

ALINE MORAES DA SILVA

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE CAMPO
GRANDE/MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE - MS
2014**

ALINE MORAES DA SILVA

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE CAMPO
GRANDE/ MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia - Área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE - MS
2014**

Ficha catalográfica

Silva, Aline Moraes da

S586e Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de
enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campo Grande/MS/
Aline Moraes da Silva; orientação Liliana A. M. Guimarães. 2014.
160 f.+ anexos


Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2014.

1. Enfermagem 2. Stress ocupacional 3. Qualidade de vida no
trabalho I. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães II. Título

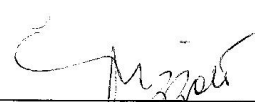
CDD – 610.73019

A dissertação apresentada por **ALINE MORAES DA SILVA**, intitulada “**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....APROVADA.....

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães - UCDB (orientadora)



Profª Drª Marília Martins Vizzotto – UMESP



Prof. Dr. André Barciela Veras - UCDB



Prof. Dr. Márcio Luís Costa - UCDB

Campo Grande-MS, 16 de maio de 2014.

Dedico este trabalho,

Aos profissionais que acreditam

Que o trabalho pode ser fonte de

Saúde, bem estar e satisfação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, da saúde, por me agradecer com esta oportunidade e ouvir minhas singelas orações;

Aos meus pais, pelos bons ensinamentos ao longo da vida e por estarem presentes dando-me carinho, atenção e, principalmente, emprestando os ouvidos, os ombros e a mão de obra na vivência do mestrado e confecção desta dissertação;

Ao meu namorado, por conseguirmos superar os momentos de tensão, em virtude da falta de tempo, por tolerar meus "hoje não posso, tenho que estudar", cansaço, ao longo deste processo e, também, pelo auxílio na elaboração de planilhas e lançamento dos dados da pesquisa;

Aos meus amigos, que toleraram a minha ausência e me apoiaram nas adversidades da vida;

Aos companheiros de trabalho, superiores ou subordinados, pela força, palavras de motivação e entendimento do turbilhão emocional decorrentes deste momento;

Aos servidores do hospital universitário, que participaram maciçamente da pesquisa;

A professora Liliانا, pelo direcionamento desta pesquisa, bem como pela paciência, tempo disponibilizado e dedicação em ensinar;

Aos colegas de mestrado, Andréia, Iris e Rodrigo por compartilharmos de conhecimentos, desabafos, medos e angústias;

A minha prima Quelciane, por me auxiliar no abstract;

A secretária do mestrado Luciana, que sempre atendeu prontamente nossas necessidades;

A Juliana "nossa veterana do mestrado", que sempre nos auxiliou e apoiou nas dificuldades;

Enfim, a todos que contribuíram de forma direta ou indiretamente na elaboração desta pesquisa de mestrado:

Muito obrigada, sem vocês, sem dúvida nenhuma, eu não teria alcançado o meu objetivo. Vocês foram ferramentas importantes e indispensáveis para esta conquista!

HINO DA ENFERMAGEM

*Amor e Luz
A mão que toca e faz
A dor fica menor
O seu olhar afaga*

*Amor e Luz
No silêncio das noites
O guardião da vida
Basta você chamar*

*Vive a vida
Pra tantas vidas
Muitas vezes sem saída
Nem o tempo cura às vezes essas feridas,
Mas um sedativo é sempre o ombro amigo
O Enfermeiro,
A Enfermeira
Transcendem suas lutas pelos leitos
O Enfermeiro,
A Enfermeira
Já é eleito em nossos corações amor e luz*

Compositores: W. Luz e N. Farias

RESUMO

SILVA, A. M. **Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário da cidade de Campo Grande/MS**. 2014. 160f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014.

Introdução- Reduzir o estresse relacionado ao trabalho e os riscos psicossociais não é apenas uma questão imperativa, mas também moral. O estresse relacionado ao trabalho pode ser tratado pelo mesmo caminho lógico e sistemático que outras ocorrências ligadas à saúde e à segurança. Com a abordagem correta, os trabalhadores poderão manter o estresse sob controle, preservando sua qualidade de vida. **Objetivo-** Verificar a presença do estresse ocupacional e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, em profissionais de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Grande/ MS. **Método-** Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal em 227 profissionais de enfermagem, à luz da abordagem psicossociológica. Foram utilizados para a obtenção dos dados, três questionários autoaplicáveis: (i) o Questionário sociodemográfico e ocupacional, criado especificamente para esse estudo e composto por 17 questões; (ii) o *Job Strain Scale* (JSS) que avaliou a demanda, o controle e o apoio social no ambiente de trabalho e (iii) o *Item Short Form Health Survey* (SF- 36), que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde. **Resultados-** Quanto ao estresse no trabalho, 60,8% dos participantes vivenciam uma alta demanda no trabalho, 71,8% um alto controle sobre a atividade desempenhada, 85,5% baixo apoio social e 44,5% vivenciam um trabalho ativo. Dos 08 domínios do SF-36, os mais prejudicados foram: dor ($\mu=61,87$) e vitalidade ($\mu=62,25$) e aqueles com melhor pontuação foram à saúde mental ($\mu=84,02$) e a capacidade funcional ($\mu=77,62$). O componente físico e mental do SF-36 encontram-se igualmente prejudicados. O JSS, que afere a tensão no ambiente de trabalho, não apresentou correlação estatisticamente significativa com a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, avaliada pelo SF-36. **Conclusão-** Embora a maioria dos participantes da amostra vivencie uma situação de risco intermediário para o estresse, a sua qualidade de vida relacionada à saúde mostrou-se comprometida, apontando para o risco de adoecimento, bem como para o desgaste físico e mental.

