada um deles, percebe-se, de acordo com as respostas dos participantes deste estudo, que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas são, sucessivamente, resolução de problemas, reavaliação positiva, suporte social, aceitação de responsabilidade, autocontrole, fuga-esquiva, afastamento e confronto.

Tabela 7. Fatores do Inventário de *Coping*

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana esperada
Confronto	5,7	3,3	0	14,0	6-12
Afastamento	8,2	3,1	3,0	14,0	7-14
Autocontrole	7,7	2,5	2,0	15,0	5-10
Suporte social	10,7	3,6	4,0	18,0	6-12
Aceitação de responsabilidade	12,1	3,9	3,5	21,0	7-14
Fuga-esquiva	2,9	1,9	0	6,0	2-4
Resolução de problemas	7,6	2,3	3,0	11,0	4-8
Reavaliação positiva	17,0	4,8	5,9	27,0	9-18

No que tange aos fatores confronto e fuga-esquiva, verifica-se que os valores do desvio-padrão ultrapassaram a metade do valor da média, indicando relativa dispersão dos dados. Entretanto, nenhum dos desvios-padrões ultrapassou os valores nominais das médias, indicando pertinência do uso desses valores, como medidas de tendência central.

5.3. Dados Comparativos e Correlacionais

Os fatores da *Job Stress Scale* (variáveis dependentes/critério) analisados por hospital/serviço (variável independente/antecedente) estão expostos na Tabela 8. Cumpre destacar alguma tendência para percepções de níveis maiores de controle e menores de demanda psicológica e apoio social por parte dos profissionais do Hospital de Base. Todavia, estes valores não revelaram significância estatística.

Tabela 8. Correlação entre Hospital/serviço e fatores da *Job Stress Scale*

	Hospital/Serviço	N.	Média	Desvio Padrão
Demandas psicológicas	Hospital de Base	5	16,6	3,1
	HRAN	26	17,9	2,3
Controle	Hospital de Base	5	24,4	3,9
	HRAN	26	22,6	2,7
Apoio social	Hospital de Base	5	17,6	3,8
	HRAN	25	18,3	2,9

Apesar de terem sido notadas pequenas diferenças na utilização de fatores específicos de enfrentamento do Inventário de *Coping* por parte dos profissionais das duas instituições (ver Tabela 9), apenas as diferenças relacionadas a confronto e resolução de problemas apresentaram significância estatística ($U=29$, $p = 0,05$ e $U=22$, $p=0,02$, respectivamente). Em ambos os casos, no Hospital de Base informaram-se mais estratégias agrupadas nesses fatores específicos do que no HRAN.

Tabela 9. Correlação entre Hospital/serviço e fatores do Inventário de *Coping*

	Hospital/Serviço	N.	Média	DP
Confronto	Hospital de Base	5	8,1**	3,9
	HRAN	26	5,2**	3,2
Afastamento	Hospital de base	5	8,3	3,7
	HRAN	26	8,2	3,1
Autocontrole	Hospital de Base	5	7,8	1,5
	HRAN	26	7,6	2,6
Suporte social	Hospital de Base	5	11,8	3,7
	HRAN	26	10,5	3,6
Aceitação de responsabilidade	Hospital de Base	5	14,2	5,5
	HRAN	26	11,6	3,5
Fuga-esquiva	Hospital de Base	5	2,8	2,6
	HRAN	26	2,9	1,7
Resolução de problemas	Hospital de Base	5	9,8**	1,8
	HRAN	26	7,9**	2,2
Reavaliação positiva	Hospital de Base	5	18,8	5,7
	HRAN	26	16,7	4,7

** $p < 0,05$

Quanto à variável antecedente sexo¹ (ver Tabela 10), nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada – quando analisados como variáveis dependentes/critério – os fatores de análise propostos pela *Job Stress Scale* e pelo Inventário de *Coping*. Pode-se observar, inclusive, que os valores de média de cada uma das categorias foram muito próximos e, em alguns casos, até mesmo idênticos, como foi o caso das médias obtidas nos fatores apoio social e resolução de problemas do Inventário de *Coping*.

¹ Optou-se por denominar a variável como sexo, ao invés de gênero, pois não foi possível desenvolver aprofundadamente uma análise crítica desta perspectiva na presente pesquisa. Contudo, é importante insistir na necessidade de mais trabalhos voltados para as questões de gênero no campo da saúde, tal como já vem sendo feito em Psicologia da Saúde.

Tabela 10. Correlação entre variável 'sexo' e fatores da *Job Stress Scale*

	Sexo	N.	Média	DP
Demandas psicológicas	F	21	17,7	2,7
	M	10	17,6	2,1
Controle	F	21	22,9	3,3
	M	10	22,8	2,3
Apoio social	F	20	18,2	2,7
	M	10	18,2	3,7
Confronto	F	21	5,7	3,2
	M	10	5,6	3,9
Afastamento	F	21	8,1	3,0
	M	10	8,4	3,5
Autocontrole	F	21	7,4	2,1
	M	10	8,3	3,2
Suporte Social	F	21	11,0	3,8
	M	10	10,1	3,2
Aceitação de responsabilidade	F	21	11,7	3,7
	M	10	12,7	4,3
Fuga-esquiva	F	21	3,1	2,0
	M	10	2,5	1,5
Resolução de problemas	F	21	7,6	2,3
	M	10	7,6	2,4

Não foi identificada nenhuma diferença significativa quando comparadas as idades informadas dos participantes, como variável antecedente, e os fatores propostos pela *Job Stress Scale* e pelo Inventário de *Coping* como variáveis dependentes/critério. Cumpre lembrar que para comparação de dois grupos (como é o caso da variável sexo, por exemplo), foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney (U)*; e para a comparação de três ou mais grupos (como no caso da variável idade), o teste não paramétrico *Kruskal Wallis*.

Em relação à variável antecedente estado civil e à variável critério (fatores propostos pela *Job Stress Scale*), também não foi possível constatar nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (ver Tabela 11).

Tabela 11. Correlação entre estado civil e fatores da *Job Stress Scale*

Fatores	Estado civil	N.	Média	DP
Demandas psicológicas	Casado/União estável	14	18,1	2,6
	Solteiro	11	17,2	2,0
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	17,5	3,0
	Total	31	17,7	2,5
Controle	Casado/União estável	14	23,4	3,3
	Solteiro	11	23,3	2,4
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	20,8	2,6
	Total	31	22,9	2,9
Apoio social	Casado/União estável	13	18,3	3,8
	Solteiro	11	18,3	2,5
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	17,7	2,2
	Total	30	18,2	3,0

Porém, ao se comparar estas mesmas variáveis antecedentes com os fatores propostos pelo Inventário de *Coping*, observa-se que as diferenças de média obtidas entre os grupos no fator confronto são significativamente diversas (ver Tabela 12).

O grupo de profissionais que afirmou estar casado ou vivenciar relação de união estável informou utilizar-se significativamente mais das estratégias de confronto escalonadas pelo Inventário de *Coping* do que aqueles profissionais que se declararam solteiros ($U=20,5$, $p<0,01$). Da mesma forma, é possível observar que os participantes do estudo que se declararam divorciados, separados ou desquitados também utilizam significativamente mais do fator confronto do Inventário de *Coping* do que os participantes que se declararam solteiros ($U=12,5$, $p=0,03$). Por outro lado, quando avaliados os valores de média obtidos para estas categorias, não foi encontrada significância estatística para diferenciar os grupos de profissionais que se declararam casados/união estável com aqueles que informaram estar divorciados/separados/desquitados ($U=32,5$, $p=0,43$).

A diferença existente entre os grupos de solteiros e de divorciados, no que se refere à utilização do fator confronto proposto pelo Inventário de *Coping*, apresenta significância estatística quando adotado o teste de *Mann Whitney*. Contudo, considerando a correção de Bonferroni, essa diferença passa a não ter significância estatística. Desse modo, em relação a este aspecto, seria importante observar os resultados obtidos por outros estudos, com amostras mais representativas, capazes de abarcar mais fielmente este fenômeno.

Tabela 12. Correlação entre estado civil e fatores do Inventário de *Coping*

Fatores	Estado civil	N.	Média	DP
Confronto	Casado/União estável	14	6,5**	2,4
	Solteiro	11	3,4**	1,4
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	8,0**	5,3
	Total	31	5,7	3,4
Afastamento	Casado/União estável	14	7,4	3,2
	Solteiro	11	8,3	2,9
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	9,9	3,3
	Total	31	8,2	3,2
Autocontrole	Casado/União estável	14	7,3	3,1
	Solteiro	11	7,8	1,5
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	8,3	2,4
	Total	31	7,7	2,5
Suporte social	Casado/União estável	14	11,4	3,7
	Solteiro	11	9	2,5
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	12,3	4,1
	Total	31	10,7	3,6
Aceitação de Responsabilidade	Casado/União estável	14	12,9	4
	Solteiro	11	10,4	3
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	13,2	4,8
	Total	31	12,1	3,9
Fuga-Esquiva	Casado/União estável	14	2,4	1,8
	Solteiro	11	3,1	1,8
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	3,8	1,9
	Total	31	2,9	1,9
Resolução de problemas	Casado/União estável	14	7,8	2,2
	Solteiro	11	6,9	2,1
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	8,5	2,9
	Total	31	7,6	2,3
Reavaliação Positiva	Casado/União estável	14	17,7	4,8
	Solteiro	11	15,8	3,7
	Divorciado/Separado/Desquitado	6	17,6	6,9
	Total	31	17,0	4,8

** $p < 0,05$

Quando comparados os quatro grupos identificados de categorias profissionais (variável antecedente) com os fatores de análise propostos pela *Job Stress Scale*, constatam-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores controle e apoio social.

Sobre o fator controle, observa-se que as diferenças encontradas entre os valores médios obtidos pelos médicos e pelos técnicos de enfermagem são significativamente diversas ($U=7$, $p < 0,01$), apontando para o fato de os médicos, que obtiveram valores de média, significativamente mais altos (25,3), terem informado possuir mais controle sobre

seus processos de trabalho do que os profissionais técnicos de enfermagem informaram ter em sua rotina de serviços (média = 20,4). Destaca-se que as diferenças encontradas entre os grupos profissionais de enfermeiros e técnicos de enfermagem também apresentaram significância estatística ($U=0$, $p<0,01$), apontando para a interpretação de que a categoria composta por profissionais enfermeiros também alega perceber que possui mais controle sobre sua rotina de trabalho (média = 25,3) do que os profissionais da categoria técnicos de enfermagem (média = 20,4).

Para concluir, no que se refere ao grupo profissional formado por outros profissionais de nível superior, observa-se que a diferença entre esta categoria e o grupo formado pelos técnicos de enfermagem também apresentou alguma significância estatística, embora mais fraca que a constatada nos grupos anteriores ($U=17$, $p=0,03$). Os profissionais componentes da categoria outros profissionais de nível superior também informaram perceber que possuem níveis mais altos de controle sobre seus processos de trabalho do que os profissionais técnicos de enfermagem (médias 23 e 20,4, respectivamente).

Tabela 13. Correlação entre a categoria profissional e fatores da *Job Stress Scale*

Fatores	Categoria profissional	N.	Média	DP	Mediana
Demandas psicológicas	Médico	8	16,3	1,9	17
	Técnico de enfermagem	12	17,9	2,3	18
	Enfermeiro	4	18,8	2,1	19
	Outros profissionais de n. superior	7	18,3	3,1	18
	Total	31	17,7	2,5	18
Controle	Médico	8	25,3**	2,4	26
	Técnico de enfermagem	12	20,4**	2,1	21
	Enfermeiro	4	25,3**	0,9	25,5
	Outros profissionais de n. superior	7	23,0**	2,7	23
	Total	31	22,9	2,9	22
Apoio social	Médico	7	21,0**	1,3	21
	Técnico de enfermagem	12	16,3**	2,9	17,5
	Enfermeiro	4	20,3**	0,9	20,5
	Outros profissionais de n. superior	7	17,3**	2,4	17
	Total	30	18,8	3,0	19

** $p<0,05$

Apesar de não ter sido possível constatar diferenças estatisticamente significativas entre os demais grupos profissionais comparados (conforme se observa na tabela 13), mostra-se importante ressaltar que os médicos e enfermeiros foram os que afirmaram possuir maior controle sobre seus processos de trabalho (médias 25,3 e DP 2,4 e 0,9,

respectivamente), seguidos pela categoria formada por outros profissionais de nível superior (média 23 e DP 2,7) e, finalmente, pela categoria formada pelos técnicos de enfermagem (média 20,4 e DP 2,1).

Ainda nesse sentido, ressalta-se que a mediana esperada para o fator controle, de acordo com os parâmetros de construção desta escala, aponta para o valor 18, dado que leva à observação de que as médias obtidas a partir da avaliação das informações apresentadas pelos componentes de cada categoria profissional foram, em geral, superiores às medianas esperadas para os fatores de avaliação propostos por esse instrumento que avalia os níveis de estresse no trabalho.

No que se refere ao fator apoio social no ambiente de trabalho, que aparece como mediador dos níveis de estresse avaliados pela interação entre os fatores de demanda psicológica e controle, obteve-se diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as categorias compostas por médicos e técnicos de enfermagem ($U=2$, $p<0,01$), enfermeiros e técnicos de enfermagem ($U=2$, $p<0,01$), médicos e outros profissionais de nível superior ($U=2,5$, $p<0,01$), e enfermeiros e outros profissionais de nível superior ($U=2,5$, $p=0,02$).

Ao se analisar os escores de média obtidos pelos profissionais da categoria composta por médicos e técnicos de enfermagem (21 e 16,3, respectivamente), depreende-se que os médicos relatam perceber muito mais apoio social da equipe de trabalho do que os técnicos de enfermagem. Da mesma forma, mas apresentando uma discrepância de valores um pouco menor, as médias obtidas pelos médicos e pelo grupo de outros profissionais de nível superior (21 e 17,3 respectivamente) indicam que os médicos também relatam receber significativamente mais apoio social da equipe do que a categoria formada por outros profissionais de nível superior.

Situação semelhante ocorre quando analisadas as diferenças entre as médias obtidas pelos profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e o grupo formado por outros profissionais de nível superior (20,3 e 16,3 e 17,3, respectivamente). Diante desses valores, deduz-se que os enfermeiros, assim como os médicos, relatam receber significativamente mais apoio social do que os técnicos de enfermagem e do que os outros profissionais de nível superior. Salienta-se, no entanto, que a significância estatística observada na comparação entre enfermeiros e outros profissionais de nível superior é um pouco mais fraca do que a observada entre os demais grupos destacados ($U=2,5$, $p=0,02$).

Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas no que se refere aos escores de média apresentados pelas demais categorias comparadas, é

importante perceber que os médicos foram a categoria profissional que mais informou receber apoio social da equipe (média = 21 e DP = 1,3), seguidos pelos profissionais enfermeiros (média 20,3 e DP = 0,9), depois pelos outros profissionais de nível superior (média 17,3 e DP = 2,4) e, por último, pelos técnicos de enfermagem (média 16,3 e DP = 2,9). Ressalta-se, também, que a mediana esperada para este fator específico da escala *Job Stress Scale* aponta para valores entre 12 e 18 e, portanto, observa-se que as médias obtidas pelas categorias formadas por médicos e enfermeiros são superiores ao intervalo de mediana esperada.

No que se refere ao fator associado à percepção do nível de demandas psicológicas provenientes da rotina de trabalho, embora não se tenha observado a ocorrência de diferenças estatisticamente significativas entre as categorias comparadas, considero importante destacar que todos os grupos investigados apresentaram valores de média superiores ao valor da mediana esperada (15). Outro dado que merece ser destacado é que os enfermeiros formam a categoria profissional que mais informou perceber demandas psicológicas provenientes de sua rotina de trabalho (média = 18,8 e DP = 2,1), seguidos pelos outros profissionais de nível superior (média 18,3 e DP = 3,1), depois pelos técnicos de enfermagem (média = 17,9 e DP = 2,3) e, para finalizar, pelos médicos (média 16,3 e DP = 1,9).

Os quatro grupos de categorias profissionais (variável antecedente) comparados com os fatores de análise propostos pelo Inventário de *Coping*, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre nenhum dos grupos analisados. Quanto a este aspecto, é importante destacar, porém, que a categoria composta pelos técnicos de enfermagem foi a que mais utilizou a estratégia de enfrentamento que compõe o fator confronto (média = 6,7 e DP = 4,2). O mesmo ocorre com os fatores que se referem a estratégias de enfrentamento voltadas para o afastamento, autocontrole, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva e resolução de problemas, nos quais a categoria profissional composta pelos técnicos de enfermagem obteve médias 9,6, 8,9, 13,8, 3,4 e 8,8, respectivamente.

Em relação aos demais fatores, propostos pelo Inventário de *Coping* (ver tabela 14), observa-se que a categoria composta por enfermeiros foi a que mais utilizou estratégias de enfrentamento relacionadas ao suporte social (média = 12,5 e DP = 1,7) e à reavaliação positiva (média = 19,5 e DP = 0,6).

Tabela 14. Correlação entre a categoria profissional do participante e os fatores do Inventário de *Coping*

Fatores	Categoria profissional	N.	Média	DP	Mediana	ME
Confronto	Médico	8	4,9	2,9	5	6-12
	Téc. de enfermagem	12	6,7	4,2	6,5	
	Enfermeiro	4	3,8	1,3	4	
	Outros prof. de n. superior	7	5,9	2,7	5	
	Total	31	5,7	3,4	5	
Afastamento	Médico	8	6,4	2,5	5,2	7-14
	Téc. de enfermagem	12	9,6	3,2	10	
	Enfermeiro	4	6,2	3,6	5,5	
	Outros prof. de n. superior	7	9,0	2,3	9	
	Total	31	8,2	3,2	8	
Autocontrole	Médico	8	6,5	1,6	6	5-10
	Téc. de enfermagem	12	8,9	2,7	8,3	
	Enfermeiro	4	8,3	2,2	8	
	Outros prof. de n. superior	7	6,6	2,3	8	
	Total	31	7,7	2,5	8	
Suporte social	Médico	8	10,2	2,9	10	6-12
	Téc. de enfermagem	12	10,3	4,1	9	
	Enfermeiro	4	12,5	1,7	12	
	Outros prof. de n. superior	7	10,9	4,3	11	
	Total	31	10,7	3,6	11	
Aceitação de responsabilidade	Médico	8	10,9	3,0	11	7-14
	Téc. de enfermagem	12	13,8	5,1	13,5	
	Enfermeiro	4	12,7	1,3	13	
	Outros prof. de n. superior	7	10,0	2,0	11	
	Total	31	12,1	3,9	12	
Fuga-esquiva	Médico	8	2,4	1,9	2	2-4
	Téc. de enfermagem	12	3,4	1,6	3	
	Enfermeiro	4	2,3	2,2	2	
	Outros prof. de n. superior	7	3,1	2,2	3	
	Total	31	2,9	1,9	3	
Resolução de problemas	Médico	8	6,9	2,0	7	4-8
	Téc. de enfermagem	12	8,8	2,2	9,5	
	Enfermeiro	4	7,5	1,3	7,5	
	Outros prof. de n. superior	7	6,4	2,6	6	
	Total	31	7,6	2,3	8	
Reavaliação positiva	Médico	8	14,8	5,2	15	9-18
	Téc. de enfermagem	12	18,2	4,5	18,5	
	Enfermeiro	4	19,5	0,6	19,5	
	Outros prof. de n. superior	7	16,3	5,7	14	
	Total	31	17,0	4,8	17	

Ainda sobre essa comparação entre as categorias profissionais e os fatores das estratégias de enfrentamento, destaca-se que diante dos escores de médias obtidas pelos

grupos profissionais e das medianas esperadas para cada fator, as estratégias mais utilizadas pela categoria composta pelos médicos referem-se ao fator resolução de problemas; e pela categoria composta pelos enfermeiros, ao fator reavaliação positiva. Para os outros profissionais de nível superior, o grupo de estratégias mais utilizadas refere-se ao fator fuga-esquiva, seguido pelos fatores referentes à resolução de problemas e reavaliação positiva. Para os técnicos de enfermagem, apesar da constatação de que estes profissionais utilizam-se bastante das mais diversas estratégias propostas, o fator mais empregado associa-se a estratégias de fuga-esquiva.