Palavras-Chave- Estresse ocupacional. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Enfermagem. SF- 36. JSS.

ABSTRACT

SILVA, A. M. Occupational stress and quality of life in nursing staff of an university hospital in the city of Campo Grande/MS. **Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário da cidade de Campo Grande/MS.** 2014. 160f. Dissertation (Master) – Catholic University Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2014.

Introduction - Reducing the stress related to work and the psychosocial risks is not only an imperative question, but also a moral issue. The stress related to work may be treated by the systematic and logical way that others occurrence connected to health and safety. With the correct approach, the workers will keep themselves saved from stress, preserving their quality of life. **Aims**- To verify the presence of the occupational stress and quality of life related to health, in professional nursing university hospital in the city of Campo Grande/MS. **Method** - A cross sectional epidemiological study was conducted in 227 nursing professionals, using the psychosociological approach. To assess the information, three self-administered questionnaires were used: (i) a socio-demographic and occupational questionnaire was specially created to this study with 17 questions; (ii) *The Job Strain Scale* (JSS) which evaluated the demand, the control and the social support in the workplace and (iii) the *Item Short Form Health Survey* (SF-36) which evaluated the quality of life related to health. **Results** - Regarding to the stress at work, 60,8% of the participants perceive the high demand of work, 71,8% of high control on the developed tasks, 85,5% social support and, 44,5% live an active work. Related to 08 SF-36 domains the most damaged are: pain ($\mu=61,87$) and vitality ($\mu=62,25$). The domains with the best scores are mental health ($\mu=84,02$) and functional capacity ($\mu=77,62$). The two components of SF-36, physical and mental, both are harmed. **Conclusion**- Although the majority of the sample experiences an intermediary risk situation for stress and quality of life related to health was compromised, pointing to the risk of disease as well as to physical and mental exhaustion.

Key words: Occupational stress. Quality of life related to health. Nursing. SF-36. JSS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco para a enfermagem	35
Quadro 2 - Fatores psicossociais de risco no trabalho dos profissionais de saúde	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Representação esquemática do modelo OSI	48
Figura 2	- Representação esquemática do modelo SWS.....	49
Figura 3	- Representação esquemática do modelo ERI	50
Figura 4	- Representação esquemática do modelo ecológico do estresse.....	50
Figura 5	- Representação esquemática do modelo de NIOSH.....	51
Figura 6	- Modelo esquemático esforço- <i>distress</i>	52
Figura 7	- Modelo Demanda e Controle (D/C)	55
Figura 8	- Domínios do SF-36 divididos em dois componentes.....	75
Figura 9	- Caracterização da amostra quanto à demanda percebida no trabalho	91
Figura 10	- Caracterização da amostra quando ao controle exercido sobre o trabalho	92
Figura 11	- Caracterização dos participantes quanto à percepção do apoio social dos colegas de trabalho e supervisores	93
Figura 12	- Quadrantes para identificar os tipos de trabalho possíveis, para Karasek (1998)	95
Figura 13	- Resultado das médias do SF-36, subdivididos em componente físico e mental.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1a - Caracterização da faixa etária, sexo e estado civil da amostra.....	80
Tabela 1b - Caracterização da amostra quanto ao número de filhos e escolaridade	82
Tabela 1c - Caracterização da amostra quanto à renda mensal, ser ou não o principal provedor financeiro do lar, tabagismo e consumo de bebida alcoólica	83
Tabela 1d - Caracterização dos participantes quanto à categoria profissional e setor de atuação.....	85
Tabela 1e - Caracterização dos participantes quanto ao tempo de trabalho na instituição e horário de trabalho.....	86
Tabela 1f - Número de plantões extras que a amostra realiza por mês e período em que o realiza	87
Tabela 1g - Caracterização ocupacional da amostra quanto a possuir outro emprego e função desempenhada no segundo emprego	88
Tabela 2 - Frequência e porcentagem de profissionais com duplo vínculo empregatício, que realizam plantão extra.....	89
Tabela 3 - Resultado dos valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão da demanda no trabalho, controle e apoio social percebido	90
Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto à profissão exercida <i>versus</i> demanda, controle e apoio social.....	96
Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de trabalho na instituição <i>versus</i> demanda, controle e apoio social	99
Tabela 6 - Caracterização da amostra quando à faixa etária <i>versus</i> demanda, controle e apoio social.....	100
Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto ao sexo <i>versus</i> demanda, controle e apoio social.....	101
Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto ao período em que realiza plantões <i>versus</i> demanda, controle e apoio social	102
Tabela 9 - Caracterização da amostra quanto à função exercida no outro emprego <i>versus</i> demanda, controle e apoio social	103
Tabela 10 - Regressão Linear Múltipla dos fatores com associações significativas para os componentes do JSS	105