Tabela 15. Formação para lidar com dor x fatores do Inventário de *Coping*

Fatores	Formação para dor	N.	Média	Desvio Padrão
Demandas psicológicas	Não	27	18,0	2,3
	Sim	4	15,7	3,3
Controle	Não	27	22,8	2,9
	Sim	4	23,5	3,1
Apoio social	Não	26	18,1	3,2
	Sim	4	18,7	1,7
Confronto	Não	27	5,3	3,2
	Sim	4	7,9	3,9
Afastamento	Não	27	8,2	3,2
	Sim	4	8,0	2,8
Autocontrole	Não	27	7,5	2,5
	Sim	4	8,5	1,9
Suporte social	Não	27	10,5	3,4
	Sim	4	12,0	4,7
Aceitação de responsabilidade	Não	27	11,9	3,9
	Sim	4	12,8	4,6
Fuga-esquiva	Não	27	3,0	1,8
	Sim	4	2,5	2,4
Resolução de problemas	Não	27	7,2**	2,2
	Sim	4	10,2**	1,0
Reavaliação positiva	Não	27	17,0	4,8
	Sim	4	17,2	5,8

** $p < 0,05$

Em relação à participação em capacitações específicas para lidar com pacientes que apresentam dor (conforme tabela 15), nota-se uma diferença estatisticamente significativa entre os resultados dos profissionais que responderam positivamente a esta indagação e aqueles que afirmaram não haver participado de nenhuma capacitação específica voltada para tratamento da dor, no que se refere ao fator resolução de problemas do Inventário de *Coping*. Nesse sentido, aqueles profissionais que afirmaram haver participado de capacitações específicas voltadas para o correto enfrentamento da dor do paciente utilizam

significativamente mais de estratégias de enfrentamento voltadas para resolução de problemas do que aqueles que informaram não ter tido a oportunidade ou mesmo a disponibilidade de frequentar cursos e palestras sobre esse tema.

Ainda que as faixas de tempo de serviço não se diferenciem quanto aos fatores propostos pelos instrumentos de estresse e enfrentamento, a pesquisa buscou avaliar a correlação entre tempo de serviço (em anos), estresse no trabalho e estratégias de *coping*. Uma correlação fraca e significativa ($\rho=0,37$, $p=0,04$) entre tempo de atuação no serviço e fator confronto do Inventário de *Coping* pode ser observada. Assim, quanto mais tempo nestes serviços, maior a propensão para utilizar estratégias de enfrentamento componentes do fator confronto. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as variáveis formação para lidar com pacientes com dor e fatores da *Job Stress Scale*.

5.4. Categorização e Análise das Entrevistas

Quanto às entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente com 24 profissionais de ambos os serviços, salienta-se que, desta amostra total, 19 profissionais compunham a equipe do Setor de Grandes Queimados e cinco profissionais a equipe da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos. Entre os profissionais do Setor de Grandes Queimados foram entrevistados cinco médicos, três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e cinco outros profissionais de nível superior (um psicólogo, um assistente social, um fisioterapeuta e dois nutricionistas). Os profissionais da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos que aceitaram participar desse procedimento foram dois médicos, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro.

A apresentação de cada uma das categorias e a indicação das frequências será feita a seguir.

Categoria 1: Atividades desenvolvidas no serviço

Esta categoria se refere ao relato dos profissionais sobre suas rotinas de trabalho, isto é, sobre as atividades que desenvolvem no serviço. As categorizações elencadas neste item foram: 1) atividades técnicas realizadas com o paciente; 2) atividades realizadas junto à equipe; 3) atividades administrativas; 4) atividades realizadas junto a familiares/outros. As frequências estão indicadas nas Figuras 5, 6 e 7:

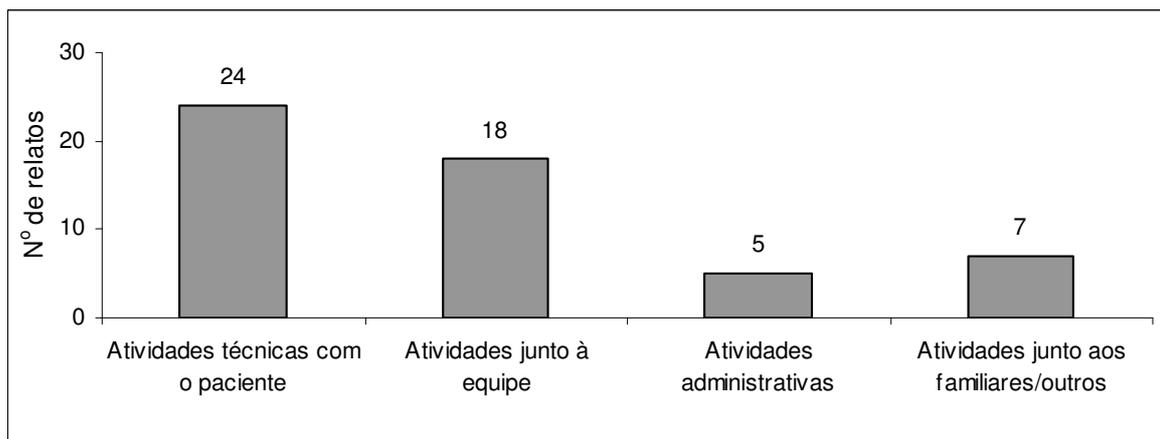


Figura 5. Atividades desenvolvidas nos serviços.

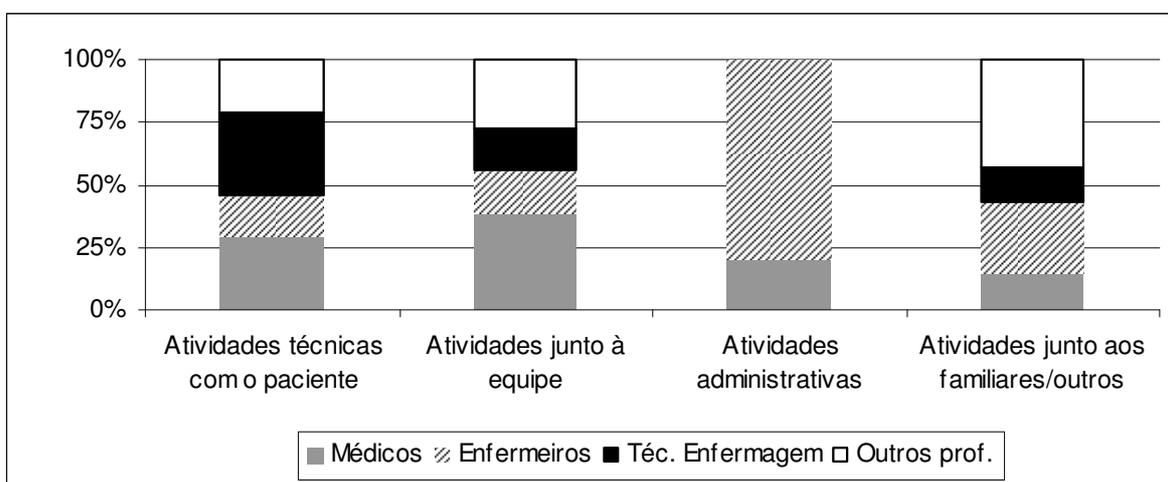


Figura 6. Percepção das atividades desenvolvidas por categoria profissional.

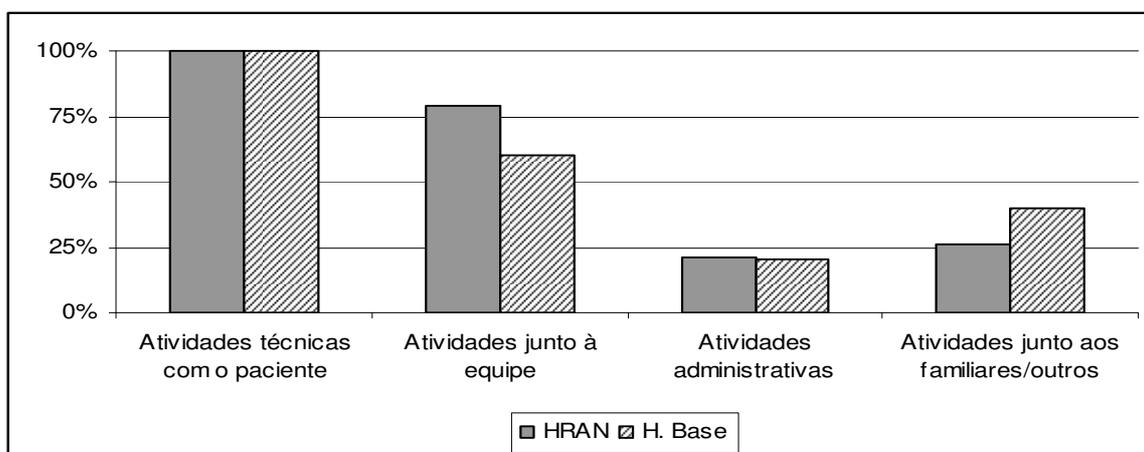


Figura 7. Comparação das atividades desenvolvidas entre serviços

Ressalta-se, portanto, que todos os profissionais entrevistados afirmaram desenvolver atividades técnicas com o paciente, enquanto apenas cinco profissionais (quatro enfermeiros e um médico), afirmaram que atividades administrativas referentes aos serviços faziam parte de sua rotina de trabalho. Enfermeiro: *“Eu também fico responsável por organizar toda a escala daqui; tem que verificar a quantidade de servidores para cada paciente”*. Dezoito participantes afirmaram realizar atividades junto à equipe, como se constata, por exemplo, na fala de um dos médicos entrevistados: *“E a gente também discute com a equipe, com os outros médicos, os nutricionistas, os enfermeiros também trazem um monte de informações porque é tudo muito complexo, né?”*.

Sete relatos informaram atividades desenvolvidas junto a familiares, acompanhantes ou outros, como é o caso desta fala de um enfermeiro: *“A gente também tem que resolver os pepinos da família que, às vezes, dá mais trabalho que o próprio paciente. Por exemplo, vira e mexe dá algum problema, quer entrar no quarto do outro e tem todo o risco de infecção e é a gente que tem que intervir.”*

Categoria 2: História profissional

Esta categoria descreve o relato dos profissionais sobre os fatos que os levaram a trabalhar nesses serviços específicos. As categorizações elencadas foram: 1) escolha; 2) imposição; 3) circunstâncias; 4) rodízio-residência. As respectivas frequências são apresentadas nas figuras 8, 9 e 10.

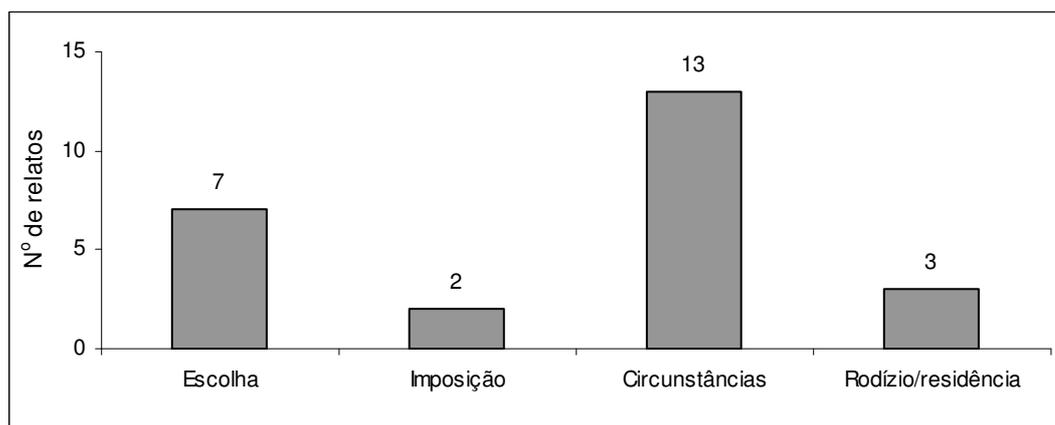


Figura 8. História profissional.

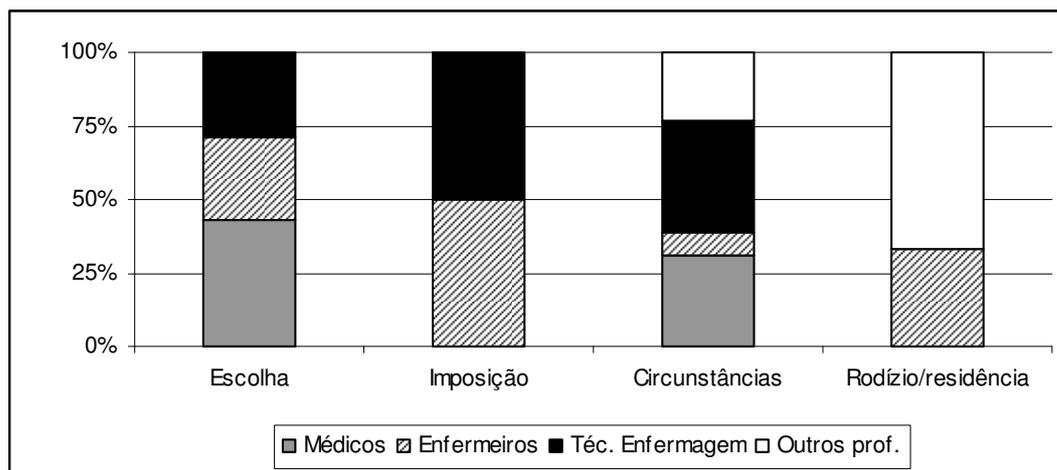


Figura 9. Distribuição dos relatos acerca da 'história profissional' entre categorias profissionais.

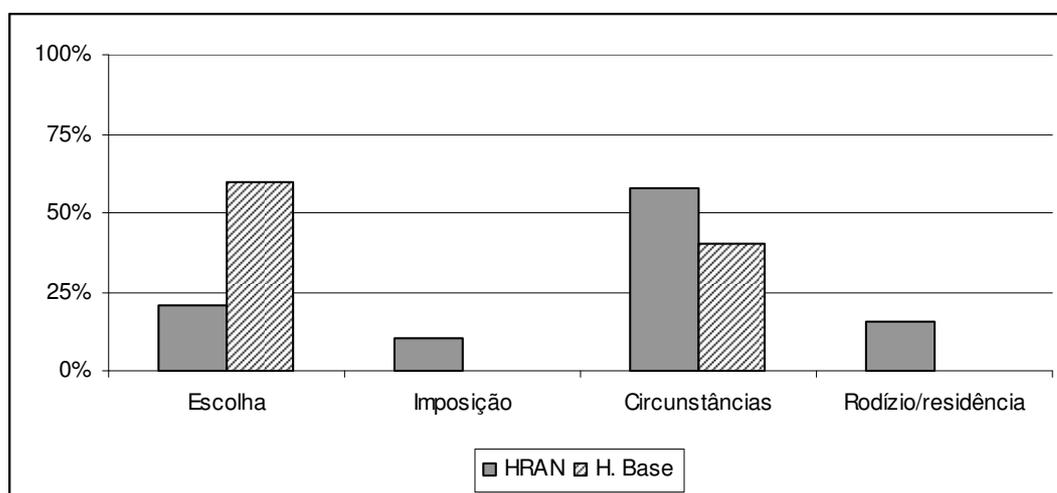


Figura 10. Comparação da 'história profissional' entre serviços.

Com relação aos fatos que levaram cada profissional a trabalhar nesses serviços, destaca-se que 13 dos 24 profissionais entrevistados informaram ter passado a integrar as equipes por acaso, tal como evidencia a psicóloga: *“Eu fiz o concurso da Secretaria de Saúde, que antes era Fundação Hospitalar, e, de acordo com a classificação, você vinha para o Plano, que era o sonho de todo mundo, ou ia para Taguatinga, Ceilândia, Gama, Sobradinho... E eu, justamente por ter tido uma classificação boa e ter ficado no HRAN, terminei ficando 40h em queimados”*.

Foi constatado que sete profissionais passaram a trabalhar nesses serviços por escolha, como um médico que disse: *“Foi pelo fato do enriquecimento de você lidar com um paciente muito especial. É um paciente que, depois que passou o evento, há uma*

continuidade do processo de dor... É um processo muito bom de aprendizado. No momento foi uma escolha, sim!”.

O motivo de dois outros profissionais foi a imposição, como comenta um enfermeiro: *“Eu nunca queria vir para cá. Teve uma troca na chefia de enfermagem em 2005 e me transferiram aqui para a unidade. Foi tudo muito jogado mesmo. Eu até pedi para sair, mas não deixaram e, com o tempo, eu acostumei”.*

E três profissionais, todos do Setor de Grandes Queimados, foram para este serviço devido à escala do rodízio de programas de residência hospitalar, como um enfermeiro: *“Não foi escolha. Nós, na residência do primeiro ano, nos nove primeiros meses, rodamos todo o hospital, no que atende às necessidades da residência... Aí a gente fica no período de um mês aqui nos queimados”.*

Categoria 3: Perfil do paciente

Esta categoria remete ao relato dos profissionais entrevistados sobre as características gerais dos pacientes usuários de cada um dos serviços pesquisados. Neste caso, as categorizações elencadas foram: 1) causas da lesão/condição; 2) condição socioeconômica; 3) dor; 4) características psicológicas/emocionais. As frequências de cada uma dessas categorizações são apresentadas nas figuras 11, 12 e 13.

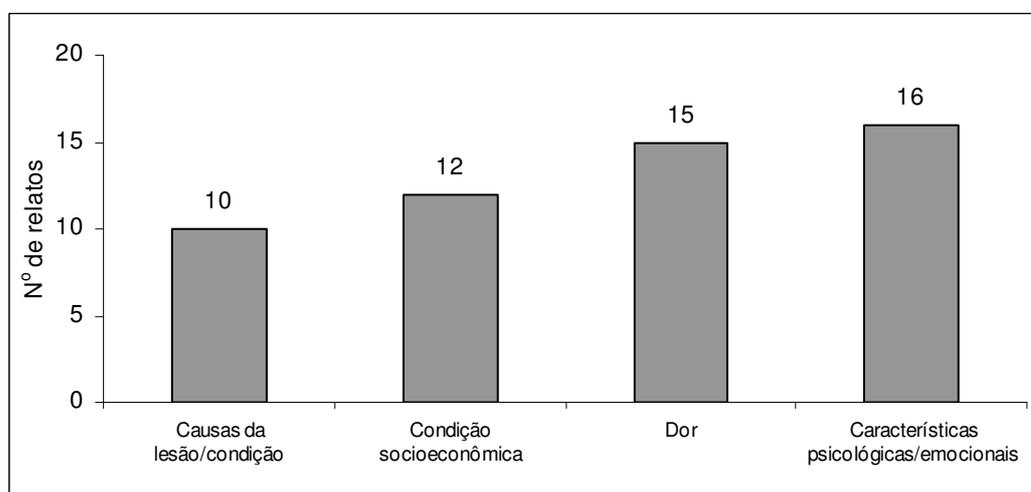


Figura 11. Características do ‘perfil do paciente’.

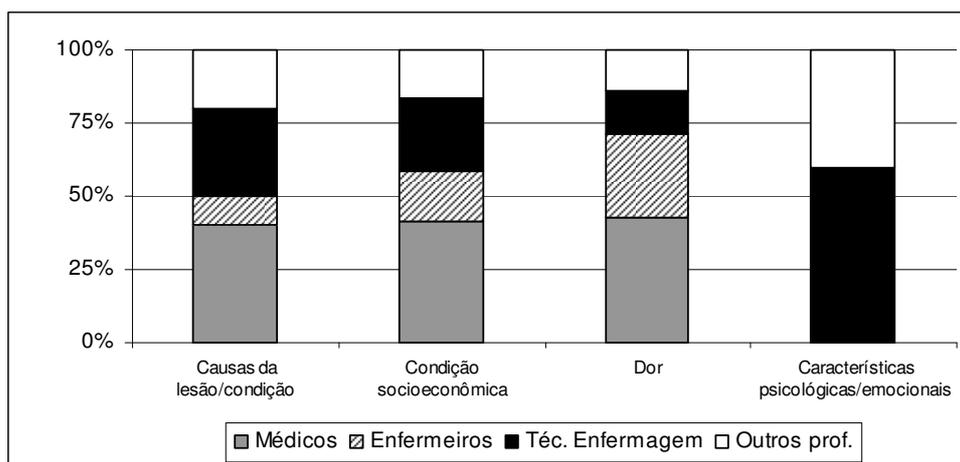


Figura 12. Perfil do paciente segundo as categorias profissionais.