Tabela 11 - Resultado dos 08 domínios do SF-36.....	106
Tabela 12 - Saúde atual da amostra comparada a um ano da aplicação atual	110
Tabela 13 - Caracterização dos valores médios dos 08 domínios do SF-36, de acordo com a faixa etária dos participantes	111
Tabela 14 - Caracterização dos 08 domínios do SF-36, de acordo com o sexo dos participantes	112
Tabela 15 - Caracterização da amostra quanto à função exercida e os 08 domínios do SF-36	113
Tabela 16 - Caracterização da amostra quanto a possuir outro vínculo empregatício e os 08 domínios do SF-36	114
Tabela 17 - Caracterização da amostra quanto à função exercida no outro emprego e os 08 domínios do SF-36	115
Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto a ter filhos e os 08 domínios do SF-36.....	116
Tabela 19 - Regressão Linear Múltipla dos fatores com associações significativas para os domínios do questionário SF-36.....	118
Tabela 20 - Correlação de Pearson entre os 08 domínios do SF-36.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
AS	Aspectos Sociais
CF	Capacidade Funcional
CME	Central de Material e Esterilização
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DC	<i>Demand-Control</i>
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
DP	Desvio Padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar
E. G.	<i>Exempli Gratia</i>
EGS	Estado Geral de Saúde
EPI	Equipamento de proteção individual
ERI	<i>Effort Reward Imbalance Model</i>
FWBP	<i>Item Functioning and Well Being Profile</i>
HIE	<i>Health Insurance Experiment</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HSE	<i>Health and Safety Executive</i>
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	<i>International Labour Organization</i>
IQOLA	<i>International Quality of Life Assessment</i>
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
LOS	Lei Orgânica de Saúde

MEC	Ministério da Educação e Cultura
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSHA	Agência Europeia para Segurança no Trabalho
OSI	<i>Occupational Stress Indicator</i>
PAM	Pronto Atendimento Médico
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
QV	Qualidade de vida
QSDO	Questionário Sócio demográfico e Ocupacional
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SESI	Serviço Social da Indústria
SF-36	<i>Item Short Form Health Survey</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
SWS	<i>Self, Work and Social</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UCO	Unidade Coronariana
UEMT	Universidade Estadual do Mato Grosso
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VT	Vitalidade
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
2.1 BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS	23
2.2 HISTÓRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	25
2.3 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	26
2.4 CONCEITOS E HISTÓRICO DO TRABALHO.....	29
2.5 O TRABALHO DA ENFERMAGEM E RISCOS PROFISSIONAIS <i>VERSUS</i> REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA E GÊNESE DO ESTRESSE	33
2.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTRESSE E O TRABALHO.....	41
2.6.1 Conceitos e abordagens do estresse	46
2.6.2 Modelo Demanda e Controle (D/C)	53
2.7 QUALIDADE DE VIDA	56
2.7.1 Qualidade de vida relacionada à saúde.....	59
3 OBJETIVOS	63
3.1 OBJETIVO GERAL.....	64
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	64
4 HIPÓTESES.....	65
5 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	67
5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	68
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	68
5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	69
5.4 LÓCUS DE PESQUISA.....	69
5.5 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	69
5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	69
5.6.1 Questionário Sócio demográfico e Ocupacional (QSDO).....	70
5.6.2 Job Content Questionnaire/Job Stress Scale	70
5.6.3 Item Short Form Health Survey (SF-36).....	71
5.7 PROCEDIMENTOS.....	75

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	78
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS PESSOAIS E OCUPACIONAIS DA AMOSTRA	80
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO ESTRESSE NO TRABALHO E AO APOIO SOCIAL	89
6.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	106
7 CONCLUSÕES	124
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
9 REFERÊNCIAS	132
APÊNDICES	149
ANEXOS	154

A sociedade contemporânea tem sido marcada por transformações sociais, culturais, políticas, econômicas, avanços tecnológicos em um ritmo intenso e um exagerado consumo, como consequência do capitalismo e da globalização. Assim, a informatização, intensificada pela globalização, tornou possível a comunicação em tempo real com todas as partes do mundo, não havendo mais barreiras geográficas para a comunicação. No universo capitalista, permeado e controlado pelo processo da globalização, o fator tempo, se tornou primordial, retirando muitas vezes dos trabalhadores seu direito ao lazer já que por meio de celulares e outras tecnologias, a atividade laboral pode ser desenvolvida ininterruptamente. Em adição, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2005) tem divulgado estudos que tornam evidente que a política neoliberal tem aumentado a taxa de desemprego, estagnado salários e concentrado renda e riquezas.

Ainda com relação à globalização, de acordo com a *Organización Mundial de la Salud* (2008), esta tem o objetivo de aumentar a atividade econômica mundial, em virtude da liberação do comércio e quebrar as barreiras nacionais de transferência de capital, bens e serviços. Em teoria, a globalização deveria promover mais empregos, reduzir a distância entre ricos e pobres e diminuir a exclusão dos países subdesenvolvidos. No entanto, na prática os resultados têm sido diferentes. Para os trabalhadores, as consequências desta mudança tecnológica e científica têm gerado a necessidade de conhecimento de novas formas de tecnologia, adaptação a novas formas de trabalho, maior pressão por produtividade, pressão pela qualidade do trabalho, aumento da pressão do tempo, insegurança no emprego, menos concessão de benefícios e menor tempo de socialização entre os colegas de trabalho.

A incorporação de novas tecnologias, associada à globalização, tem promovido novos processos de trabalho e alterações organizacionais que têm gerado uma preocupação mundial com o surgimento de novas formas de riscos ocupacionais, entre eles, novas doenças infecciosas. Merecem destaque, a gripe H1N1, a síndrome da angústia respiratória, doenças infecciosas resistentes aos medicamentos, como a malária e a tuberculose e a epidemia do HIV (vírus da imunodeficiência adquirida) que se mantém presente. Estes riscos ameaçam principalmente aos 35 milhões de trabalhadores da saúde do mundo, que enfrentam uma situação de subnotificação de doenças, equipamentos de proteção individual (EPI) inapropriados ou indisponíveis para realizar sua atividade laboral (OIT, 2010).

No Brasil, a partir de 1990, em decorrência de conjunturas políticas e econômicas, nacionais e internacionais, houve uma reestruturação no processo produtivo, caracterizada pela adoção de novas tecnologias, novos métodos gerenciais e precarização das relações de trabalho. A precarização do trabalho pode ser evidenciada por meio da desregulamentação e

da perda dos direitos trabalhistas, da legalização do trabalho temporário e da informalização do trabalho. Surgem também, as terceirizações, que no contexto da precarização, evidenciam situações de aumento do volume e da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, rebaixamento salarial e instabilidade empregatícia. Amalgamado a este cenário, as novas tecnologias e formas gerenciais promovem a intensificação do trabalho, modificam a forma de adoecimento e sofrimento do trabalhador, com o aumento da prevalência de doenças por esforços repetitivos, doenças osteomusculares e surgimento do estresse, fadiga física e mental (BRASIL, 2001).

A OMS (2002) acredita que, a saúde física, mental e social são complementares, interdependentes e imprescindíveis à vida dos indivíduos. Assim sendo, a saúde mental é indispensável para o bem estar dos indivíduos, da sociedade e dos países. Além disso, a OMS refere que transtornos mentais e comportamentais acontecem, devido à interação de fatores genéticos e ambientais, explicando por que cada indivíduo responde de forma singular às situações/ dilemas no trabalho. A OMS estima que os transtornos mentais leves acometam 30 % dos trabalhadores e os transtornos mentais mais severos, cerca de 10 a 15 %. No Brasil, dados previdenciários de 2011 (BRASIL, 2011) revelam que entre os transtornos mentais, a depressão foi a principal causa de afastamentos, seguida dos transtornos de ansiedade e das reações ao estresse, uso de álcool e drogas.

A *Organización Internacional del Trabajo* (2009) relata que transtornos crônicos de ansiedade e depressão repercutem negativamente no estado de ânimo dos indivíduos, gerando irritabilidade e esgotamento emocional. Quanto à função cognitiva, a ansiedade e a depressão reduzem a memória, a concentração e a atenção; nas relações humanas acarretam conflitos e no comportamento, diminuem a capacidade para o trabalho, a produtividade e aumentam o absenteísmo, o consumo de álcool e de drogas. Em relação à saúde física, os prejuízos decorrentes de ansiedade e da depressão são responsáveis pelas manifestações de cansaço, fadiga, problemas gastrointestinais, cardiovasculares e neurológicos.

O estresse relacionado ao trabalho ocorre, de acordo com a *Organización Mundial de la Salud* (2008), quando as exigências do trabalho não correspondem às habilidades, destrezas e conhecimentos do trabalhador, e suas consequências podem ser drásticas: aumento do ritmo cardíaco, hipertensão arterial, hiperventilação, aumento da secreção de cortisol e adrenalina, irritação, agitação, redução da atenção e da memória, agressividade e aumento da possibilidade de ocorrência de erros.

Além dos problemas de saúde já citados merecem destaque, segundo Brasil (2004), os episódios de violência e agressões contra os trabalhadores em seus locais de trabalho, que

podem ser traduzidos em acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Com os trabalhadores da área de saúde, não tem sido diferente.

Cesar e Marziale (2006) realizaram um estudo no setor de urgência e emergência de um hospital em Londrina/Paraná e verificaram que 100 % dos enfermeiros, 87,5% dos médicos, 88,9% dos técnicos de enfermagem e 88,2% dos auxiliares de enfermagem já haviam sido vítimas de violência no local de trabalho. Segundos os autores, a violência observada foi praticada, principalmente por pacientes e acompanhantes.

É preciso repensar o homem moderno, concebido por Rose (2001) como um *a priori* histórico, caracterizado por falar, pensar e trabalhar. É preciso também repensar o indivíduo, não como uma máquina, mas como um ser humano, que possui vida dentro e fora das organizações de trabalho.

Assim sendo, este estudo se propõe a avaliar o Estresse Ocupacional e a Qualidade de Vida relacionada à saúde, de uma amostra de profissionais de enfermagem, de um hospital universitário da cidade de Campo Grande/MS.

O interesse da pesquisadora em estudar a temática, surgiu da sua vivência de 10 anos, enquanto enfermeira de unidade hospitalar. Dia após dia, a palavra “estresse” é citada pelos profissionais da equipe de enfermagem, como um grande incômodo no exercício da profissão. Por isso, a mesma decidiu verificar, se este estresse existe e em que nível e também a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, destes profissionais. Após sua aprovação no programa de mestrado da Universidade Católica Dom Bosco, as aulas iniciadas e a participação no Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho, o universo de saúde mental dos trabalhadores foi se ampliando e novos construtos e conceitos foram sendo introduzidos, o que contribuiu para a escolha do tema, que aqui será estudado.

Os achados obtidos serão respondidos à luz das ciências humanas, por meio do método psicossociológico, em que se utiliza a abordagem multinível, ou seja, aspectos do indivíduo (micro), da instituição (meso) e supondo-se a influência do meio externo (macro) tais como, a questão do mercado de trabalho, políticas, entre outros, que são caracterizados, por meio da percepção do trabalhador sobre o estresse e a qualidade de vida relacionada à saúde.

Os resultados obtidos foram interpretados e comparados a estudos similares, em consonância com as propostas de Popper (1972), para que relações lógicas pudessem ser estabelecidas e as hipóteses construídas, confirmadas ou refutadas. Para que a lógica da pesquisa quantitativa contribuísse para uma noção de realidade e o conhecimento produzido

fosse de relevância, seguiu-se rigorosamente o método da pesquisa, conforme orientação de Descartes (2007).

A realização desta pesquisa se justifica, pois o profissional de enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores nas unidades hospitalares. Além disso, os mesmos prestam assistência ininterruptamente, nas 24 horas. Nesta direção, a presença de estresse e uma baixa qualidade de vida relacionada à saúde, podem comprometer o atendimento disponibilizado à população e erros graves, muitas vezes irreparáveis, podem ser cometidos.