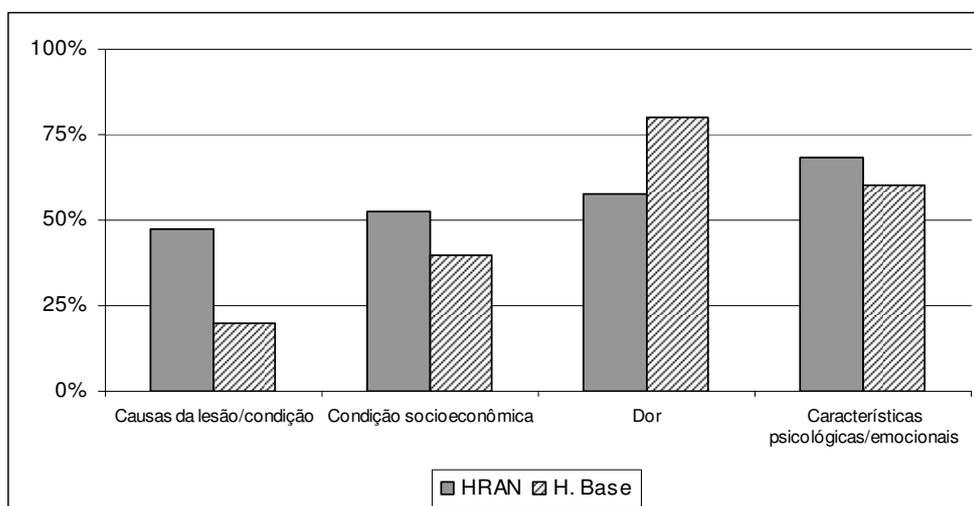


Figura 13. Comparação do ‘perfil do paciente’ entre serviços.

Conforme se observa nas figuras anteriores, 16 profissionais referiram-se a características psicológicas/emocionais do paciente, como um técnico de enfermagem: “*É um paciente assim muito sofrido, sabe? Muito carente emocionalmente, muito deprimido*”.

Quinze profissionais mencionaram especificamente sobre o nível de dor do paciente. Psicóloga: “*E com muita dor, porque a dor aqui é a grande questão, porque você precisa manipular um corpo que está queimado fazendo intervenções extremamente invasivas*”.

Doze profissionais abarcaram em suas falas questões relacionadas à condição socioeconômica do paciente e dez profissionais descreveram as principais causas da lesão/condição do paciente, sendo que esta última categoria apareceu significativamente mais vezes entre os profissionais do HRAN, como pode ser percebido na fala de um dos

enfermeiros entrevistados: “Aqui a gente atende mais alcoólatras e usuários de drogas que sofrem acidente ou são agredidos, tentativas de autoextermínio e crianças que sofreram acidente doméstico”.

Categoria 4: Fatores facilitadores do serviço

Esta categoria descreve a percepção dos profissionais entrevistados sobre os aspectos que favorecem o bom desenvolvimento das atividades em cada um dos serviços pesquisados. Neste contexto, as categorizações elencadas foram: 1) características dos profissionais; 2) características da equipe; e 3) aspectos administrativos. As frequências de cada uma delas estão ilustradas nas figuras 14, 15 e 16.

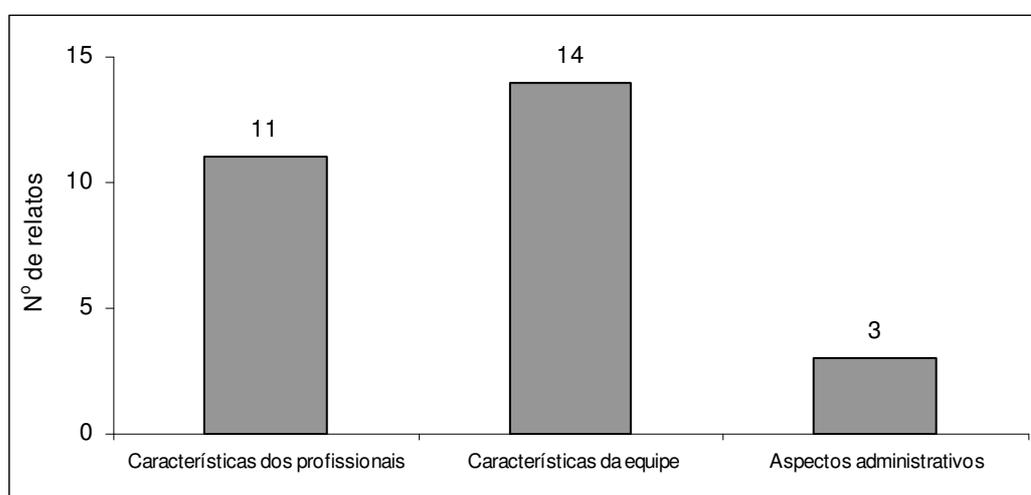


Figura 14. Fatores facilitadores do serviço.

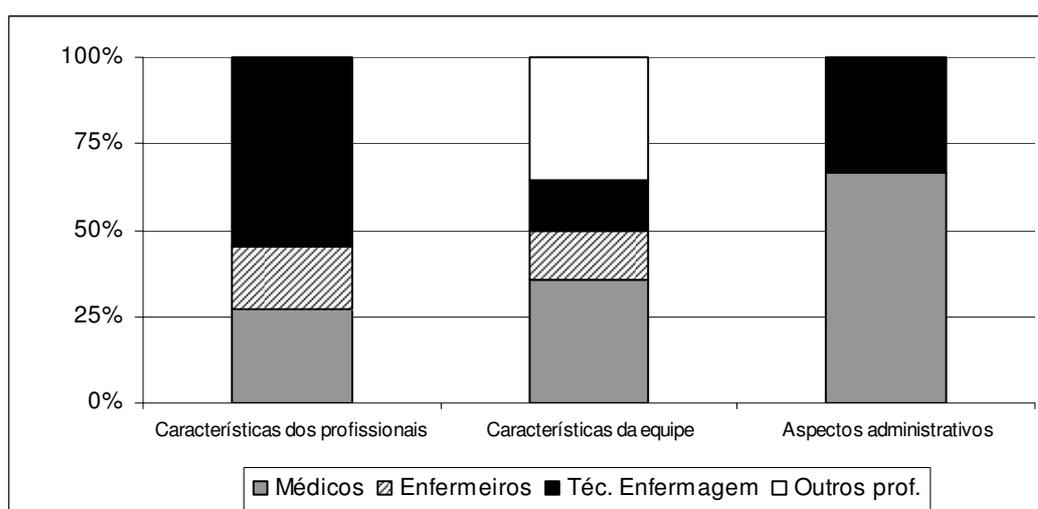


Figura 15. Fatores facilitadores do serviço segundo as categorias profissionais.

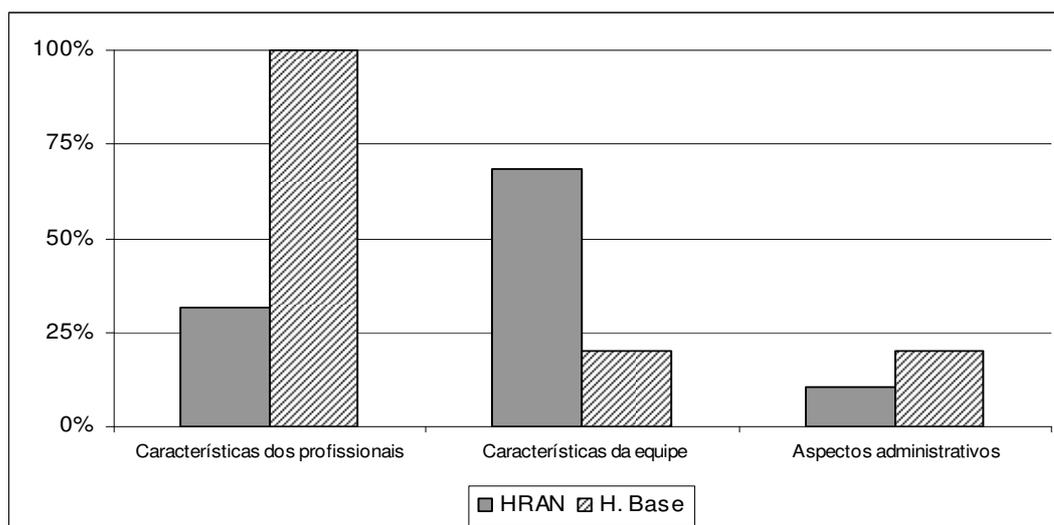


Figura 16. Comparação dos fatores facilitadores entre serviços.

Assim, de acordo com o que se pode constatar nas figuras anteriores, observa-se que 14 profissionais apontaram características da equipe como importantes fatores facilitadores do serviço, como um médico: *“Eu acho que a gente se entrosa bem, entendeu? Eu acho que não existe aquela história de um querer ultrapassar o outro, um querer ser melhor que o outro. Um divide as dúvidas, as certezas, sempre um divide com o outro... A gente se entende bem, existe um entrosamento muito bom entre a gente”*.

Onze profissionais, entre eles todos os cinco profissionais da equipe da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, elencaram características dos profissionais como aspectos facilitadores do serviço, como um técnico de enfermagem: *“Olha, eu acho que os pacientes daqui têm um atendimento bom porque os médicos daqui são tudo bem capacitado, tudo né?”*.

E apenas três profissionais referiram-se a questões administrativas como fatores facilitadores do serviço, como, por exemplo, um dos médicos entrevistados no HRAN: *“Então, o que eu acho positivo também é pela experiência. O centro cirúrgico já é aqui mesmo na ala, não precisa deslocar o paciente para fazer algum procedimento que ele precisa”*.

Categoria 5: Fatores que dificultam o serviço

Esta categoria refere-se ao relato dos profissionais sobre as dificuldades enfrentadas na rotina dos serviços. As categorizações levantadas neste sentido foram: 1) falta de profissionais; 2) questões administrativas; 3) falta de capacitação específica; 4)

características da lesão; e 5) dificuldade de comunicação na equipe. As frequências referentes a esta categoria são apresentadas nas figuras 17, 18 e 19.

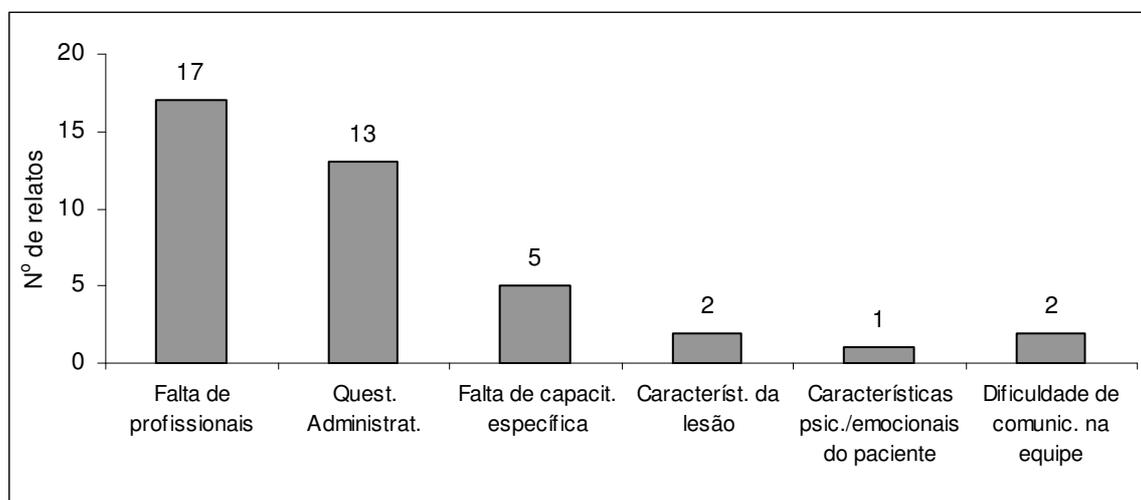


Figura 17. Fatores que dificultam o serviço.

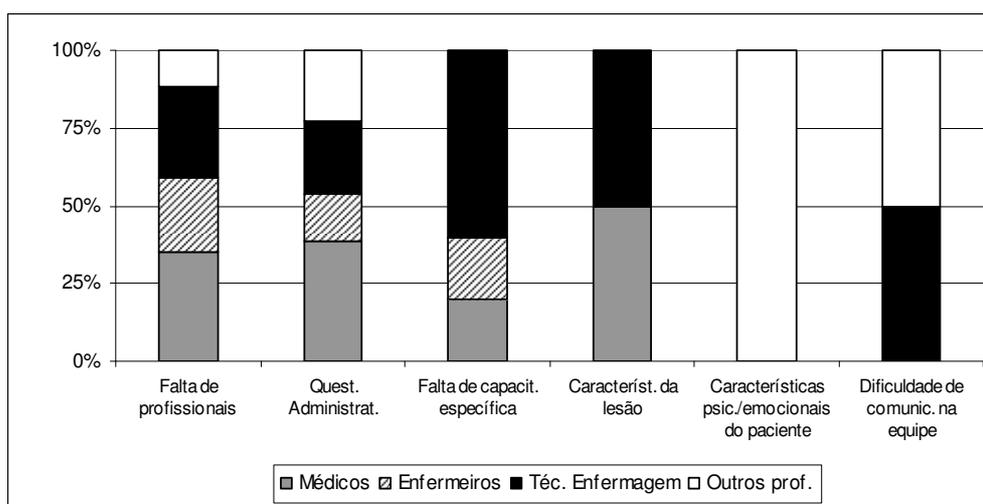


Figura 18. Fatores de dificuldade segundo as diferentes categorias profissionais.

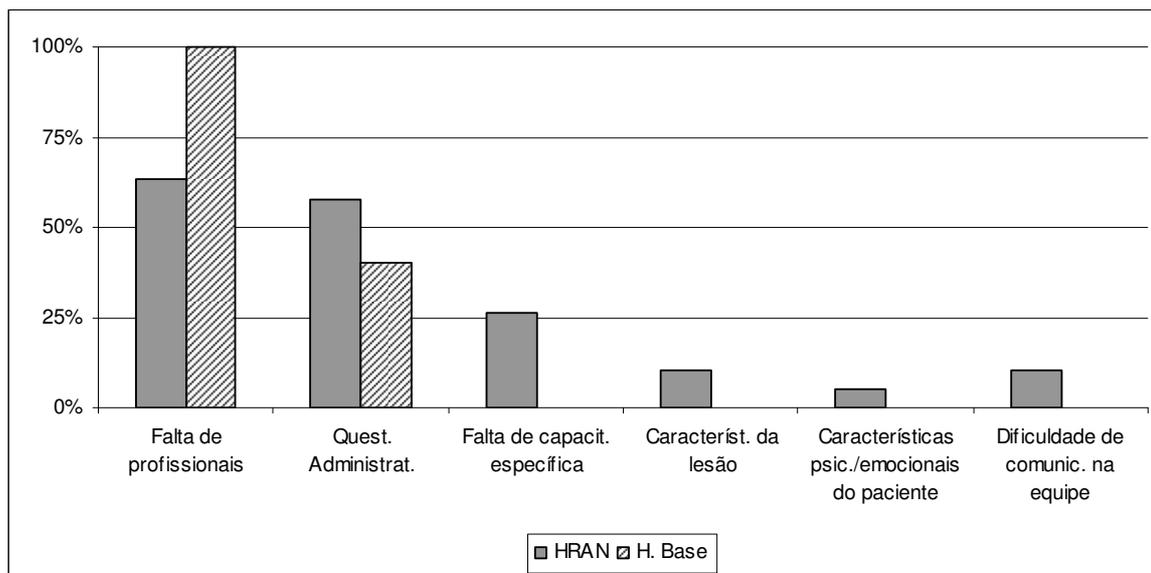


Figura 19. Comparação entre os serviços acerca dos fatores de dificuldade.

Conforme se pode perceber nas figuras anteriores, 17 entrevistados referiram-se à carência de profissionais na equipe, o que no caso do Setor de Grandes Queimados, na maior parte das vezes, está relacionado a uma antiga reivindicação do serviço para que haja um anestesista de plantão, principalmente para acompanhar os procedimentos de banho e curativo, possibilitando que estes sejam realizados sob sedação, conforme descrito no relato de um dos enfermeiros entrevistados: *“E também tem a questão do anestesista. Tinha que ter um anestesista no banho, na unidade, né? Fixo mesmo, porque aí o paciente não ia ficar com tanto trauma do banho e do curativo, porque eles tomam acordado, então eles sentem toda aquela dor, eles ficam olhando a ferida deles, tirando o curativo, sangrando, então aquilo, pra eles, é bem traumático e pro profissional também, né? Porque ele chora, grita, xinga...”*

No caso dos profissionais da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos foi observado que todos os profissionais entrevistados apontaram como fator de dificuldade a falta de outros profissionais de nível superior para compor uma equipe efetivamente multiprofissional, como pode ser constatado na fala de um dos técnicos de enfermagem entrevistados nesse serviço: *“Mas eu acho que eles tinham que ter um atendimento de outras coisas, porque aqui é só o medico e enfermeiro mesmo; e eu acho que no hospital tem psicologia, mas eu acho que eles tinham que ter outras atividades, sabe? Para não pensar tanto na dor, né?”*.

Ressalta-se, também, que 13 profissionais citaram questões administrativas, principalmente a falta de materiais, como um dos aspectos dificultadores do serviço; e

cinco profissionais referiram-se a dificuldades geradas pelo fato de a maioria dos profissionais não ter acesso a qualquer tipo de capacitação específica para atuar com esses perfis de paciente, como se pode perceber nesta fala de um dos enfermeiros entrevistados: *“Eu acho também que é ruim a forma como a gente é jogado aqui. Comigo foi assim, teve aquele choque e tive que aprender na marra. Ia ser bom se a gente tivesse um curso, uma preparação. Eu sei que existem umas palestras, mas aqui é difícil de conseguir liberação para ir e tem o lance do custo, né?”*.

Ressalta-se que características emocionais dos pacientes, características da lesão e dificuldades de comunicação na equipe também foram relatadas por alguns profissionais, conforme se percebe nas seguintes falas retiradas das entrevistas realizadas com dois dos técnicos de enfermagem entrevistados: *“A dificuldade é muito grande porque a dor é muito grande... Porque assim o paciente perde toda a proteção natural, perde toda a camada da pele e a medicação não é nada frente da dor dele”*. O outro: *“O que dá problema, às vezes, é que os médicos, às vezes, não têm tanta sensibilidade com a dor do paciente, talvez porque não esteja em contato direto e, como a gente, não fala com eles. Eu acho que o principal problema é esse, essa inter-relação que não funciona; a gente não fala, eles não falam e, às vezes, dá nisso”*.

Categoria 6: Conhecimentos sobre protocolos de dor

Esta categoria abarca questões relativas à avaliação e ao manejo da dor dos pacientes: 1) inexistência de protocolos de avaliação; 2) descrição de protocolo de avaliação utilizado pelo próprio profissional; 3) descrição de protocolo de avaliação utilizado por outro profissional; 4) descrição da intervenção utilizada; 5) críticas à intervenção utilizada; e 6) não possui informação sobre a existência de protocolos de dor. As frequências referentes a esta categoria estão descritas nas figuras 20, 21 e 22.

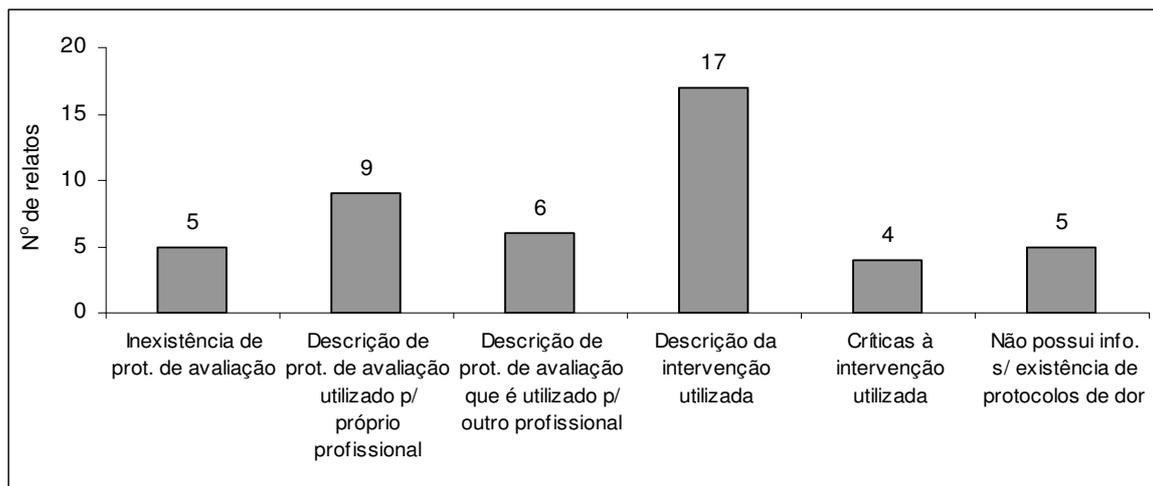


Figura 20. Conhecimentos sobre protocolos de avaliação e manejo de dor.