Vieira, Guimarães e Martins (2003) relatam que a enfermagem é uma das ocupações com mais alto risco de tensão e adoecimento. Não obstante, Seligmann-Silva (1994), afirma que a atividade dos profissionais de saúde é altamente tensiógena, devido à jornada de trabalho, número reduzido de profissionais, desgaste psicológico e emocional proveniente das tarefas executadas. Como consequência do adoecimento, pode haver aumento da taxa de absenteísmo e dos gastos públicos com tratamentos, afastamentos, aposentadorias e redução drástica dos recursos humanos nos hospitais, que já enfrentam diariamente esta problemática.

Marziale e Carvalho (1998) pontuam que o hospital é uma instituição que se destina a tratar a saúde da sociedade, se situa no setor terciário da economia e se constitui em um local de trabalho tão complexo quanto uma indústria. Lentz *et al* (2000) acrescentam que a identificação precoce de falhas latentes na organização e no sistema hospitalar, são imprescindíveis para a redução dos acidentes de trabalho, para a busca da excelência do serviço prestado e para a produtividade, e nesta direção se faz de grande relevância a verificação da qualidade de vida dos trabalhadores, pois o avanço tecnológico não é capaz de suprir as necessidades humanas.

Pesquisas envolvendo a saúde do trabalhador de enfermagem devem ser intensificadas, para que medidas de promoção e prevenção possam ser tomadas pelas instituições, para diminuir ou combater possíveis agravos à saúde física e mental destes profissionais, trazendo como repercussão, uma assistência com qualidade e que se reflita no bem estar da clientela por ela atendida.

Esta seção foi construída a partir de uma extensa revisão bibliográfica que foi realizada nos seguintes Bancos de Dados: Medline, LILACS, SCIELO, Portal CAPES e Google. Serão abordados: a história e a evolução dos hospitais, a história do hospital Maria Aparecida Pedrossian, a história da enfermagem, conceitos e histórico do trabalho, o trabalho da enfermagem e riscos profissionais *versus* repercussões na qualidade de vida e gênese do estresse, considerações sobre estresse e o trabalho, conceitos e abordagens do estresse, o modelo demanda e controle, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde.

2.1 BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS

A palavra hospital deriva do latim *hospitalis* e significa ser hospitaleiro, acolhedor e se refere a dar acolhida, agasalho, ou seja, hospedar. No período compreendido entre a Idade Antiga e a Idade Média, a assistência aos doentes era exercida prioritariamente por sacerdotes religiosos em seus templos, que praticavam uma espécie de medicina popular. No entanto, com o aumento do número de doentes foi necessária a criação de locais específicos para atender a clientela. Aliado a isso, na Idade Média há o advento do cristianismo que traz uma nova visão humanística, pregando a caridade aos menos favorecidos economicamente, enfermos, idosos, órfãos, viúvas e a manutenção de apoio/hospedagem a viajantes e peregrinos como, na Idade Antiga (LISBOA, 2002).

É criado então o hospital. Porém, o hospital da Idade Média, não se preocupava com o bem-estar e o conforto do paciente. Sua estrutura física se assemelhava à das prisões. O local era pouco iluminado, pouco ventilado e estava associado à morte, uma vez que a maioria das pessoas não retornava com vida deste ambiente. A partir do século XIII, com a ascensão da burguesia e a prosperidade das cidades europeias, a concepção hospitalar começa a mudar, o clero começa a perder poder sobre as instituições hospitalares e as autoridades municipais começam a gerenciá-las. Com isso, começa a haver o planejamento das edificações. São melhoradas as condições de iluminação e ventilação e os pacientes começam a ser separados por patologia e sexo (MIQUELIN, 1992).

Focault (2008) atribui ao século XVII, o século das luzes, e à revolução industrial, o diferencial na concepção hospitalar, pois neste período histórico houve a incorporação de uma nova visão do homem e da natureza. Assim sendo, o conhecimento foi ampliado e novas medidas sanitárias começaram a ser implementadas e se estenderam para os séculos XIX e XX.

Costi (2002) afirma que a enfermeira Florence Nightingale contribuiu para a melhora do tratamento e a arquitetura hospitalar, quando atribuiu à superlotação à falta de ventilação e à falta de iluminação natural, a piora dos quadros clínicos e aumento de mortalidade. Com isso, foram projetadas novas janelas que permitiam iluminação natural e ventilação das enfermarias, reduzindo a proliferação de microorganismos e permitindo uma integração do paciente com a natureza. Como resultado, o autor supracitado relata que doenças tais como a tuberculose, que dizimava a população e os soldados, começaram a ser controladas. Merece destaque também, segundo o mesmo autor, a descoberta de Pasteur, de que o calor do sol reduzia a umidade dos ambientes, controlando a multiplicação de agentes infecciosos.

Vecina Neto e Malik (2007) relatam que a partir do final do século XX houve uma mudança no perfil epidemiológico dos agravos a saúde. Neste ínterim, algumas doenças infectocontagiosas foram excluídas, outras tiveram reduzida sua incidência, enquanto que houve um aumento das doenças crônico-degenerativas que não são contagiosas e nem transmissíveis, o aparecimento de outras doenças transmissíveis como HIV e bactérias super-resistentes a antibióticos e, algumas doenças reemergindo, como a dengue, a cólera e a tuberculose, entre outras.

No século atual, todas as fases da vida, do nascer ao morrer são objeto de práticas desenvolvidas no hospital, que é o responsável por prevenir, curar, e até promover mudanças estéticas. As tecnologias avançaram, os meios terapêuticos se tornaram mais eficazes e há uma busca contínua por meio de cura e prolongamento da vida. As unidades de terapia intensiva (UTIs) e centros de terapias intensivas (CTIs) representam complexos tecnológicos em que profissionais de saúde lutam de modo incontestado contra as doenças (SANTOS, 2011).

Dado o acima exposto, torna-se evidente a importância das instituições que prestam cuidados à saúde. Vive-se um período em que todos os indicadores demonstram o aumento da longevidade humana e redução da mortalidade infantil. Conjuntamente, evidencia-se progresso médico-hospitalar, o uso de técnicas preventivas e curativas e um acelerado desenvolvimento de terapias medicamentosas e intervencionistas. No entanto, ainda faltam leitos hospitalares principalmente de UTI's e unidades de pronto-atendimento convivem com a dura realidade de superlotação, faltando recursos humanos e materiais. Neste cenário, Martins (2003) acrescenta que a mídia tem publicado notícias de forma sensacionalista e pouco reflexiva, o que produz impacto emocional nos trabalhadores de saúde que cada vez mais estão sendo processados por imprudência, imperícia e negligência, gerando dificuldades na relação entre profissionais e pacientes. Além disso, o excesso de trabalho e a falta de

condições de trabalho têm gerado problemas psicológicos como o estresse, angústia, humor depressivo, rigidez, negativismo, entre outros.

Outro fator que tem gerado sofrimento nos profissionais de saúde é a presença constante da figura do acompanhante nas unidades hospitalares. A política governamental de humanização é, sem dúvida, importante para os pacientes. No entanto, a iniciativa não veio acompanhada de recursos para um bom atendimento a estes acompanhantes, que muitas vezes ficam dias, semanas e até meses dentro dos hospitais, sem lugar adequado para dormir e se alimentar. O convívio diário com esta situação de caos gera conflito nas relações, principalmente com a equipe de enfermagem, que também permanece muitas horas no ambiente hospitalar. Como consequência, muitas vezes pode vir a ocorrer o adoecimento dos profissionais.

2.2 HISTÓRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

Não existem muitas informações/publicações sobre o histórico do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. De acordo com Oliveira *et al* (2010) o Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian foi construído entre os anos de 1970 e 1971, na gestão estadual do governador Pedro Pedrossian, para dar suporte ao curso de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT). Foi inaugurado no dia 13 de março de 1971 e fechado logo em seguida, por falta de recursos humanos, materiais e financeiros.

O hospital foi reaberto, de acordo com a mesma autora, em 3 de abril de 1975, e iniciou suas atividades com 40 leitos. Seu público alvo era a população de Campo Grande, que neste período possuía cerca de 150.000 habitantes.

Com a divisão, em estado de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, a instituição de ensino foi federalizada em Julho de 1979 e o hospital passou a fazer parte da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Com isso, foi incorporando novas tecnologias e transformou-se num complexo hospitalar de alta complexidade (OLIVEIRA *et al*, 2010).

De acordo com o Ministério da Educação e Cultura- MEC (2013) atualmente, este hospital geral, ocupa uma área total de 35.350 m², sendo 28.300 m² de área construída. Possui 256 leitos, sendo 30 de terapias intensivas e atende em média 852 pacientes por mês. Possui ambulatório de especialidades, centro cirúrgico, centro obstétrico, CTI adulto, CTI pediátrico, UTI neonatal, Unidade coronariana (UCO), pronto atendimento médico (PAM), diagnóstico por imagem (hemodinâmica, tomografia computadorizada, ultrassonografia), serviço de radiologia, banco de leite materno, hemonúcleo e hemodiálise. É referência estadual no

atendimento de doenças infectocontagiosas e parasitárias em adultos e crianças, e em alta complexidade na gestação de alto risco, cirurgia bariátrica e cirurgia cardiovascular. Além disso, desenvolve atividades de pesquisa e extensão e oferece campos de estágio para cursos de diversas áreas.

Assim como a maioria dos hospitais universitários (HU), possui escassez de mão de obra, equipamentos obsoletos e a infraestrutura, apesar de algumas reformas, apresenta-se antiga e sucateada. A partir de 2010, a Presidência da República, por meio do decreto nº 7082, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, visando mudar este cenário (BRASIL, 2010).

Esta medida-REHUF- se faz de grande relevância, pois Campo Grande hoje é uma metrópole e o HU recebe pacientes de todas as cidades do estado de Mato Grosso do Sul, além de pacientes de países vizinhos, como Paraguai e Bolívia.

A partir de 2011, o hospital passou a desenvolver este plano de reestruturação dos HU's e como consequência, cinco setores foram reformados (CTI Adulto, DIP, Clínica cirúrgica, setor de imagem e ortopedia). O CTI Pediátrico e a UCO encontram-se em reforma. A comunidade universitária permanece aguardando a reforma dos demais setores e a incorporação de tecnologia nos setores reformados e nos que virão a passar por estes reparos, além da incorporação de mão de obra qualificada, por meio de concurso público.

2.3 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

A enfermagem ao longo do tempo, segundo a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN, 2012) de Pernambuco, acompanhou a história da civilização; no entanto, cientificamente não evoluiu no mesmo ritmo. No período antes de cristo, as doenças eram consideradas castigo de Deus ou possessão diabólica. Assim, o tratamento consistia em aplacar as divindades. O trabalho de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, era exercido por sacerdotes e feiticeiros.

O regime terapêutico do período antes de cristo, de acordo com Paixão (1979) já se utilizava de banhos quentes e frios, massagens, produtos purgativos e provocadores de vômito, com o objetivo de tornar o corpo inóspito aos espíritos.