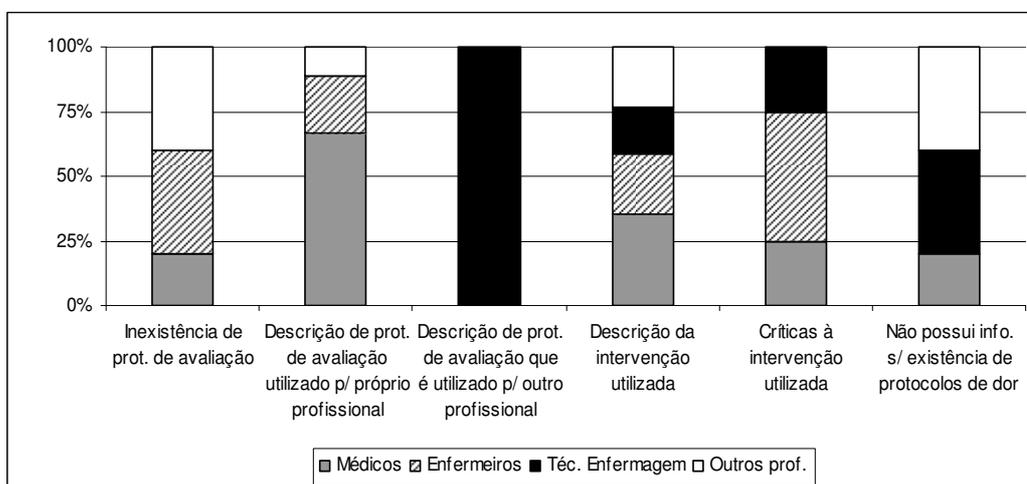


Figura 21. Conhecimentos sobre protocolos de avaliação e manejo da dor, segundo categorias profissionais.

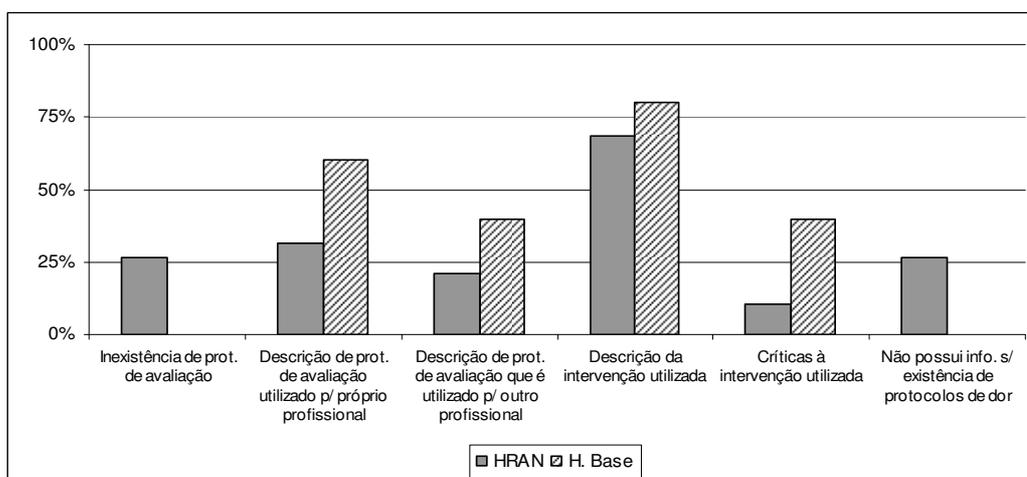


Figura 22. Comparação 'conhecimento sobre protocolos de avaliação e manejo da dor' entre serviços.

De acordo com as figuras anteriores, portanto, observa-se que não obstante a maioria dos entrevistados (17) descrever as estratégias de intervenção-padrão utilizadas em cada um dos serviços, no que se refere à avaliação, os relatos demonstraram maior variação e ambiguidade. Nove profissionais descreveram protocolos de avaliação que utilizam em sua prática com aos pacientes; seis descreveram um protocolo de avaliação da dor que é utilizado por outros profissionais da equipe (neste caso, todos técnicos de enfermagem); e cinco afirmaram que inexistem protocolos específicos para avaliação da dor nessas equipes.

Destacam-se, ainda a respeito desta categoria, quatro falas que se configuram como críticas às estratégias de intervenção-padrão utilizadas pelo serviço. Um enfermeiro disse: *“Só que eu acho que esse intervalo deveria ser um pouco maior, porque acaba que eles chegam no banho e o medicamento ainda não chegou no seu pico, né? Quando o medicamento tá no pico, ele já tá no curativo, então, assim, acaba que o banho fica muito dolorido, né?”*.

Além disso, cinco profissionais, todos componentes da equipe do HRAN, afirmaram não possuir informação sobre a existência de protocolos de dor nesse serviço, seja para avaliação seja para intervenção.

Categoria 7: Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional

Esta categoria abrange o relato dos profissionais sobre como lidar com esses pacientes interfere na sua rotina e nas suas emoções, dentro e fora do serviço. As categorizações levantadas sobre este aspecto foram: 1) tristeza/sofrimento; 2) costume/dissociação; 3) impotência; e 4) pesadelos. As frequências relativas a esta categoria são apresentadas nas figuras 23, 24 e 25.

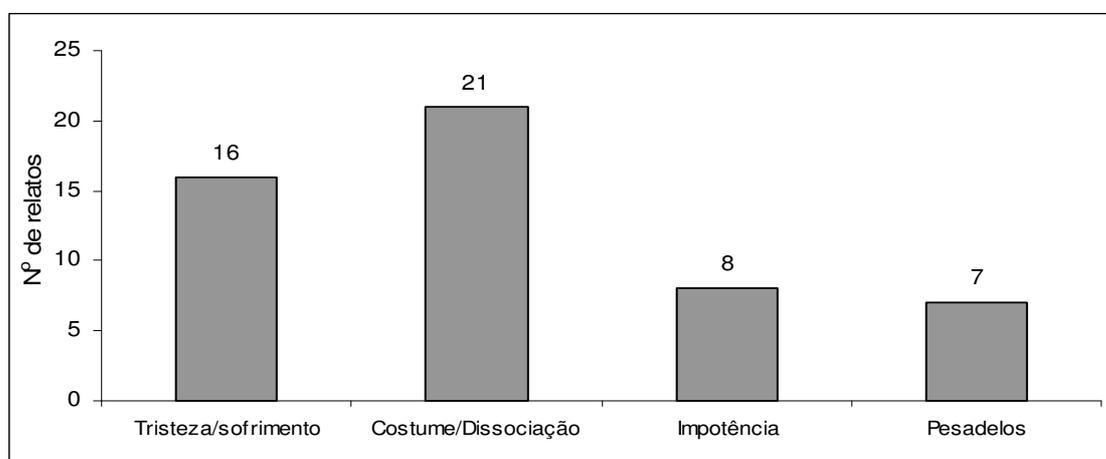


Figura 23. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional.

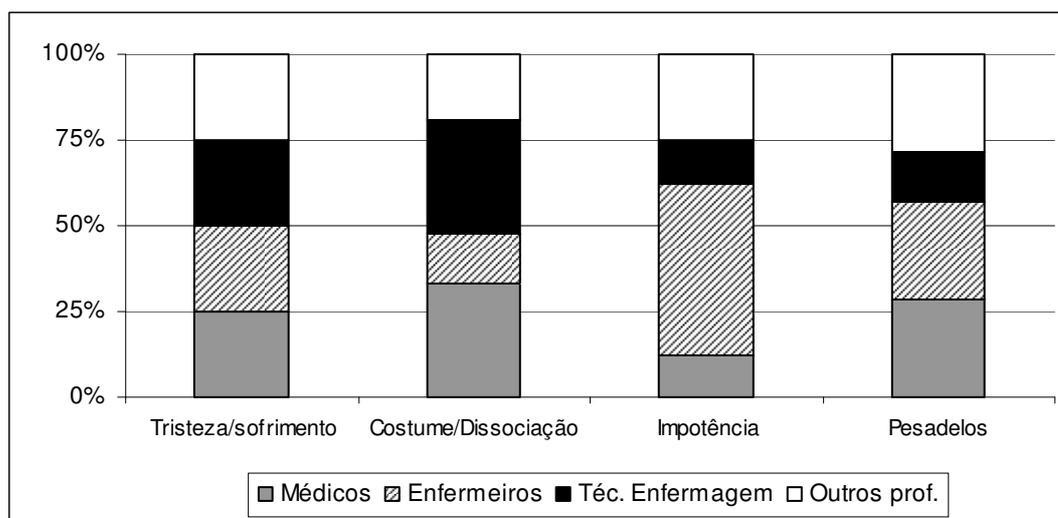


Figura 24. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional segundo as categorias profissionais.

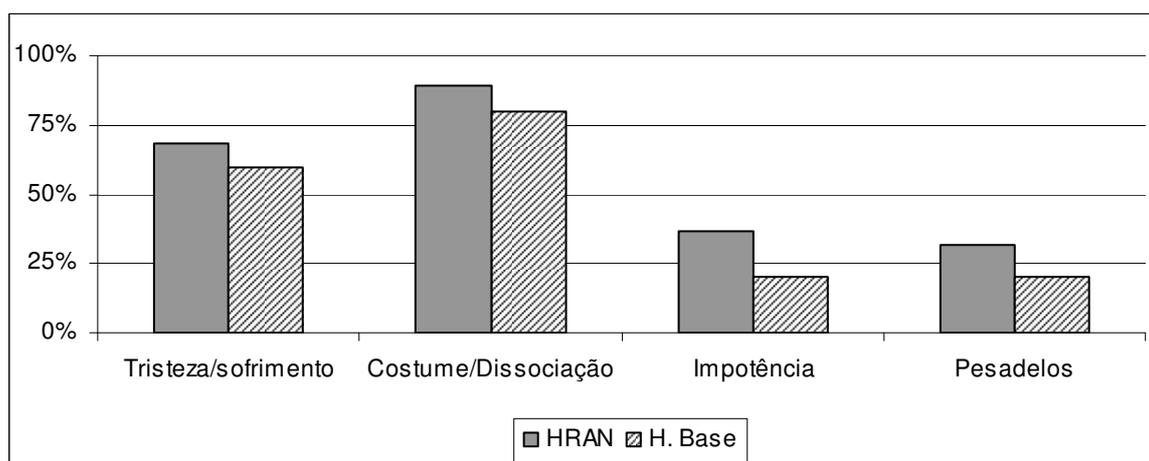


Figura 25. Comparação da categoria ‘impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre o profissional’ entre serviços.

Sobre esta categoria, mostra-se importante salientar que 21 dos 24 entrevistados afirmaram que, atualmente, sentem menos o impacto da dor do paciente devido à constante convivência com a dor. Para eles, isto leva a uma “normalização”, costume ou dissociação dos fatos. Um dos enfermeiros diz: *“Olha, assim, eu não sei por que, mas tudo a gente acostuma. Então hoje eu acho que não me assusta tanto mais a dor do paciente. Claro que a gente sente, né? Mas eu não me sinto assim tão fragilizado como eu ficaria antes. É por isso que a gente reveza os profissionais do banho. Esse revezamento é para diminuir a convivência muito intensa com a dor, até porque dá para perceber que quando acostuma muito, os profissionais tendem a agir com frieza e indiferença à dor do paciente”*.

É importante destacar, também, que 16 dos profissionais entrevistados relataram sentimentos de tristeza e sofrimento associados à sua atividade com os pacientes do serviço; oito mencionaram sentimento de impotência frente à situação do paciente; e sete informaram que chegam a ter pesadelos envolvendo os pacientes dos serviços.

Categoria 8: Percepção do profissional sobre as estratégias de enfrentamento que utiliza

Nesta categoria, organizam-se os mecanismos adotados para lidar com o estresse no trabalho: 1) plantas/animais de estimação; 2) atividades sociais; 3) apoio da família; 4) viagem; 5) exercícios físicos; 6) ajuda profissional; 7) pedir folga/troca de escala; 8) conversar com o paciente/fazer brincadeira; 9) rezar/orar/religião; 10) estudar; e 11) ouvir música/tocar instrumento. As frequências relativas a esta categoria são apresentadas nas figuras 26, 27 e 28.

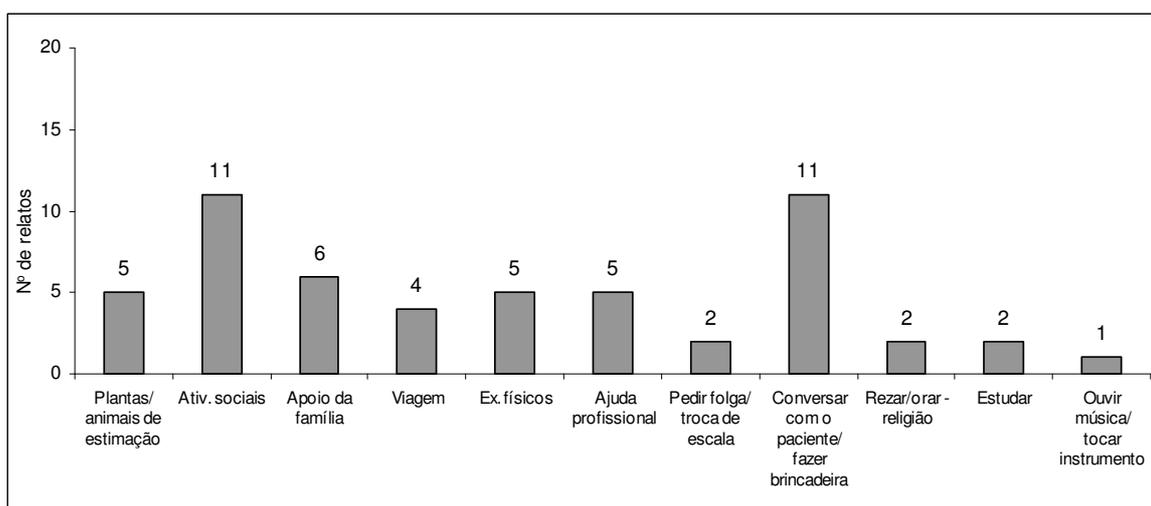


Figura 26. Percepção profissional sobre estratégias de enfrentamento adotadas.

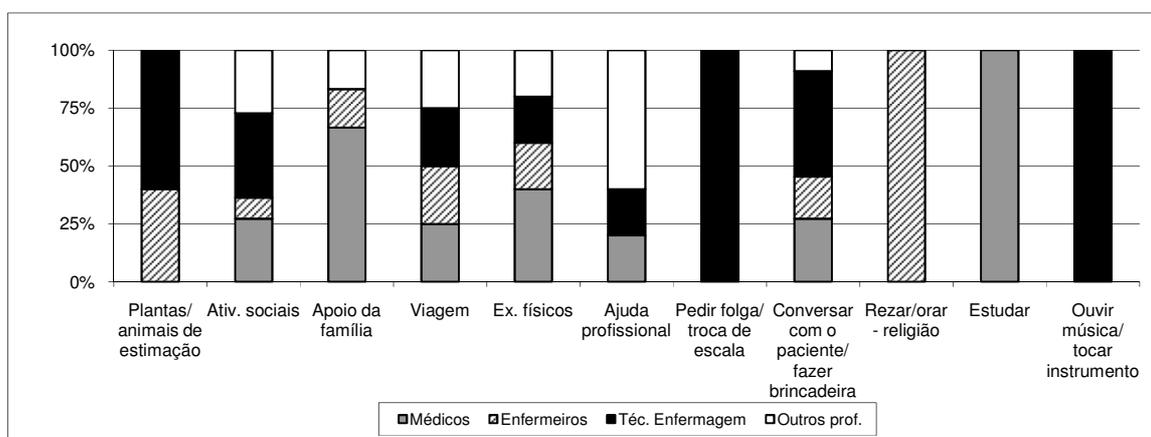


Figura 27. Percepção dos profissionais quanto as estratégias de enfrentamento adotadas.

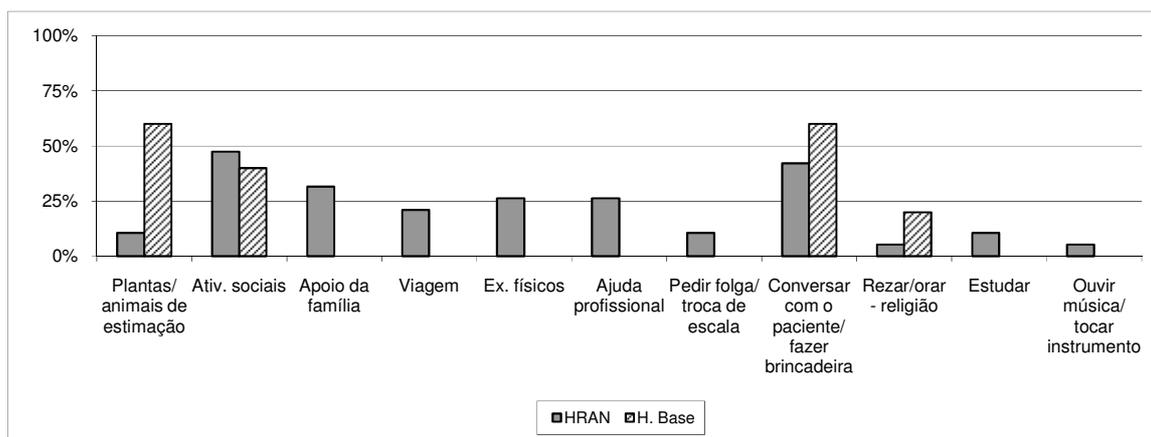


Figura 28. Comparação da percepção de enfrentamento entre profissionais dos serviços.

É importante notar que as estratégias de enfrentamento relatadas pelos profissionais são bem diversificadas e são congruentes com a literatura especializada. Oito relatos mencionam envolvimento em atividades sociais e 11 abordam a interação com o paciente e descontração. Um dos técnicos de enfermagem comenta: *“Eu acho que uma estratégia que eu uso é naquele momento tentar distrair o paciente um pouco, ficar conversando, porque eles precisam muito conversar. Fazer uma brincadeira, tentar fazer ele rir um pouquinho, nem que seja um pouquinho só”*. Ademais, seis relatos abordam a importância do apoio da família.

Categoria 9: Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe

Reúnem-se, nesta categoria, os relatos que remetem à percepção dos profissionais sobre a atuação junto ao paciente de dor e sua influência sobre o funcionamento da equipe: 1) lidar com paciente difícil; 2) tentativas terapêuticas frustradas; e 3) ausência de diferenças. As frequências referentes a esta categoria podem ser visualizadas nas figuras 29, 30 e 31, a seguir.

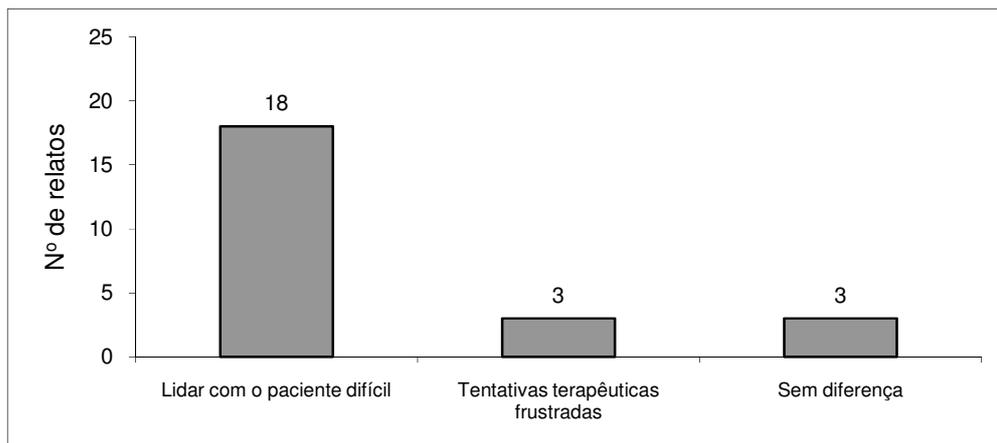


Figura 29. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe

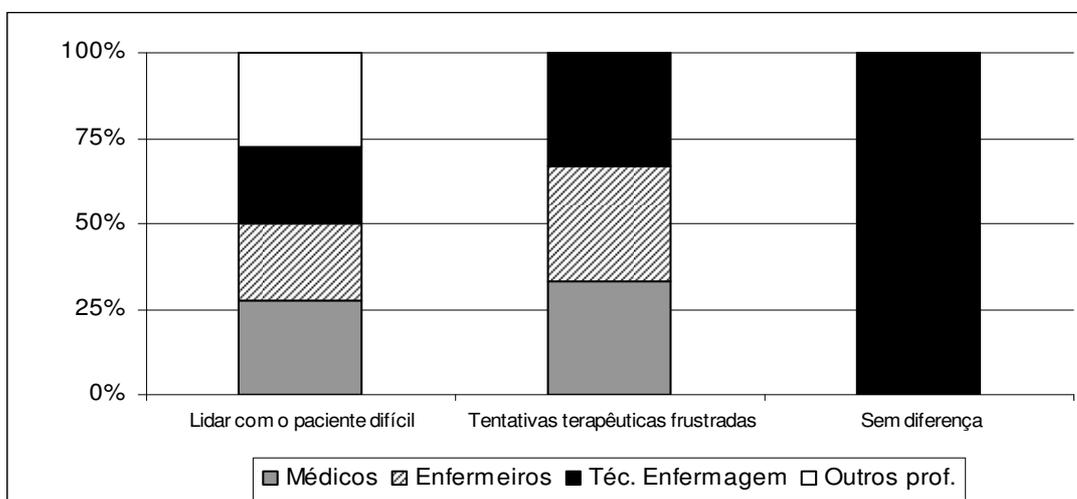


Figura 30. Impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe, segundo as categorias profissionais.

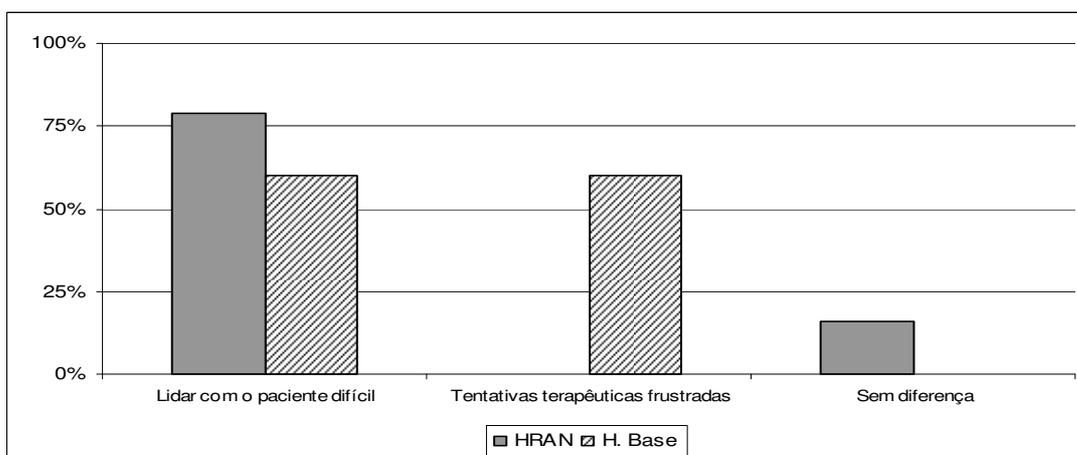


Figura 31. Comparação 'impacto do acompanhamento ao paciente com dor sobre a equipe' entre serviços.

Analisando as figuras anteriores, é possível constatar que para 18 entrevistados o fato de a equipe trabalhar constantemente com pacientes difíceis favorece o trabalho em conjunto. Segundo um enfermeiro: *“É porque têm alguns pacientes aqui que são realmente muito difíceis de lidar. Você tem que ter um equilíbrio muito forte para lidar com ele; começa a estressar toda a equipe e a gente tem que colocar em discussão aquele paciente para ver o que a gente pode estar fazendo. Esse paciente entra mesmo em discussão quando a gente faz reunião, porque todo mundo quer falar de sua dificuldade, fica todo mundo junto tentando achar o que dá para fazer”*. Já uma psicóloga disse: *“É a dor que sempre comove, provoca generosidade, respeito. Quando o paciente é muito difícil, parece que todo mundo se junta. É uma coisa de identificação quase inconsciente, tipo ‘meu Deus do céu, o que a gente pode fazer?’”*. Também no relato de um técnico de enfermagem: *“Quando tem um paciente muito grave assim – e tem um monte aqui, né? –, tem que ser um conjunto mesmo, todo mundo ao mesmo tempo, fazendo o que dá... Não tem como ser individualizado, não dá!”*.

De um lado, três profissionais da equipe da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos comentaram que a dificuldade de lidar com um paciente que não responde ao tratamento gera frustração entre os profissionais e exige maior interação do grupo. Um técnico de enfermagem disse: *“Eu acho que também é porque a gente tem uns pacientes aqui que chegam bem ruins; aí os médicos tentam uma coisa, tentam outra, a gente tenta uma coisa, tenta outra e não dá, o paciente vai só piorando, nada funciona, sabe? Aí fica todo mundo tentando alguma coisa, procurando um jeito; aí chega uma hora que ele começa a melhorar, aí a gente fica bem feliz! Porque a gente vê que o trabalho da gente tá servindo, né? Porque a pior coisa é você fazer, fazer e vê que não tem resultado nenhum, né?”*. Segundo uma enfermeira: *“Eu mesmo, às vezes, têm uns pacientes que eu fico frustrada, sabe? Aí a colega dá força, dá uma sugestão... Às vezes eu já vi até médico desistindo das pessoas, porque nada dá certo mesmo, sabe? Aí ele começa a marcar menos consultas; aí, quando a gente percebe, a gente vai lá, a gente conversa, marca consulta de enfermagem. Aí fica um dando força para o outro para ver se vai, sabe?”*.

De outro lado, três técnicos de enfermagem do Setor de Grandes Queimados afirmaram não observar diferença na interação ou em qualquer aspecto do funcionamento da equipe devido ao perfil do paciente: *“Serviço público, normalmente, o pessoal não tem tanta empatia com o paciente depois de certo tempo. Aqui não é diferente, é assim em todo lugar, com qualquer paciente. É um mecanismo de defesa, falta de conhecimento científico, vários fatores que levam as pessoas, a equipe toda a isolar, assim, não levar,*

assim, tudo, como eu vou dizer? O pessoal acaba preocupado só em fazer o próprio serviço independente do resultado dele ou não”.

Categoria 10: Percepção dos profissionais sobre a interação da equipe

Nesta última categoria, reúnem-se os relatos sobre a percepção da equipe à qual pertencem, a interação entre profissionais e fluxo de tarefas, categorizados em: 1) equipe multiprofissional/interprofissional; 2) dificuldades de comunicação/interação; 3) trabalho compartimentalizado; 4) equipe de enfermagem. As frequências podem ser visualizadas nas figuras 32, 33 e 34.

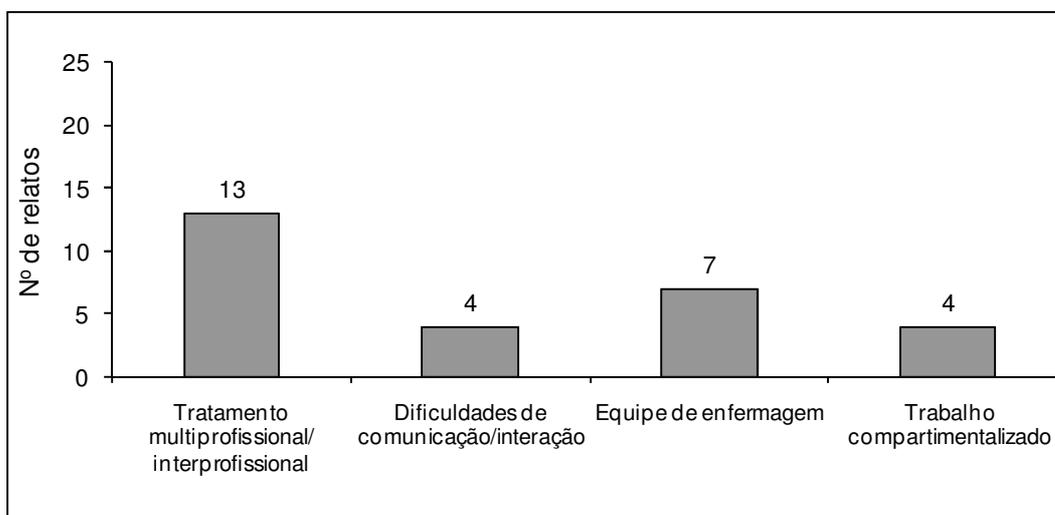


Figura 32. Percepção dos profissionais sobre a interação da equipe.

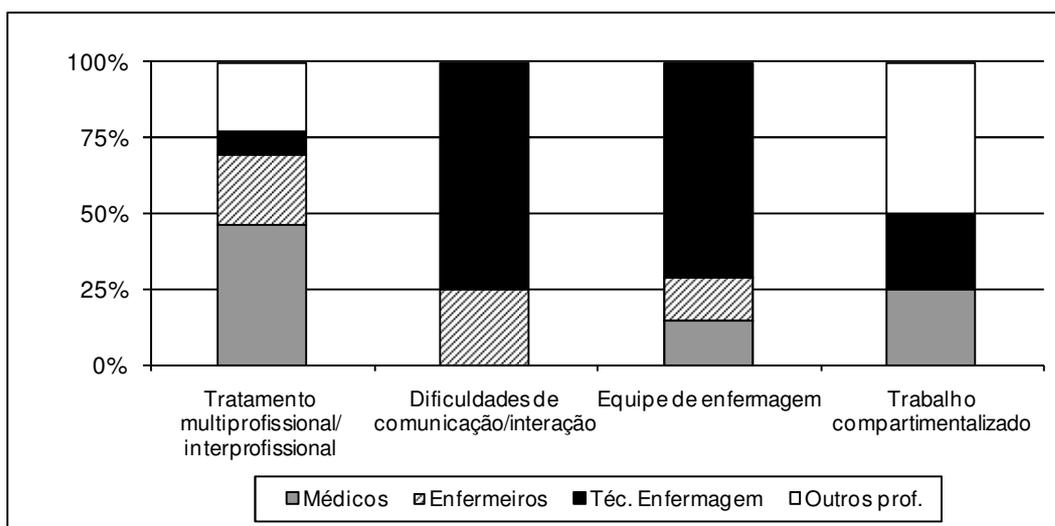


Figura 33. Percepção das categorias profissionais sobre a interação da equipe.

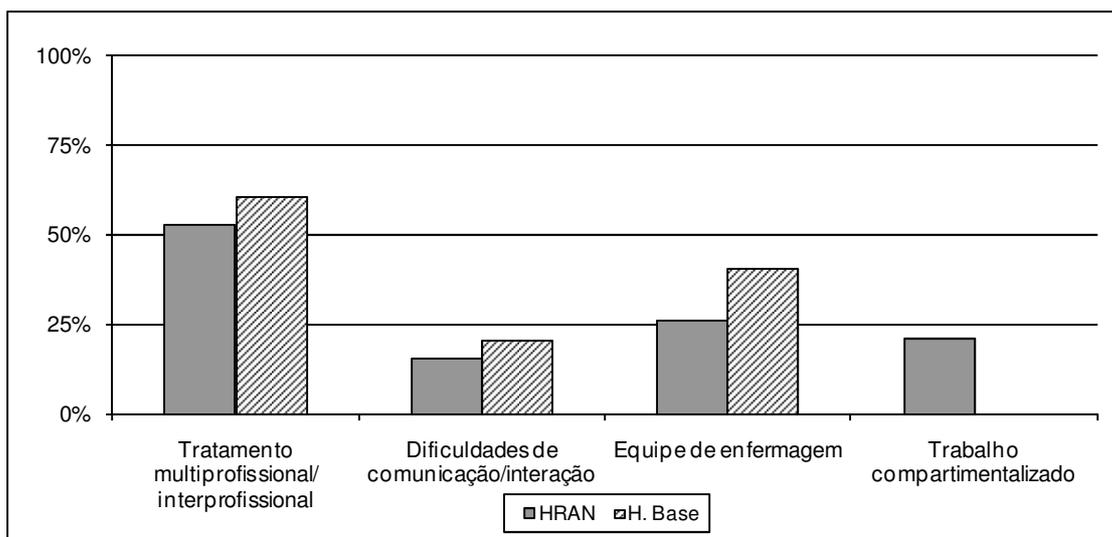


Figura 34. Comparação da percepção sobre a interação da equipe entre serviços.

De acordo com os dados apresentados pelas figuras anteriores, é importante destacar que 13 dos profissionais consideram que fazem parte de uma equipe multiprofissional/interprofissional, pois existe boa interação e as intervenções são decorrentes de ação conjunta. De acordo com um enfermeiro: *“Hoje eu falo que nossa equipe é muito mais multidisciplinar, porque hoje a gente tem que, todo mundo, participar do tratamento dos queimados. A gente tem, toda quarta-feira, reunião com todo mundo... Então, assim, a gente se reúne para cada um estar falando das contribuições para o tratamento do queimado.”* Já no discurso de um médico: *“Não, a gente é bem entrosado mesmo. Problema todo mundo tem, né? Mas de uma maneira geral, a gente é bem entrosado, a gente respeita muito o outro, né? Que eu acho que é uma coisa importante! Todo mundo sabe que precisa dos outros, né?”*.

Porém, quatro profissionais percebem dificuldades de comunicação na equipe, como se pode notar na fala de um dos técnicos de enfermagem: *“Com alguns médicos é que a gente tem uns probleminhas, né? Eles não falam as coisas direito ou a gente não entende nada e fica com medo de perguntar muito, né? Os médicos são meio... né? Médico é médico!”*.

Ademais, quatro entrevistados do Setor de Grandes Queimados afirmaram perceber um trabalho compartimentalizado, isto é, apesar de o paciente ter acesso a profissionais de diversas especialidades, estes profissionais não trabalham em conjunto; o plano terapêutico não é elaborado em equipe. Nas palavras de um técnico de enfermagem: *“Eu acho, na verdade, que aqui o que acontece é que cada um faz sua parte e ninguém fica conversando não. Não tem uma interação da equipe. A fisioterapia não passa nada para a gente; a*

gente não passa nada para a fisioterapia; quem tá nas enfermarias não passa nada para quem está no banho; quem está no banho não passa nada para quem está no curativo. Então é como se fosse uma linha de produção realmente, cada um faz a sua parte ali e, passou pra outro departamento, desliga completamente”.

Em conclusão, é importante comentar que durante as entrevistas, principalmente nas realizadas com os técnicos de enfermagem, foi possível notar que a maioria fazia uma diferenciação muito bem definida entre equipe de enfermagem e a equipe do setor – a equipe multiprofissional – e mostravam-se muito mais vinculados à equipe de enfermagem. Em seis relatos abordaram especificamente a equipe de enfermagem. De fato, as falas de dois dos técnicos de enfermagem são ilustrativas desta constatação. O primeiro disse: “*É assim, a gente... Cada um tem sua escala. Então são 11 pessoas diariamente; então assim, duas estão no banho, duas tão no curativo, três tão no centro cirúrgico, quatro tão aqui na enfermaria. Então cada um tem sua função naquele dia, mas é uma equipe bem entrosada e, no fim, a gente sempre tem que passar tudo que aconteceu para o chefe, o enfermeiro que tiver no plantão*”. E o segundo falou: “*Ah, aqui, por mais que tenha um ou outro que tente individualizar, não dá não; no fim trabalha todo mundo junto, inclusive os enfermeiros. A equipe de enfermagem é muito entrosada*”.

5.5. Registros Observacionais das Reuniões

5.5.1. Descrição do contexto

Segundo o médico-chefe da equipe, as reuniões têm como objetivos: discutir os casos para conhecer melhor a situação geral de cada paciente; entender as estratégias terapêuticas que vêm sendo adotadas; uniformizar as ações dos diversos profissionais componentes da equipe; orientar as intervenções para uma meta terapêutica bem definida e comum a todos.

As reuniões de equipe nesse setor ocorriam semanalmente, com horário já pré-definido. Por se tratar de um serviço organizado em enfermaria com profissionais trabalhando em rotina de escala, aqueles que participam de determinada reunião se incumbem de informar seus colegas sobre discussões e as resoluções recomendadas.

É importante destacar que inúmeras situações, como questões administrativas urgentes, impedimentos pessoais, demanda excessiva de pacientes e situações de emergência relativas a alguns pacientes, que demandaram a atuação de parte significativa dos profissionais da equipe, levaram à suspensão da realização de muitas reuniões pré-agendadas.

Dessa forma, só foi possível realizar duas observações. É importante esclarecer que durante o primeiro mês de coleta de dados, não se obteve autorização para estar presente nas reuniões. Somente mais tarde, isto foi permitido, sob a ressalva de que não seria possível filmar ou gravar em áudio.

Nas duas reuniões observadas, estavam presentes médicos (principalmente os médicos-clínicos, responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes internados, ainda que em uma delas um médico-cirurgião estivesse presente), enfermeiros e alguns outros profissionais de nível superior (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionistas e, em apenas uma das reuniões observadas, assistente social). Alguns desses profissionais, mais especificamente profissionais de enfermagem, de nutrição e de fisioterapia, eram participantes do programa de residência do HRAN e, por conseguinte, permaneciam no setor por um período delimitado, normalmente entre três e seis meses.

Os encontros sempre aconteciam em uma sala de formato retangular que possuía uma grande mesa no centro, cercada por cadeiras e bancos que favoreciam a acomodação dos profissionais em uma configuração circular, facilitando a comunicação face a face. Não obstante esse dispositivo potencialmente facilitador da comunicação, foi possível perceber, também, que os componentes de cada uma das categorias profissionais descritas acomodaram-se nos mesmos lugares nos dois encontros observados e, nesses contextos, os médicos, responsáveis por expor os casos e manipular os prontuários dos pacientes durante as reuniões, apareceram como a única categoria profissional a posicionar-se junto à mesa e a utilizá-la para realizar suas anotações.

Pouco antes do horário marcado para o seu início, os profissionais começavam a se acomodar no local e, enquanto o encontro não começava, travavam conversas descontraídas no grupo maior ou em pequenos grupos paralelos. O início da reunião foi marcado pela fala do médico-chefe do setor, que após interagir de modo informal com alguns dos profissionais, convidava todos a iniciar a discussão sobre os casos.

Assim, a partir do início oficial da reunião, cada médico passava a apresentar um breve resumo sobre o quadro de cada paciente sob sua responsabilidade. Em seguida, um representante de cada categoria profissional implicada no atendimento ao paciente em discussão, espontaneamente ou por provocação de algum outro profissional, apresentava informações sobre o desenvolvimento do quadro desse paciente, contexto que gerava a discussão dos casos. Esclarece-se que, de uma forma geral, as conversas paralelas observadas durante a reunião de discussão de casos, na maior parte das vezes, ocorriam

entre os profissionais componentes de uma mesma categoria profissional e referiam-se a questões relativas ao caso que estava sendo discutido.

5.5.2. Categorização e análise das verbalizações

Ao todo, com base na observação das duas reuniões, foram analisadas 208 verbalizações, sendo 101 emitidas por profissionais médicos, 33 por enfermeiros e 74 pelos outros profissionais de nível superior componentes da equipe (ver Figura 35).

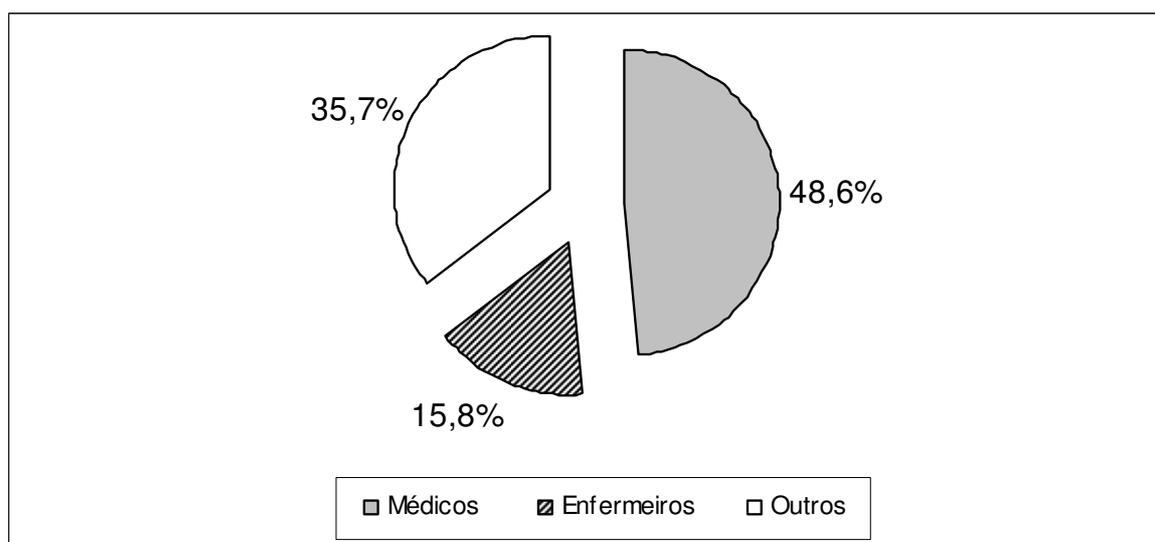


Figura 35. Verbalizações por categoria profissional (%).

A partir do material registrado, organizaram-se nove categorias relacionadas às verbalizações:

- 1) **Apresentação do paciente:** falas que iniciam a discussão do caso de um paciente e incluem fornecimento de dados demográficos e particularidades sobre a lesão e a internação. Exemplo:

Médico: “M. é um paciente de 22 anos que internou hoje de manhã, sofreu queimadura por gasolina há 21 dias e agora internou só para enxertar”.