Posteriormente, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN/MG, 2010) afirma que, os sacerdotes adquiriram conhecimento sobre plantas medicinais e passaram a treinar pessoas para cuidar dos doentes, dando-lhes então, a função de enfermeiros e farmacêuticos.

Nos primeiros séculos da era cristã, esta concepção místico-sacerdotal é mudada pelo grego Hipócrates e passa a se basear essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico e na especulação filosófica para compreender as causas e efeitos das doenças. No entanto, neste momento histórico não há ainda, a caracterização da prática de enfermagem na saúde (OGUISSO, 2007).

O aparecimento da enfermagem, como prática leiga prestada por religiosos surge, de acordo com Geovanini *et al* (2005), no século V no período monástico - medieval, baseada nos fatores sócio- econômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal e das relações destes com o cristianismo. Este período compreendeu os séculos V e XIII. Porém, iniciam-se neste momento histórico tão distante, alguns legados da profissão, como a abnegação, o espírito de serviço e a obediência que, são atributos que conferem a esta ocupação, não uma conotação de prática profissional, e sim de sacerdócio. Esta série de valores, com o passar dos anos, tornou-se aceita e legitimada pela sociedade, como característica inerente da enfermagem.

A partir do século XIII iniciam-se as práticas de saúde pós-monásticas. Este período foi influenciado, segundo Lira e Bomfim (1989), pelo movimento renascentista e a reforma protestante e perdurou até o início do século XVI. Para a enfermagem, este momento histórico foi sombrio e não trouxe nenhuma evolução científica e intelectual. Foucault (2008) relata que neste momento, o hospital representava essencialmente uma instituição de assistência, separação e exclusão destinada aos pobres. O hospital e os religiosos não se dignavam a curar os doentes e sim assisti-los espiritualmente até a morte. Este mesmo autor refere que neste momento, o hospital era conhecido popularmente como morredouro. Assim, as autoras supracitadas afirmam que a situação que já era ruim torna-se insustentável; há a decadência do cristianismo conjuntamente com a reforma religiosa/protestante e os sacerdotes são expulsos destas instituições, sem substituição. A solução encontrada pela Alemanha e a Inglaterra foi recrutar mulheres nas prisões e ruas e alocá-las no lugar dos religiosos, para prestar assistência aos “podres doentes”.

Nesta direção, Geovanini *et al* (2005) afirmam que a grande consequência deste período foi que a enfermagem tornou-se uma profissão praticada por pessoas inescrupulosas, com padrões morais duvidosos, e, sob exploração deliberada; uma ocupação, portanto, sem atrativos para mulheres de casta social elevada.

Em meio a este cenário, Oguisso (2007) relata que em 1854, Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia; e os soldados começaram a ser aniquilados pelas doenças, ferimentos, fome e frio. A taxa de mortalidade atingiu os 40%. Assim, o ministro de Guerra

da Inglaterra, convidou Florence Nightingale, que falava vários idiomas, havia feito estágio com as irmãs de caridade da França e auxiliado na epidemia de cólera, para organizar e dirigir o serviço de saúde destinado a estes soldados.

Em pouco tempo, Padilha e Mancia (2005) esclarecem que Florence Nightingale organizou a lavanderia, cozinha, condições de higiene, proporcionou livros e distrações aos convalescentes e reduziu a mortalidade de 40% para 2%. Após a guerra, Florence Nightingale montou uma escola de enfermagem com curso de duração de um ano, com regime militar e somente poderiam realizar o curso, candidatas que portassem as qualidades morais exigidas, tivessem aptidão profissional e intelectual. As aulas eram ministradas por médicos, que neste momento histórico eram as únicas pessoas capacitadas para ensinar.

A partir de então, estas enfermeiras formadas difundiram a enfermagem para o Canadá, Austrália, Inglaterra, Estados Unidos e a profissão passou a não ser mais uma atividade empírica e sem importância, mas uma ocupação assalariada, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica. (COREN/SP, 2010).

No Brasil, Porto e Amorim (2010) afirmam que a história não diferiu muito do restante do mundo. A assistência à saúde no Brasil, descoberto e colonizado por portugueses, foi realizada primeiramente por religiosos. Entre eles, destaca-se o padre José de Anchieta que foi o primeiro a tratar os doentes e improvisar um hospital, que posteriormente tornou-se a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Este hospital improvisado era mantido por jesuítas, que acumulavam as funções de religiosos, médicos e enfermeiros. Merecem destaque os escravos, que auxiliavam os religiosos no tratamento dos enfermos. A terapêutica dispensada consistia em ervas medicinais, prescritas minuciosamente.

Oguisso e Freitas (2007) destacam Anna Néry, na época do império, que acompanhou seus filhos à guerra do Paraguai e disponibilizou o seu trabalho em prol dos brasileiros feridos, por cinco anos. Graças ao seu trabalho humanitário, foi homenageada com o seu nome dado à primeira escola de enfermagem do Brasil, em 1880. No entanto, as aulas foram iniciadas somente em 1923. Neste mesmo ano, o país teve outra epidemia de varíola e as alunas do curso participaram ativamente no seu combate. Nas epidemias anteriores, a mortalidade atingiu 50%; nesta, auxiliada pelas alunas de enfermagem, a mortalidade foi reduzida para 15%. Merece destaque também a Cruz Vermelha, que preparou profissionais voluntários de enfermagem para atuar na epidemia da varíola.