- 2) **Fornecimento de informações sobre o paciente/tratamento:** falas que acrescentam informação técnica sobre o quadro do paciente ou sobre as intervenções realizadas e que podem ou não estar relacionadas à área de atuação do profissional que as profere. Exemplos:

Nutricionista: “Pois a gente está alimentando sem problemas.”

Enfermeiro: “A acompanhante disse que ele não está comendo nada.”

Psicólogo: “É muito sofrimento se misturando nesse quadro, não é só o problema da queimadura.”

- 3) **Solicitação de informações sobre o paciente/tratamento:** falas que solicitam informações relativas a um paciente; podem ser voltadas para um profissional específico ou para todo o grupo. Exemplos:

Fisioterapeuta: “Ele está alimentando bem?”

Enfermeiro: “Já foi feita avaliação psicológica dele?”

- 4) **Avaliação das estratégias terapêuticas adotadas:** falas que transmitem opiniões sobre os procedimentos adotados e seu impacto sobre a evolução do quadro do paciente. Exemplos:

Nutricionista: “Com a alimentação eu acho que está tudo ok!”

Psicólogo: “Eu não sei se essa sedação ainda é necessária... O problema dele também tem a solidão, essa situação toda!”

Fisioterapeuta: “Eu acho que não está indo bem, ele está até regredindo, já nem anda mais!”

- 5) **Planejamento das próximas ações:** falas que expressam a opinião do profissional sobre a forma como se deve conduzir o tratamento do paciente a partir daquele momento. Exemplos:

Médico: “Tem que reavaliar isso assim que ele voltar da cirurgia.”

Enfermeiro: “Por mim começava a alimentar logo!”

Médico: “Então devíamos falar com o dentista.”

- 6) **Transição/mediação:** falas que verificam se não há mais informação a ser transmitida sobre o caso em pauta ou marcam o término da discussão sobre um paciente. Exemplos:

Médico: “Acabou? Então o próximo!”

Enfermeiro: “Então é isso, parabéns ao Dr. M. e vamos para frente!”

Médico: “Ninguém tem mais nada não? Vou seguir!”

- 7) **Questões administrativas:** verbalizações que remetem a questões da instituição ou à organização desse serviço específico. Exemplo:

Enfermeiro: “Mas isso não pode ser direto por aqui não, tem que passar para o setor de serviço social!”

- 8) **Outros temas/descontração:** falas que embora mantenham relação com os temas abordados, fogem aos propósitos da reunião e, normalmente, marcam

momentos de descontração e alívio da tensão entre os membros da equipe.

Exemplos:

Médico: “Eta, será que ele é apaixonado pela irmã?”

Enfermeiro: “Ai, para, assim você está até me emocionando!”

Enfermeiro: “Ele está fazendo aniversário: 100 dias de queimadura!”

- 9) **Verbalizações específicas sobre a dor do paciente:** falas que abordam a questão da dor do paciente de forma direta, seja fornecendo informações ou propondo intervenções. Exemplos:

Enfermeiro: “Ele tem queixado muito de dor, principalmente à noite.”

Enfermeiro: “Ele ainda está sedado, principalmente por causa da dor.”

Conforme ilustra a Figura 36, no que tange ao conteúdo das verbalizações, verificou-se maior frequência da categoria *fornecimento de informações sobre o paciente/tratamento* (35,1%), seguida da categoria *avaliação das estratégias terapêuticas adotadas* (12,98%) e da *solicitação de informações sobre o paciente/tratamento* (11,54%).

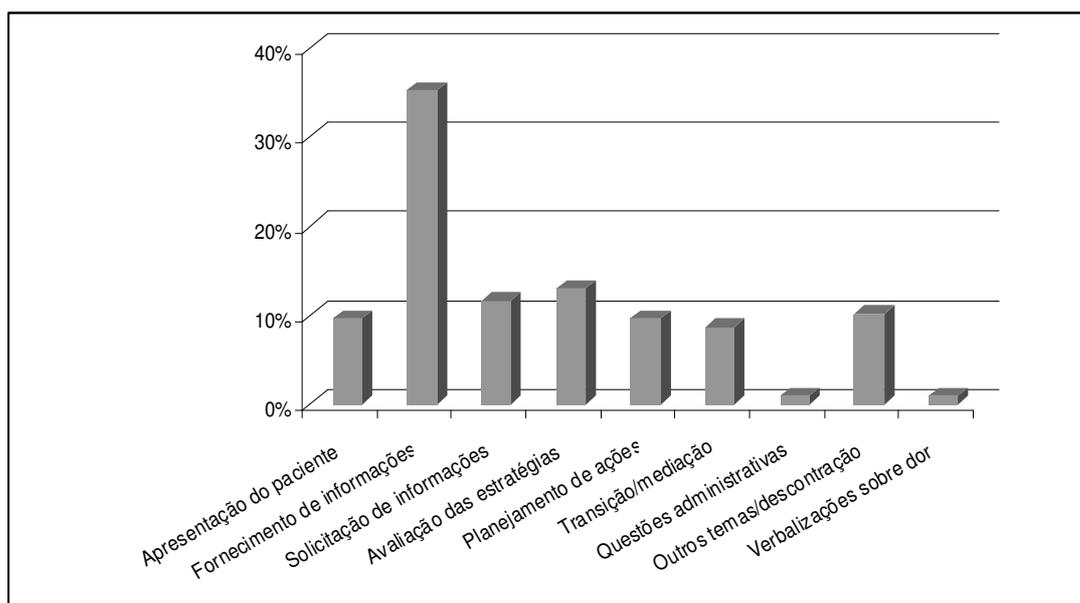


Figura 36. Verbalizações por conteúdo (%).

Comparando-se a frequência de cada categoria de verbalização por categoria profissional, constata-se que apenas os profissionais médicos emitiram falas categorizadas como *apresentação do paciente* e aparecem também como a categoria responsável pela maior parte das verbalizações categorizadas como *solicitação de informações sobre o paciente/tratamento*, *planejamento das próximas ações*, *transição/mediação* e *outros temas/descontração*. Os outros profissionais de nível superior foram responsáveis pela

maioria das verbalizações classificadas como *fornecimento de informações sobre o paciente/tratamento* e *avaliação das estratégias terapêuticas adotadas*. Os profissionais enfermeiros, por sua vez, aparecem como os únicos a emitir as poucas falas relacionadas a *questões administrativas* e *verbalizações específicas relativas à dor do paciente* (ver Figura 37).

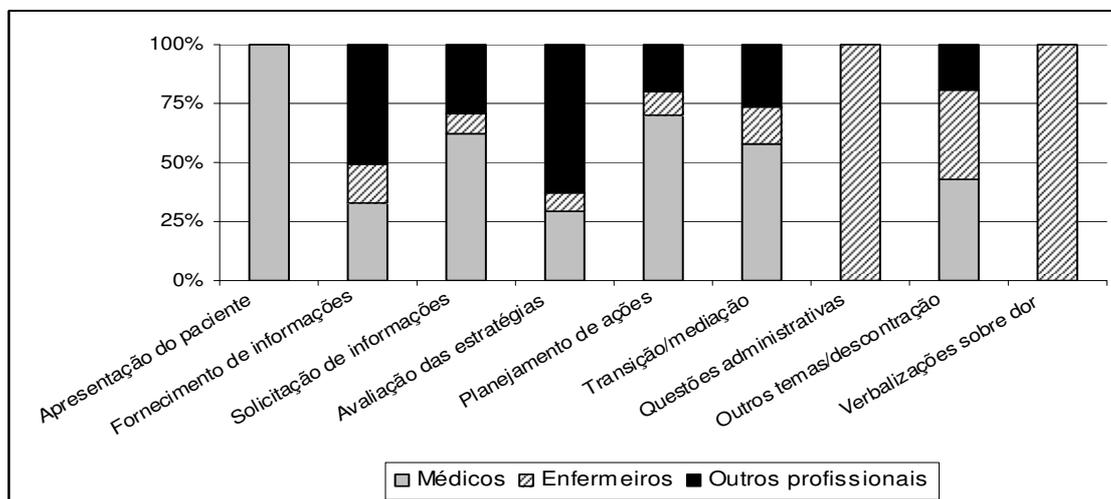


Figura 37. Correlação entre conteúdo das verbalizações e categoria profissional do emissor.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

No presente capítulo, proceder-se-á à discussão dos principais resultados desta pesquisa, de acordo com os seguintes eixos: 1) escores e percepção relativos ao estresse, as estratégias de enfrentamento e a intervenção frente à dor do paciente; e 2) trabalho em equipe.

6.1. Estresse, Enfrentamento e Intervenção Frente à Dor do Paciente: Escores e Percepção Profissional

No tocante aos escores obtidos pela análise estatística da *Job Stress Scale*, observa-se que, de acordo com o esperado e de forma congruente com o que vem apontando a literatura especializada, os participantes deste estudo percebem o seu ambiente de trabalho como bastante estressante, à medida que relatam altos níveis de demandas psicológicas provenientes de seu contexto laboral. Constatou-se também que os profissionais referem-se a níveis maiores do que os preconizados pelas medianas esperadas nos itens da escala relativa à percepção de níveis de controle no trabalho e à percepção de apoio social recebido nesse contexto.

De acordo com Alves e cols. (2004), uma situação que reúne altas demandas psicológicas e alto controle sobre os processos de trabalho apontaria para um contexto no qual os indivíduos experienciam o processo de trabalho de forma ativa. Isto é, ainda que as demandas psicológicas sejam excessivas, elas são menos danosas na medida em que é possível escolher como manejar as horas de trabalho e como criar estratégias para lidar com as dificuldades. Esse contexto aparece ainda mais ameno quando destacado o fato de que foram encontrados altos níveis de interação social positiva no ambiente de trabalho, importante mediador positivo de situações de estresse no ambiente laboral.

Primeiramente, cabe pontuar que o instrumento utilizado para avaliação do estresse no ambiente de trabalho (versão resumida da *Job Stress Scale*) foi adaptado recentemente para a língua portuguesa, mas ainda não foi alvo de validação para o contexto brasileiro. Porém, de acordo com o levantamento de literatura realizado e de uma pesquisa voltada para a escolha de um instrumento que cumprisse o objetivo de avaliar os níveis de estresse percebidos no ambiente de trabalho, adaptando-se às circunstâncias específicas do contexto laboral de equipes de saúde, a *Job Stress Scale* mostrou-se bastante útil e serviu aos objetivos estabelecidos de modo bastante apropriado. Destaca-se, ainda, que durante a

aplicação não houve nenhuma dificuldade de compreensão dos itens ou de resposta por parte dos participantes.

Merece destaque também que, embora os escores obtidos apontem para níveis de estresse no trabalho menos preocupantes, é preciso estimar importantes diferenças entre as categorias profissionais analisadas separadamente e em cada serviço específico. Assim, foi observada uma leve tendência dos profissionais do Hospital de Base perceberem níveis de demanda psicológica e de controle no trabalho um pouco mais altos e níveis de apoio social no contexto de trabalho um pouco mais baixos do que os profissionais da equipe do HRAN (dados sem significância estatística). Da mesma forma, embora os índices relativos à percepção de demandas psicológicas no trabalho tenham se apresentado igualmente altos quando comparados os escores obtidos pelas diversas categorias profissionais descritas, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as percepções de controle e apoio social quando comparados os escores obtidos pelas diferentes categorias profissionais propostas.

Os médicos compõem o grupo profissional que afirmou possuir mais controle sobre seu processo de trabalho, seguidos dos enfermeiros e do grupo formado por outros profissionais de nível superior. Consequentemente, os técnicos de enfermagem representam a categoria profissional que obteve os menores escores médios nos itens referentes à percepção de controle no trabalho. Do mesmo modo, os médicos também compõem a categoria que mais afirmou perceber apoio social em seu ambiente de trabalho, novamente seguidos pelos enfermeiros, pelos outros profissionais de nível superior e, por fim, pelos técnicos de enfermagem. Destaca-se, também, em relação a esta última categoria, que foram observadas diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os escores obtidos entre médicos e técnicos de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos e outros profissionais de nível superior e enfermeiros e outros profissionais de nível superior.

Nesse sentido, surgem questões relativas à atuação das equipes de saúde, que, embora norteadas por conceitos de inter e ‘multiprofissionalidade’, advindos de uma profunda discussão sobre a concepção do paradigma biopsicossocial em saúde, ainda funciona de acordo com uma hierarquia baseada em uma estrutura biomédica. De acordo com Reis (1999), apesar de se vislumbrar as implicações das dimensões social, psicológica, biológica, etc. na composição e nas possibilidades de evolução do quadro do paciente, as ações são baseadas na concepção de que cada uma dessas dimensões existe independentemente e, portanto, pode ter sua interação traduzida hierarquicamente.

Nessa mesma direção, Costa Neto (1994) alerta que nas instituições de saúde, a atuação de profissionais não médicos (paramédicos), mesmo que caracterizada por identidade própria e domínio de técnicas específicas, permanece direcionada pela orientação direta de um médico. Assim, de acordo com este autor, o exercício da interdisciplinaridade depende basicamente das representações sociais, políticas, técnicas e morais que se estabelecem entre os membros do grupo e, nesse contexto em que a percepção interprofissional é um fenômeno de representação, médicos e não médicos precisam se conhecer melhor e, principalmente, reconhecer seus campos de competência, *“sob pena de, se não o fizerem, criarem um engodo propício aos conflitos de interesse e de prestígio e aos desacordos, gerando entraves para uma ação eficaz, complementar e livremente consentida”* (Costa Neto, 1994, p. 38).

Diante desta argumentação, destaca-se que no contexto hospitalar no qual os profissionais participantes deste estudo estão inseridos, principalmente em referência à equipe da enfermagem do Setor de Grandes Queimados, ainda se verifica hegemonia da dimensão biológica da patologia e, conseqüentemente, do saber médico, uma vez que a queimadura surge como uma condição patológica aguda na qual a intervenção da equipe, ao menos em um primeiro momento, volta-se prioritariamente para a manutenção dos sinais vitais do indivíduo.

No caso da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, destacam-se diferenças inerentes ao contexto ambulatorial e às características do perfil dos pacientes atendidos por este centro, que apresentam principalmente queixas relativas a cronicidades e à situação de terminalidade que, de uma forma geral, remetem a quadros complexos (Lima & Trad, 2007). Ao que parece, tais peculiaridades levam o médico e a equipe a experimentar sentimentos de intensa frustração devido à reincidência de fracassos terapêuticos (Maciel, 2004) que, em última instância, poderiam conduzir a equipe multiprofissional a uma postura denominada por Reis (1999) de metateoria integradora. Ou seja, uma perspectiva, segundo a qual, as diferentes dimensões que interatuam nas condições de saúde e doença do paciente aparecem como componentes de um todo dinâmico que é superior à soma das partes. Nesse mesmo sentido, Lima e Trad (2007) afirmam que, sem dúvida, as doenças crônicas têm impulsionado mudanças que afetam, principalmente, a relação do médico com os demais profissionais de saúde e com o paciente.

Quanto aos enfermeiros, é preciso destacar que esta categoria profissional, em ambos os serviços pesquisados, aparece como responsável pela coordenação administrativa dos serviços e pela chefia da equipe de auxiliares de enfermagem. Dessa posição, portanto,

é possível inferir que esses profissionais concentram, muitas vezes, a maior parte das informações relativas à rotina dos serviços e até mesmo sobre a evolução do quadro clínico dos pacientes, assumindo, assim, um lugar mais confortável nos diálogos com os outros profissionais da equipe e na delimitação de suas rotinas de trabalho.

Quando observados os resultados obtidos por meio das respostas ao Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, percebe-se que as estratégias mais utilizadas são relativas aos fatores resolução de problemas, reavaliação positiva e suporte social. É necessário ressaltar que tais resultados são bastante congruentes com o panorama levantado pela *Job Stress Scale*. Ou seja, é possível inferir que, diante de altos níveis de controle no trabalho, os profissionais utilizam-se preferencialmente de estratégias voltadas para a resolução de problemas, assim como, diante de altas demandas psicológicas, pode-se supor a utilização de estratégias voltadas para a reavaliação positiva. Ademais, da mesma forma que os escores encontrados pela *Job Stress Scale* apontaram para níveis elevados de percepção de apoio social no ambiente de trabalho, o fator do Inventário de *Coping* relativo a estratégias baseadas no suporte social também aparece entre os mais utilizados.

Novamente, porém, para que estes dados sejam compreendidos em sua plenitude, é preciso considerar as diferenças encontradas quando o grupo de participantes é categorizado e comparado de acordo com as especificidades da amostra. Primeiramente, justifica-se a escolha do instrumento utilizado – a versão adaptada para o português do Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman – argumentando-se que este instrumento já foi validado para a população brasileira e aparece hoje na literatura como um dos mais utilizados no contexto de pesquisas quantitativas voltadas para o levantamento de estratégias de enfrentamento. Observa-se, também, que entre os instrumentos pesquisados, o Inventário de *Coping* mostrou-se o mais adaptado à amostra, visto apresentar uma linguagem mais generalista, isto é, não ter sido construído com foco na avaliação de um grupo específico de participantes. Na área da saúde, por exemplo, a maior parte dos instrumentos que foram levantados durante a fase de revisão de literatura voltava-se para a exploração de estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes de uma forma geral ou por uma população específica de pacientes acometidos por uma determinada patologia.

Foi possível perceber diferenças estatisticamente significativas quando comparados os fatores do Inventário de *Coping* com as variáveis hospital/serviço, estado civil e formação para dor. Com relação às diferenças encontradas entre os dois serviços, os

escores obtidos nas escalas indicam que os profissionais da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos tendem a utilizar significativamente mais de estratégias categorizadas no Inventário de *Coping* nos fatores confronto e resolução de problemas do que os profissionais do Setor Grandes Queimados. Nesse sentido, retoma-se a questão das especificidades das condições de atendimento de cada serviço (ambulatório e enfermaria) e o perfil dos pacientes aos quais são prestados cuidados em cada um desses contextos para melhor entender os dados elencados.

No caso da enfermaria do HRAN, conforme já anteriormente comentado, tem-se um serviço de grande porte, que envolve uma equipe bastante extensa, que presta atendimento 24h e subdivide-se em quadros profissionais que prestam atendimento clínico, cirúrgico e de reabilitação. Assim, pode-se supor um certo nível de dissolução da responsabilidade pela evolução do quadro dos pacientes que, se de um lado favorece o trabalho em equipe, de outro pode explicar a menor utilização de estratégias focadas no confronto da situação e na resolução de problemas. Ao abordar a possibilidade da ocorrência do pensamento grupal nos processos de tomada de decisão das equipes de saúde, Costa Neto (1994) ressalta que entre as condições administrativas ou estruturais antecedentes que envolvem o pensamento acrítico e que poderiam levar à ocorrência do *groupthink* estão o alto grau de coesão grupal e o contexto situacional provocativo que envolve altos níveis de estresse provenientes de ameaças externas com baixas esperanças de uma melhor solução que a do líder.

Apesar dos dados apresentados não serem suficientes para se caracterizar a ocorrência de situações de pensamento grupal, algumas características antecedentes desse fenômeno podem ser levantadas como hipótese para os resultados obtidos. No caso da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos – caracterizada como um ambiente ambulatorial em que o paciente é atendido e, em geral, recebe alguma prescrição ou uma orientação de conduta – é de se esperar que as estratégias voltadas para o confronto da situação e resolução de problemas sejam bastante utilizadas. Mas, provavelmente em razão de uma demanda por cuidados paliativos em situações complexas ligadas à dor de difícil controle, inclusive em quadros de terminalidade, foram observados altos escores médios no item componente do fator confronto, que se estrutura da seguinte forma: “*Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa*”.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere à comparação entre os fatores propostos pelo Inventário de *Coping* e o estado civil dos participantes, e entre esses mesmos fatores e a resposta à afirmação de já haver participado

de capacitação específica para lidar com dor. Percebe-se que o grupo de profissionais que afirmou ser casado ou ter união estável utilizou significativamente mais o fator confronto do que os profissionais que afirmaram ser solteiros. Já aqueles que se declararam divorciados, separados ou desquitados também se utilizaram significativamente mais do fator confronto do que os solteiros. Pode-se supor que estes dados apareçam como consequência da idade e do tempo de serviço dos participantes que se afirmaram solteiros. Em uma visão mais abrangente, os profissionais que compõem este último grupo encontram-se na faixa etária de 20 a 35 anos e, em geral, trabalham há pouco tempo no serviço, fatos que poderiam justificar a baixa utilização de estratégias do fator confronto.

Quanto à participação em capacitações específicas para lidar com pacientes com dor, notou-se que os profissionais que responderam afirmativamente utilizam-se significativamente mais do fator resolução de problemas do que os que afirmaram nunca ter participado de algum tipo de capacitação específica. É importante considerar que tais cursos devem se basear em recomendações da OMS e da IASP (que já publicaram manuais e recomendações sobre este manejo), visando o controle adequado dos mais diversos quadros de dor e utilizando-se dos recursos hoje disponíveis. Pode-se supor que os profissionais que foram corretamente instruídos e desenvolveram esta formação adotam mais estratégias do fator resolução de problemas porque efetivamente possuem mais conhecimento sobre como agir diante dessas situações.

Também é necessário salientar as crenças dos profissionais de saúde referentes à dor do paciente e os mitos relacionados ao uso de opioides e outras técnicas disponíveis para alívio ou controle de casos complexos de dor. Conforme abordado anteriormente, segundo Teixeira e cols. (1999), a subestimação do sofrimento do doente, as crenças quanto à dor ser incontrolável ou quanto à sua necessidade para a elucidação de alguns diagnósticos, o receio de que o paciente venha a desenvolver tolerância ou dependência a alguns medicamentos e o uso incorreto de terapias e reabilitações aparecem entre as principais causas que justificam o fato de a dor do paciente não ser devidamente tratada em uma parte significativa dos casos atendidos pelo sistema de saúde. Nessa mesma perspectiva, Garcia, Pimenta e Cruz (2007), justificando a necessidade de validação de um inventário de atitudes frente à dor crônica, argumentam que o conhecimento e as crenças interferem na avaliação e nas intervenções que os profissionais de saúde propõem frente aos mais diversos quadros de dor e apontam que justamente a existência, ainda, de diversas concepções inadequadas entre os profissionais de saúde aparece na literatura como a razão para o incorreto controle da dor que se observa em muitos serviços. Considera-se, portanto,

que os profissionais que tiveram acesso a cursos de capacitação específica para controle da dor compartilham crenças e conhecimentos mais favoráveis à correta atuação frente a situações que envolvem pacientes com dor de difícil controle.

É importante observar que os técnicos de enfermagem compõem a categoria que informou utilizar com mais frequência seis dos oito fatores propostos pelo Inventário de *Coping*. Nos outros dois fatores, também se verifica que foram os profissionais enfermeiros que obtiveram os maiores escores comparativos. Diante desses dados, argumenta-se que, em ambos os serviços, e, ainda com mais intensidade no caso da enfermaria do HRAN, é a equipe de enfermagem que fica responsável pelo cuidado direto do paciente e, conseqüentemente, também é responsável pela execução da maioria dos procedimentos nos quais os pacientes queixam-se de dor intensa, como os curativos, os banhos e a aplicação de medicação. Pode-se supor que a vivência constante de situações estressantes – inclusive hostilizações dos pacientes que cuidam – leva os profissionais de enfermagem, principalmente os técnicos, a empregar as mais diversas estratégias levantadas.

A análise dos relatos dos profissionais em ambos os serviços corrobora grande parte dos aspectos descritos anteriormente. Quanto à categoria atividades desenvolvidas no serviço, percebe-se que, embora todos os profissionais entrevistados tenham citado a realização de atividades técnicas com os pacientes atendidos pelo serviço, o percentual de técnicos de enfermagem que informaram realizar apenas esse tipo de atividade foi muito maior que a dos demais profissionais, indicando menor percepção de controle sobre o trabalho e de apoio social recebido no ambiente laboral. Isto confirma os dados levantados pela *Job Stress Scale*.

Ao abordar suas atividades junto aos pacientes, os técnicos de enfermagem ressaltam aquelas causadoras de dor e sofrimento para o paciente e que, como conseqüência, são geralmente permeadas por choro, grito e intensas manifestações de sofrimento (ex. banhos e dos curativos dos pacientes grandes queimados). Rossi e cols. (2000) afirmam que a dor da queimadura geralmente se relaciona a atividades como limpeza da ferida, mudança de curativos, etc. e, muitas vezes, o pessoal de enfermagem tem dificuldade para conviver com a dor que provoca, ao cuidar do outro.

Sobre as atividades administrativas, volta-se a pontuar que em ambos os serviços, são quase que exclusivamente exercidas pelos profissionais enfermeiros, fato que pode justificar os índices levantados pela *Job Stress Scale*. Os dados obtidos revelam este grupo profissional como detentor de alto controle sobre sua atividade laboral, uma vez que, ao

realizar atividades administrativas e de coordenação da equipe de enfermagem, centraliza muitas informações sobre o serviço e sobre os pacientes, alcançando mais autonomia.

Apesar da constatação de que a maioria dos entrevistados relatou que sua lotação no serviço foi devida ao acaso, é importante destacar que entre os integrantes da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos mais de 50% afirmaram compor a equipe desse serviço por escolha pessoal, ao passo que entre os profissionais do Setor de Grandes Queimados do HRAN mais de 75% informaram que situações alheias à sua vontade determinaram esta inserção. É importante considerar, contudo, a disparidade entre o número de profissionais entrevistados, e mesmo entre componentes de cada uma das duas equipes participantes no estudo (fato que permite uma maior dispersão de respostas). Mas também é válido considerar, tal como indica a literatura especializada em cuidados paliativos, que os profissionais de saúde dedicados aos cuidados apresentam um perfil específico que os leva a fazer estas escolhas. Para Krakauer (2008), por exemplo, ao se dispor a trabalhar em medicina paliativa, os profissionais precisam estar dispostos a valorizar os eventuais benefícios potenciais e a abandonar a atitude interventiva que visa prioritariamente à cura.

Quanto ao perfil do paciente, embora tenham sido abordadas as causas da lesão do paciente e sua condição socioeconômica (em geral a carência socioeconômica, como era de se esperar em serviços localizados em instituições públicas que oferecem atendimento pelo SUS), a maioria dos relatos voltou-se para questões relacionadas à dor e à condição psicológica/emocional do paciente.

Sobre o cuidado aos pacientes sob cuidados paliativos, Gwyther (2008) alerta que a atuação deve ser mais abrangente que a premissa inicial de possibilitar a essas pessoas viver e morrer com menos dor. Segundo a autora, este cuidado deve estar voltado para as múltiplas necessidades do paciente nas esferas emocional, social, espiritual, entre tantas que compõem sua existência. A respeito dos pacientes vítimas de traumas térmicos extensos, Carvalho, Rossi e Ciofi-Silva (2008) lembram que o paciente grande queimado invariavelmente sofre com dores, torna-se enrijecido e endemaciado e, ao passar a lidar com suas lesões e as possíveis sequelas, além dos procedimentos extremamente invasivos e dolorosos, pode passar a expressar tristeza, depressão, ansiedade, estresse e dificuldade de relacionamento.

Em relação aos facilitadores do serviço, ao contrário do esperado, constatou-se que todos os entrevistados da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos indicaram ‘características dos profissionais’; todavia, menos de 25% disseram perceber características da equipe cumprindo esta finalidade. Já entre os entrevistados do HRAN, quase 75% informaram

sentir-se ajudados em seus trabalhos devido a características da equipe, enquanto pouco mais de 25% salientaram as vantagens proporcionadas por características específicas dos profissionais.

Em ambos os contextos, principalmente devido à complexidade associada ao perfil do paciente atendido nesses serviços, a literatura tem apontado a atuação da equipe multiprofissional como fator essencial e facilitador do serviço de atendimento do paciente, principalmente no que se refere ao correto controle da dor. Do ponto de vista de Hunter e cols. (2008), a colaboração interprofissional tem sido identificada como um fator-chave para efetividade do manejo da dor e também emerge como uma importante contribuição positiva para o aprimoramento da comunicação entre as diferentes perspectivas adotadas pelos profissionais de saúde, como eficiência no tratamento, menor custo-benefício e maior adesão do paciente ao tratamento.

Sobre os aspectos que dificultam a atuação no serviço, todos os entrevistados da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos apontaram a carência de profissionais na equipe como um dos principais pontos dificultadores de seu trabalho, enquanto 40% referiram, ainda, outras questões administrativas como causadoras de impacto negativo. Cabe lembrar que a Clínica de Dor e Cuidados Paliativos oferece aos pacientes desse serviço apenas atendimento ambulatorial, protagonizado por uma equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Grande parte das críticas, portanto, aponta para a necessidade de que a equipe multiprofissional seja ampliada de forma a possibilitar que, conforme propõe a IASP e a OMS, o paciente seja atendido de modo integral. Esta situação é bem exemplificada pela fala de um dos técnicos de enfermagem entrevistados: *“Mas eu acho que eles tinham que ter um atendimento de outras coisas, porque aqui é só o médico e nós da enfermagem mesmo; e eu acho que no hospital tem psicologia, mas não é aqui; e eu acho que eles tinham que ter outras atividades, sabe, para não pensar tanto na dor, né? Porque aqui não dá para ser só remédio, né?”*.

Conforme pode ser revisto na Figura 19, 25% dos profissionais do HRAN apontaram a falta de capacitação específica dos profissionais do serviço como aspecto dificultador de suas atividades, sendo que na Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, os profissionais relacionaram a participação em capacitações específicas como fator facilitador (ver Figura 16). Esta situação é claramente exemplificada pelo seguinte trecho da fala do enfermeiro entrevistado neste serviço: *“Olha, eu acho que aqui o paciente é muito bem atendido porque aqui todo mundo é muito bem capacitado. A gente vai pra curso, faz reunião científica, faz de tudo para ficar atualizado mesmo, sabe?”*.

Ao se refletir sobre os dados extraídos acerca da avaliação e manejo da dor, constata-se que, embora quase a totalidade dos profissionais tenham sido capazes de descrever a intervenção utilizada, apenas nove mencionaram protocolos de avaliação. Outros seis técnicos de enfermagem – embora tenham confirmado a existência e até descrito parte do protocolo adotado pelo serviço – informaram que tal avaliação não faz parte de suas atividades, cabendo a eles apenas informar quando os pacientes relatam dor ou quando inferem a dor sentida pelo paciente (principalmente no caso de crianças). Ora, esta condição de trabalho relatada contraria os atuais conhecimentos científicos, que recomendam avaliação sistemática da dor, com abordagem multiprofissional e complementar, de modo a propiciar comunicação eficaz entre os membros da equipe (Pimenta & Ferreira, 2006). Paquet, Kergoat e Dubé (2005), ao apresentarem proposta de intervenção por meio de técnicas de regulação emocional, afirmam que já existem evidências de que a dor, em grande parte dos pacientes em atendimento no serviço de saúde, ainda é pouco referida, subestimada e subtratada. Segundo Teixeira e cols. (1999), o tratamento indevido da dor é consequência da avaliação incorreta do quadro.

É relevante comentar que nenhum dos profissionais da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Base apontou a inexistência ou disse desconhecer a existência de protocolos, e um percentual muito mais significativo descreveu protocolos detalhadamente e, até mesmo, criticou algumas intervenções utilizadas. Tais resultados corroboram com outros dados já comentados anteriormente e provavelmente apontam para o fato dos profissionais deste serviço terem acesso à capacitação.

No que se refere ao impacto da dor do paciente sobre o profissional, foi observado que –, conforme esperado e coerentemente com os dados levantados pela *Job Stress Scale* no fator demanda psicológica – a maioria relatou que ainda permanece, principalmente frente aos casos mais difíceis, a percepção de sentimentos de tristeza e sofrimento associados à atividade com o paciente. Isto, mesmo com o costume, a repetição da rotina e o contato intenso com o sofrimento que podem gerar algum distanciamento psicológico.

A percepção do profissional sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas mostrou-se bem semelhante aos resultados reunidos pelo Inventário de *Coping*. Ou seja, a gama de estratégias referidas foi bastante diversificada e os técnicos de enfermagem foram aqueles que afirmaram utilizar maior variedade.

Quanto ao impacto do paciente sobre a equipe e a percepção do profissional sobre a interação da equipe, é preciso pontuar que a maior parte entrevistados, com exceção da maioria dos técnicos de enfermagem, informou perceber que a equipe atuava,

efetivamente, como um grupo multi/interprofissional. De modo convergente com estes resultados e com a literatura, informaram que a situação de lidar com pacientes difíceis e as frustrações geradas pela ineficácia das inúmeras tentativas terapêuticas adotadas, impactam a equipe no sentido de favorecer um trabalho mais integrado. Seguem-se dois relatos ilustrativos: *“É a dor que sempre comove, provoca generosidade, respeito. Quando o paciente é muito difícil, parece que todo mundo se junta; é uma coisa de identificação quase inconsciente, tipo ‘meu Deus do céu, o que a gente pode fazer?’”*. *“Eu mesmo, às vezes, têm uns pacientes que eu fico frustrada, sabe? Aí a colega dá força, dá uma sugestão... Às vezes, eu já vi até médico desistindo das pessoas, porque nada dá certo mesmo, sabe? Aí ele começa a marcar menos consultas; aí, quando a gente percebe, a gente vai lá, a gente conversa, marca consulta de enfermagem. Aí fica um dando força para o outro para ver se vai, sabe?”*.

Pinho (2006) destaca que as equipes são mais flexíveis, reagem melhor a mudanças, apresentando inclusive melhor desempenho do que indivíduos, quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiências. Hall e Weaver (2001) acrescentam que, em geral, uma equipe organiza-se diante da necessidade de resolução de um conjunto de problemas comuns, no qual cada membro pode contribuir com seu conhecimento e habilidade de modo a aumentar e apoiar as contribuições dos outros. Os autores preconizam que as áreas que exigem cuidado mais complexo se caracterizam como ambientes mais propícios à manutenção de uma linha contínua de comunicação, interação e compartilhamento de responsabilidades entre profissionais de diversas especialidades.

Cumprir fazer notar que alguns profissionais (a maioria técnicos de enfermagem), afirmaram que não percebem diferenças no funcionamento da equipe em razão do perfil do paciente atendido e apontaram para a existência de dificuldades de comunicação entre os membros da equipe, principalmente entre eles e os outros profissionais. Uma das possíveis justificativas para este relato encontra-se nas próprias falas dos profissionais, expostas na categoria 10, e que apontam para a existência de uma “equipe de enfermagem” que atua ‘independentemente’ da equipe multiprofissional do serviço. Aliás, os técnicos de enfermagem, quando questionados acerca da equipe tendiam a responder sobre a equipe de enfermagem, informando rotinas bem definidas e padrões estáveis de comunicação.

Os técnicos de enfermagem raramente têm contato com outros membros da equipe multiprofissional e, além disso, recebem instruções e passam informações apenas para o enfermeiro, que, inclusive, é o responsável pelo registro de intercorrências e observações nos prontuários do paciente. Observa-se, então, que nestes serviços a atuam duas equipes

distintas e que se comunicam por intermédio dos profissionais enfermeiros. Tal constatação é reforçada pelos resultados da *Job Stress Scale*, que apontaram altos níveis de controle sobre o trabalho por parte da enfermagem.

Todos os componentes do Setor de Grandes Queimados, reconheceram que apesar de ser composta por profissionais de diversas especialidades, sua equipe ainda se estruturava de forma muito compartimentalizada, isto é, sem a adequada interação entre os diversos profissionais. Tal condição reporta a Hall e Weaver (2007) ao afirmarem que cada profissional de saúde aprende seu papel por meio de sua formação e, com o tempo, o incorpora a seu mapa cognitivo. Contudo, de acordo com esses autores, os profissionais também desenvolvem uma compreensão, às vezes deturpada, dos papéis dos outros componentes da equipe, o que pode acarretar ansiedades, conflitos e ineficácia no trabalho coletivo. O trabalho eficaz em equipe, portanto, depende de um esforço de cada membro em familiarizar-se com os conceitos abordados por seus colegas, para ser capaz de dominar áreas e competências sobrepostas de forma a compartilhar responsabilidades.

6.2. Trabalho em Equipe

Foi possível perceber a disposição de grande parte dos profissionais para que, em seu serviço, se constitua um grupo multiprofissional coeso que se apóie em uma comunicação efetiva e eficaz. Contudo, ainda se observam nítidas diferenças no modo como cada categoria profissional participa da exposição de informações e, principalmente, da tomada de decisões. Ao que parece existem subgrupos mais coesos, o que, em alguns momentos, favoreceu conversas paralelas e, em outros, facilitou participar das discussões, prestar informações e emitir opiniões. Os médicos foram responsáveis pelo maior número de verbalizações durante as reuniões, além serem responsáveis pela condução da discussão, pela manipulação do prontuário, sendo a única categoria profissional que emite falas de apresentação do paciente. Também foram os principais responsáveis pelas verbalizações classificadas nas categorias *solicitação de informações*, *planejamento de ações* e *transição/mediação*, dado que aponta sua liderança. Spink (2003), ao abordar as dificuldades para o estabelecimento de equipes multiprofissionais em saúde, destacou a posse diferencial do conhecimento científico sobre saúde/doença atribuída à Medicina. A Autora alega, ainda, que várias profissões foram constituídas a partir de um processo de especialização decorrente de avanços tecnológicos ou mesmo da ampliação do conceito de saúde, não apresentando ainda, portanto, um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas bem delimitadas para propiciar uma convivência harmônica. Pinho (2006) argumenta que

apesar da hierarquização de saberes ser negada pelos membros de equipes multiprofissionais, ela pode ser verificada em rotinas e regras naturalizadas nos serviços.

Vale lembrar que tomada de decisão não se constitui como objetivo das reuniões, o que foi explicitado pelo médico-chefe e pelos resultados obtidos. Os encontros multiprofissionais focam a troca de informações e a uniformização dos esforços implementados por cada categoria profissional. Apesar desta limitação para a tomada de decisão coletiva, é importante destacar a relevância deste dispositivo espaço social. É preciso enfatizar que as reuniões configuram-se como espaços essenciais de interação entre as diversas categorias profissionais no que se refere a seu trabalho com o paciente.

Pontua-se, ainda, que as pouquíssimas verbalizações relativas à dor do paciente foram feitas por enfermeiros. Por diversos momentos, principalmente quando a equipe estava abordando o caso de um paciente muito grave, a discussão era interrompida por uma fala descontraída ou até jocosa de algum profissional, o que, aparentemente, cumpria a função de alívio da tensão.

A falta de verbalizações, que trouxessem à discussão aspectos sobre o correto manejo da dor, revela situação comumente mencionada na literatura especializada e que aponta para uma abordagem fisiologicista de quadros de dor aguda. Neste sentido, Oliver e cols. (2008) alertam que mesmo havendo uma equipe multiprofissional, ainda se observa uma supervalorização dos aspectos fisiológicos e da intervenção medicamentosa, tanto entre pacientes quanto entre profissionais. Isto coloca as intervenções dos demais profissionais como um tratamento de “segundo plano” ou que aborda questões periféricas, influenciando apenas complementarmente nos níveis de dor.

Em situações de dor aguda, e ainda mais frente à complexa situação de pacientes grandes queimados, observa-se um consenso na equipe quanto ao fato de que a intervenção visando à amenização da dor do paciente cabe aos médicos. Como a dor é uma constante entre pacientes queimados e está sendo tratada com opioides fortes, este é um provável motivo à escassez de verbalizações abordando o tema dor e para a constatação de que quando elas aparecem são protagonizadas por enfermeiros, profissionais que em suas atividades técnicas (e na coordenação da equipe de enfermagem) são responsáveis pelo cuidado direto dos pacientes e pela administração das medicações prescritas pelos médicos.

Por fim, chama-se a atenção para os momentos de descontração, envolvendo conversas sobre temas externos ao serviço, situações lúdicas (exemplo: piadas) que aparentemente cumpriam com a função de aliviar a tensão e estresse, permitido ao serviço e aos profissionais prosseguir no alcance de suas metas com alguma saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há algum tempo, a literatura especializada indica a necessidade de se voltar atenção especial ao cuidado do cuidador, visto que o trabalho em saúde, principalmente no contexto de equipes que tratam de pacientes de alta complexidade, é permeado por um alto grau de tensão. Sons agudos, intermitentes e variados, queixas constantes, ansiedade, tristeza, dor, morte e longas jornadas de trabalho, fazem parte do cotidiano destes trabalhadores da saúde.

O presente estudo revelou que, em sua rotina laboral, os profissionais são submetidos a intensas demandas psicológicas com impacto significativo sobre seu bem-estar e funcionamento de suas equipes. Em contrapartida, possuem controle sobre suas atividades, recebem apoio social dos colegas e utilizam extensa gama de estratégias de enfrentamento dentro e fora do ambiente de trabalho. Em síntese, traçou-se um panorama das questões relacionadas à intervenção, aos profissionais (a perspectiva do cuidado do cuidador) e à equipe (inter/multiprofissional).

Quanto ao padrão de interação entre os membros da equipe, constatou-se que, na percepção ds participantes, cuidar de pacientes complexos favorece a atuação multiprofissional, pois o grupo almeja um objetivo comum.

Não obstante, a constância e centralidade do quadro de dor em ambos os serviços pesquisados, ainda se observa falta de padronização no tocante aos métodos avaliativos, sobretudo em relação à dor aguda.

A despeito da perceptível utilização de procedimentos razoavelmente estruturados, observou-se preponderância de tratamento neurofisiológico e, quase que exclusivamente, medicamentoso. Sobre este aspecto, é preciso comentar, também, que no serviço voltado para atendimento de pacientes com dor crônica, a equipe era composta exclusivamente por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A falta de profissionais de outras categorias que oferecessem outras modalidades de atendimento surgiu como a principal queixa. Soma-se a estas limitações, a falta de capacitação específica para trabalhar com pacientes que apresentam dor de difícil controle.

Esclarece-se, ainda, que os resultados serão apresentados, em datas oportunas e previamente agendadas, aos serviços focalizados pelo presente estudo. Evidentemente, a devolução das contribuições dadas pelos participantes e a informação sobre os resultados obtidos não pode se resumir a uma exposição sumária. Pretende-se estruturar tal instância

de modo a favorecer o debate e a reflexão dos profissionais, da pesquisadora e, inclusive, do grupo/equipe. A intenção é gerar subsídios para tomada de consciência e mudança institucional.

A adoção da metodologia observacional, apesar de ter sido limitada nesta pesquisa, mostrou-se bastante produtiva para a análise das interações profissionais, pois possibilitou comparar percepção pessoal sobre estresse, enfrentamento e trabalho em equipe com a efetiva atuação em grupo no cotidiano de um serviço. Em outros termos, por um lado, ressaltam-se as dificuldades impostas à análise de dados devido à impossibilidade de filmar ou gravar. Por outro lado, reconhece-se tal participação da pesquisadora, no contexto do serviço observado, para aprofundar sua compreensão sobre a interação da equipe e elucidar dados obtidos pelos outros procedimentos de coleta.

Os demais instrumentos também atenderam às expectativas, embora tivessem suas limitações. Não houve problemas na aplicação da *Job Stress Scale* e do Inventário de *Coping*. Contudo, alguns participantes consideraram o inventário longo e cansativo. O tamanho restrito da amostra, sobretudo na Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, impossibilitou outros testes estatísticos correlacionais.

O roteiro de entrevista abarcou diversas dimensões da vida profissional, podendo ser adaptado para outras pesquisas semelhantes, desde que ponderado seu desenvolvimento em mais de um encontro. Do contrário, deveria ser reduzido e focar tópicos.

Sugere-se que futuros estudos visem o aprofundamento das questões aqui levantadas. Recomenda-se que prossigam enfatizando o manejo clínico da dor e o impacto destes contextos de trabalho sobre profissionais, serviços e pacientes. Em suma, é essencial que os resultados destes estudos norteiem a elaboração de programas de intervenção, o treinamento profissional e o acompanhamento contínuo das equipes, visando tanto a saúde dos usuários, quanto de seus cuidadores profissionais.

REFERÊNCIAS

- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da Job Stress Scale: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164-171.
- Bardin, L. (1977). *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baszanger, I. (1989). Pain: its experience and treatment. *Social Science of Medicine*, 29(3), 181-215.
- Bendelow, G. A., & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualism: toward a sociology of pain. *Sociology of Health and Illness*, 17(2), 139-165.
- Boston, P. H., & Mount, B. M. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 13-26.
- Campos, E. P. (2006). Equipe de saúde: cuidadores sob tensão. *Epistemo-somática*, 3(2), 195-222.
- Campos, G. S. W. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Carlucci, V. D. S., Rossi, L. A., Ficher, A. M. F. T., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 21-28.
- Carvalho, V. (2006). A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. Em C. A. M. Pimenta, D. D. C. F. Mota & D. A. L. M. Cruz. (Orgs.), *Dor e cuidados paliativos* (pp. 103-123). São Paulo: Manole.
- Carvalho, F. L., Rossi, L. A., & Ciofi-Silva, C. L. (2008). A queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), 199-206.

- Castro, M. M. C., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, A. (2006). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), 470-477. Retirado em 28/03/2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rba/v56n5/05.pdf>
- Chiang, L., Cheb, H., & Huang, L. (2006). Student nurses' knowledge, attitudes, and self-efficacy of children's pain management: evaluation of an education program in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 82-89.
- Costa Neto, C. B. (1994). *Fatores do processo de tomada de decisão da equipe de saúde numa instituição de tratamento a irradiados por fonte ionizante: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Damasceno, A. K. C., Almeida, P. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Dor em crianças vítimas de queimaduras – estudo epidemiológico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 6(2), 0-0. Retirado em 16/06/2008, de <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/Article/j.1676-4285.2007.692/195>
- Durães, S. J. A., & Abreu, M. H. N. G (2007). Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, 121, 0-0. Retirado em 26/10/2009, de http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1693
- Fernandes, J. C. L. (1993). A quem interessa a relação médico paciente? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1), 21-27.
- Figueiredo, M. T. A. (1996). A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por uma equipe multidisciplinar (HOSPICE). *Âmbito Hospitalar*, 8(1), 63-67.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

- Furstenberg, C. T., Ahles, T. A., Whedon, M. B., Pierce, K. L., Dolan, M., Roberts, L., & Silberfarb, P. M. (1998). Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15(6), 335-349.
- Gambatto, R., Carli, F. C., & Guarienti, R. F. (2006). Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama. *Psicologia América Latina*, 6(1), 0-0. Retirado em 03/11/2008, de http://peppsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_astttx&pid=s1870-350x2006000200005&ing=pt&nrm=iso.ISSN1870-350X.
- Garcia, D. M., Pimenta, C. A. M., & Cruz, D. A. L. M. (2007). Validação do inventário de atitudes frente à dor crônica – Profissionais. *Revista de Enfermagem da USP*, 41(4), 636-644.
- Gueguen, N. (2000). *Manual de estatística para psicólogos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para os sucessos e insucessos da psiconcologia. Em M. G. G. Gimenes (Org.), *A mulher e o câncer* (pp. 111-148). Campinas: Psy.
- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes (Org.), *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Psy.
- Glajchen, M. G. (2001). Chronic pain: treatment, barriers and strategies for clinical practice. *Journal of American Board of Family Medicine*, 14(3), 211-218.
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 13-30). São Paulo: Summus.
- Gwyther, L. (2008). Just palliative care? Integrated models of care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(5), 517-519.

- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education, 35*(1), 867-875.
- Heapy, A., Otis, J., Marcus, K. S., Frantsve, L. M., Janke, A., Shulman, M., Bellmore, W., & Kerns, R. D. (2005). Intersession coping skill practice mediates the relationship between readiness for self-management treatment and goal accomplishment. *Pain, 118*, 360-368.
- Hunter, J., Watt-Watson, J., MacGillion, M., Raman-Wilms, L., Cockburn, L., Lax, L., Stinson, J., Cameron, A., Dao, T., Pennefather, P., Schreiber, M., Librach, L., Kavanagh, T., Gordon, A., Gullen, N., Mock, D., & Salter, M. (2008). An interfaculty pain curriculum: Lessons learned from six years experience. *Pain, 140*, 74-86.
- Juver, J. P. S., & Verçosa, N. (2008). Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia, 58*(3), 287-298.
- Krakauer, E. L. (2008). Just palliative care: responding responsibly to the suffering of the poor. *Journal of Pain and Symptom Management, 36*(5), 505-512.
- Kulkamp, I. C., Barbosa, C. G., & Bianchini, K. C. (2008). Percepção de profissionais de saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Ciências e Saúde Coletiva, 13*, 721-731.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-22.
- Lazarus R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lima, M. A. G., & Trad, L. (2007). Dor crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências e Saúde, 15*(1), 117-133.
- Lipp, M. E. N. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lorencetti, A., & Simonetti, J. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 994-950.
- Machado, A. G., & Merlo, A. R. C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. *Revista de Psicologia Social*, 20(3), 444-452.
- Maciel, M. G. S. (2004). Dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Prática Hospitalar*, 6(35), 0-0. Retirado em 15/04/2008, de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74.
- Marquis, S. (1993). Death of nursed: burnout of the provider. *Omega*, 27(1), 17-33.
- Medeiros, L. G., Kristensen, C. H., & Almeida, R. M. M. (2009). Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão de literatura. *Aletheia*, 29(1), 117-189.
- Morley, S., Eccleston, C., & Willians, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: Um estudo multidisciplinar* (pp. 174-195). São Paulo: Summus.
- Murta, S. G., & Troccóli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 39-47.
- Murta, S. G., Laros, J. A., & Tróccoli, B. T. (2005). Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 167-176.
- Myashiro, G. (1991). Resenha do livro *The illness narratives: suffering, healing and the human condition* por Arthur Kleinman. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(3), 430-435.

- Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Ford, R., & Aasland, O. (2005). Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BioMedCentral Health Services Reserarch*, 5(44), 0-0. Retirado em 02/12/2010, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/44>
- Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E., Demiris, G., Washington, K., Parock, D., & Day, M. (2008). Barriers to pain management: caregiver perceptions and pain talk by hospice interdisciplinary teams. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(4), 374-382.
- Otis-Green, S. (2007). The trials, tribulations and triumphs of teamwork. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(6), 672-673.
- Paquet, C., Kegoat, M. J., & Dubé, L. (2005). The role of every day emotion regulation on pain in hospitalized elderly: insights from a prospective within-day assesement. *Pain*, 115, 355-363.
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral em médicos y enfermeros. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 233-244.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 45-52.
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. *Bioética*, 10(2), 51-72.
- Pimenta, C. A. M., & Ferreira, K. A. S. L. (2006). Dor no doente com câncer. Em C. A. M. Pimenta, D. Mota & D. Cruz, (Orgs.), *Dor e cuidados paliativos* (pp. 124-166). São Paulo: Manole.
- Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (1997). A dor no doente com câncer: características e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia* 43(1), 0-0. Retirado em 30/10/2008, de http://www.inca.gov.br/rcb/n_43/v01/artigo2_completo.html

- Pinho, M. C. G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8(1), 68-87.
- Qaseem, B. Shea, J., Connor, S. R., & Cassarett, D. (2007). How well are we supporting hospice staff? Initial results of the survey of team attitudes and relationships (STAR) validation study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), 350-358.
- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2007). Tomada de decisão em equipe de reabilitação: questões específicas relativas à assistência e à pesquisa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(1), 3-13.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2007). Trabalho em equipe: um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41(2), 221-230.
- Reis, J. C. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 17(3), 415-433.
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano* (D. Bolanho, Trad.). São Paulo: Summus (Trabalho original publicado em 1980).
- Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. C. P., & Carvalho, E. C. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 18-26.
- Sá, K. N., Baptista, A. F., Matos, M. A., & Lessa, I. (2008). Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*, 139, 498-506.
- Salmon, J. R., Kwak, J., & Acquaviva, K. D. (2005). Transformative aspects of caregiving at life's end. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(2), 121-129.

- Salmond, S., & Ropis, P. (2005). Job stress and general well-being: a comparative study of medical-surgical and home care nurses. *Medical Surgical Nursing, 14*, 301-309.
- Salvetti, M. G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira Júnior, J. O., & Rocha, R. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(3), 111-117.
- Sanches, L. M., & Boemer, M. R. (2002). O convívio com a dor: um enfoque existencial. *Revista Escola de Enfermagem, 36*(4), 368-393.
- Santos, M. A. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. *Revista da SPAGESP, 4*(4), 43-51.
- Santos, D., Rezende, M. M., Bianco, R. P. S., & Leite, G. L. (2007). As representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados hospitalizados. *Saúde Coletiva, 16*(4), 104-108.
- Sanzovo, C. E., & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping numa amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia 24*(2), 227-238.
- Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman & Lazarus para o português. *Revista de Psicologia da USP, 17*(7), 183-201.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225-234.
- Serafini, A. J. (2008). *Satisfação de vida, rede de relações, coping e neuroticismo em adolescentes portadores e não portadores do vírus da imunodeficiência humana – HIV*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva, C. O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão, 18*(2), 26-33.

- Silva, L. M. H., & Zago, M. M. F. (2001). O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 44-49.
- Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 91-104.
- Sorajjakool, S., Thompson, K. M., Aveling, L., & Earl, A. (2006). Chronic pain, meaning, and spirituality: a qualitative study of the healing process in relation to the role of meaning and spirituality. *Pastoral Care Counsel*, 60(4), 369-378.
- Sousa, W. C., & Silva, A. M. M. (2002) A influencia da personalidade e de organização do trabalho no bournout em profissionais de saúde. *Estudos de Psicologia*, 19(1), 37-48.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Stacciarini, J. M. R. (1999). *Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping na satisfação, mal-estar físico e psicológico dos enfermeiros*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, M. J., Figueiró, J. A. B., Yeng, L. T., & Pimenta, C. A. M. (1999). Tratamento multidisciplinar em doente com dor. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 87-139). São Paulo: Summus.
- Torrisesi, P., & Vendrusculo, D. M. S. (1998). A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), 49-55.
- Yeng, L. T., Stump, P., Kaziyama, H. H. S., Teixeira, M. J., Imanura, M., & Greve, J. M. A. (2001). Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Revista Médica*, 80(2), 245-255.

York, G. S., Jones, J. L., & Churchman (2009). Understanding the association between employee satisfaction and family perceptions of the quality of care in hospice service delivery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 708-716.

Zakabi, R. (2004). Stress: ninguém está a salvo desse mal moderno, mas é possível aprender a viver com ele. *Revista Veja*, 37(6), 66-75.

Zanolin, M. E., Visentin, M., Trentin, L., Saiani, L., Brugnoli, A., & Grassi, M. (2007). A questionnaire to evaluate the knowledge and attitudes of health care providers on pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 727-736.

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 002/2009

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 401/09 – A equipe de saúde frente a dor do paciente: aspectos relacionados, impacto dos estressores e estratégias de enfrentamento

Instituição Pesquisada: HBDF/SES-DF

Area Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 04/02/2009

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 04 de fevereiro de 2009.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão entrevista)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: A Equipe de Saúde Frente à Dor do Paciente: Aspectos Relacionais, Impacto dos Estressores e Estratégias de Enfrentamento. O nosso objetivo é conhecer os profissionais/equipes que lidam constantemente com pacientes com dor, entender sua rotina e dificuldades, bem como descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Concordando em colaborar com o estudo o(a) senhor(a) participará de uma entrevista com a pesquisadora, responderá um questionário sociodemográfico, uma escala de estresse e uma escala de enfrentamento. Todos esses procedimentos, se possível, acontecerão em um mesmo encontro e serão gravados em áudio. Não existe obrigatoriamente um tempo pré-determinado para responder o questionário ou para a realização da entrevista, sendo respeitado o tempo de cada um para responder.

Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados em uma Dissertação de Mestrado. Também poderão ser apresentados em uma comunicação oral em sua instituição, caso exista interesse. Esclarecemos, também, que esses resultados poderão ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Sra. Maíra Negromonte, telefone: 8177-2014, no horário comercial.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Quaisquer dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser sanadas através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão observação)

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: A equipe de saúde frente a dor do paciente: Aspectos relacionais, impacto dos estressores e estratégias de enfrentamento, cujo objetivo é conhecer os profissionais/equipes que lidam com pacientes com dor, entender sua rotina e dificuldades e descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos.

O(a) senhor(a) receberá os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Seu nome será mantido em sigilo, não havendo divulgação de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Se o(a) senhor(a) concordar em colaborar com o estudo, a pesquisadora participará de algumas reuniões dessa equipe para realização de observações diretas. Também serão feitas gravações em áudio para complementação dos dados.

Informamos, ainda, que o senhor(a) pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados em uma Dissertação de Mestrado. Também poderão ser apresentados em uma comunicação oral em sua instituição, caso exista interesse. Esclarecemos, também, que esses resultados poderão ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Sra. Máira Negromonte, telefone: 8177-2014, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Quaisquer dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser sanadas através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo D – Questionário de Dados Sociodemográficos

1- Sexo: F () M ()

2- Idade: _____

3- Estado Civil:

() casado/ união estável () Solteiro () divorciado/separado/desquitado

5- Formação Profissional:

6- Ano da graduação:_____

7- Cursou Especialização ou Pós-Graduação *Stricto Sensu*:

() Não () Sim

Qual?_____

8- Há quanto tempo trabalha nesse serviço?

9- Em quais outros serviços ou especialidades atua ou atuou anteriormente?

Atua _____

Atuou _____

10 Já participou de capacitação específica para trabalhar com pacientes com dor?

() Não () Sim, Qual?_____

Anexo E – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

- 1) Quais as principais atividades que desenvolve neste serviço?
 - a) com os pacientes (Rotinas, protocolos...)
 - b) com os outros profissionais (Reuniões, discussão de casos...)

- 2) O que levou a trabalhar neste serviço com esta clientela específica (escolha ou circunstâncias);
 - a) O que levou a escolha profissional;

- 3) Como é, em geral, o paciente desse serviço (se não falar de dor, indagar sobre esse tema);

- 4) Na sua opinião, quais os fatores que facilitam um atendimento satisfatório neste serviço?
 - a) E em relação ao Manejo da Dor do paciente, o que facilita? Poderia dar exemplos?

- 5) Na sua opinião, quais os fatores que dificultam um atendimento satisfatório neste serviço?
 - a) E em relação ao Manejo da Dor do paciente, o que prejudica? Poderia dar exemplos?

- 6) No que se refere ao Manejo da Dor do Paciente, que outras experiências profissionais teve anteriormente? Comente seus aspectos positivos e negativos.

- 7) De acordo com a sua experiência, de que modo os fatores relacionados ao funcionamento da sua equipe, do serviço ou da instituição influenciam o Manejo da Dor do paciente?
 - a) sua equipe adota um protocolo de Manejo de Dor?

- 8) Quais as suas sugestões de aprimoramento deste serviço?
 - a) e em relação especificamente ao Manejo da Dor do paciente, o que recomendaria? Poderia dar mais exemplos?

- 19) Se existe algum protocolo específico para avaliação e tratamento da dor do paciente
 1. Se existe: o que preconiza?
Em que situações ele é utilizado?
Você avalia esse protocolo com satisfatório?
Poderia ser melhorado? Sugestões.

 2. Se não existe: como é feito?
como você acha que deveria se feito?

- 10) Como você reage/lida com um paciente com dor? (e se for muita dor?) (um paciente com muita dor mobiliza? Em que sentido) (pensa nisso fora do trabalho? Em que circunstâncias)

- 11) estratégias desenvolvidas para lidar com a dor do paciente (durante o trabalho ou fora dele)

- 12) Se acha que a dor do paciente é uma prioridade para equipe (em que grau de importância?)
- 13) Quando um paciente apresenta muita dor, como “funciona/reage” a equipe
- 14) Como se dá efetivamente o trabalho na equipe? A equipe trabalha bem junta? (é uma equipe ou um tratamento compartimentalizado?)

Anexo F – Job Stress Scale (versão resumida, original adaptada)

Nos itens a seguir, assinale a resposta que mais se adequa a sua realidade de trabalho junto a essa equipe de saúde:

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

c) Seu trabalho exige demais de você?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

d) Você tem tempo suficiente pra cumprir todas as tarefas do seu trabalho?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

j) Você pode escolher COMO fazer seu trabalho?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

frequentemente às vezes raramente quase nunca nunca

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

- concordo totalmente concordo mais que discordo
 discordo mais que concordo discordo

m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- concordo totalmente concordo mais que discordo
 discordo mais que concordo discordo

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- concordo totalmente concordo mais que discordo
 discordo mais que concordo discordo

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

- concordo totalmente concordo mais que discordo
 discordo mais que concordo discordo

p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

- concordo totalmente concordo mais que discordo
 discordo mais que concordo discordo

q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- concordo totalmente concordo mais que discordo
 discordo mais que concordo discordo

Anexo G – Inventário de Coping de Folkman e Lazarus (versão adaptada para o Português)

Leia cada item abaixo e circule a categoria que mais apropriadamente descreve o uso que você faz das seguintes estratégias para lidar com situações estressantes do seu trabalho junto a essa equipe.

- 0 não usei essa estratégia
- 1 usei um pouco
- 2 usei bastante
- 3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar _ a melhor coisa que poderia fazer era esperar _ o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir melhor	0	1	2	3
20. Me inspirei a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3

24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação recusando-me a preocupar-me seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti	0	1	2	3

56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e como ela resolveria a situação e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios	0	1	2	3

Anexo H – Protocolo de Observação das Reuniões de Equipe do Setor Grandes Queimados (HRAN)

Data: ___ / ___ / ___ Sessão nº ___ Observador: _____

Horário de início: _____ Término: _____

1) Relato do ambiente físico:

2) Relato do ambiente social:

Categoria profissional	Nº
Médico	
Enfermeiro	
Fisioterapeuta	
Nutricionista	
Psicólogo	
Assistente Social	

Diagrama:

3) Conversas paralelas:

	Med	Enf	Fisio	Nutri	Psi	AS	Conteúdo
Medico							
Enfermeiro							
Fisioterapeuta							
Nutricionista							
Psicólogo							
Assistente Social							

4) Registro das verbalizações