Assim sendo, Padilha, Borenstein e Alvarez (2005) afirmam que as escolas de enfermagem começaram a se expandir para várias cidades do país. Em 1926, foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, atual ABEN, que teve papel

relevante no desenvolvimento da enfermagem brasileira no quesito legislação e educação. Posteriormente, em 1973, foi criado o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para legislar em prol da enfermagem e dos cursos de capacitação. Atualmente, a enfermagem atua em todas as áreas de saúde, desde a promoção e prevenção de doenças até a recuperação dos doentes; constituindo-se, o enfermeiro, em um profissional indispensável à prática da assistência aos clientes.

Esta profissão ainda carrega muitos dos estigmas de sua história e, ainda luta para ser isenta da visão de subserviência, caridade praticada por pessoas de índole questionável. O grande desafio na atualidade é demonstrar que a enfermagem é uma profissão autônoma, formada por profissionais capacitados, treinados e que têm a sua prática fundamentada em princípios científicos, como os demais profissionais de saúde que atuam conjuntamente na assistência aos pacientes.

2.4 CONCEITOS E HISTÓRICO DO TRABALHO

Na língua portuguesa, a palavra Trabalho tem origem, de acordo com Albornoz, (1986) no latim *Tripalium*, um instrumento composto de três paus afiados e munidos algumas vezes de pontas de ferro, utilizados pelo agricultor no manuseio do cereal, e outras vezes, empregado como instrumento de tortura. A mesma autora relata que a palavra trabalho pode ser encontrada com diferentes significados na língua portuguesa como: realizar uma obra na qual o indivíduo se expresse, que possua reconhecimento social e se perpetue para além de sua vida; em contrapartida existe o significado de esforço repetitivo e rotineiro, sem liberdade, de resultado imediatista e de incômodo inevitável.

Lima (1986) afirma que o valor supremo da nossa cultura é o Trabalho e que todas as outras dimensões da existência estão a ele submetidas. Assim, tudo gira em torno do Trabalho. O descanso é só um prêmio pela dedicação ao Trabalho e um meio de recuperar as energias para que no retorno, se possa produzir ainda mais. Desta forma, na sociedade industrial moderna tudo converge para o Trabalho. Engels (1990) relata que o Trabalho transcende ao fato de transformar riquezas materiais, pois é o fundamento da vida e a fonte de toda riqueza.

Codo, Sampaio e Hitomi (1994, p. 56) comentam que “o homem produz sua própria existência, na medida em que trabalha arquitetando a estrutura social com suas próprias mãos, a mesma estrutura que lhe servirá de habitat”. No entanto, o trabalho tem se tornado sinônimo

de hominização e conseqüentemente de perda da liberdade, perda de si e, portanto, em um instrumento de tortura.

Dejours (2005 p. 43) define Trabalho como “a atividade coordenada, desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita”.

Analisando vários conceitos de Trabalho, Barros e Guimarães (2003) concluem que, o trabalho pode ser tanto promotor de saúde quanto de doença e estas duas perspectivas são marcadas por dois pilares fundamentais: a organização e a divisão do trabalho.

O significado do trabalho não é unânime e se modificou ao longo dos anos, de acordo com as teorias/políticas administrativas, vigentes em cada época. Para uma maior compreensão do trabalho e sua definição ao longo da história será feito, a seguir um resumo das principais teorias administrativas, juntamente com considerações sobre as formas de organização e divisão do trabalho, em cada período descrito.

Areias e Comandule (2004) relatam que na antiguidade os homens trabalhavam para manter sua sobrevivência e suas atividades se restringiam a caça e a pesca. O ponto essencial para o desenvolvimento das relações sociais do homem foi o surgimento da agricultura. Neste momento histórico, o trabalho respeitava às leis da natureza, as condições de cada grupo, tempo, estações do ano e horário do sol. A partir de 1750 com a revolução industrial, os autores supracitados descrevem que a produção industrial foi adquirindo sucessivamente maior importância na economia e desta forma, profundas transformações socioeconômicas ocorreram na Europa e no mundo.

Surgiram então, no início do século XX, de acordo com Barros e Guimarães (2003), teorias de grande influência no campo da organização do trabalho. A primeira delas foi criada em 1911 por Taylor, que publicou nos Estados Unidos o guia “Princípios da Administração Científica”. Neste guia, Taylor defendia a relação de prosperidade entre empresa e trabalhador, pois para ele o ser humano era motivado unicamente pelo dinheiro. Assim, era necessário proporcionar altos salários aos trabalhadores, para que estes se tornassem envolvidos/motivados com o trabalho e aumentassem a produtividade, gerando riquezas ao empregador e empregado. Seu método baseou-se na divisão de trabalho, na fragmentação das funções e grandes produções, mediante linhas de montagem. O estabelecimento das linhas de montagem proporcionou às empresas lucros antes jamais alcançados.

Este método, sem dúvida, contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento industrial neste período. Porém para Cardoso (2003), a extrema rotinização das tarefas, a especialização, a falta de autonomia dos trabalhadores e o excesso de regras, fez com que os trabalhadores

não encontrassem significado na sua tarefa e a atividade profissional exercida tornou-se incapaz de promover satisfação e orgulho.

Esta desumanização do trabalho, ainda que baseada na troca de favores entre empresa e trabalhador para a prosperidade de ambos, com o passar do tempo, foi gerando reações negativas e insatisfação nos trabalhadores, o que culminou, de acordo com Cardoso (2003) em greves, sabotagens e absenteísmo.

Em uma crítica a este sistema, Dejours (1992) relata que neste modelo, a organização de trabalho foi marcada por uma rigidez intangível do modo operatório e tempo de execução das tarefas, em que cada gesto, sequência e movimento eram vigiados e cronometrados. O autor afirma que, neste tipo de organização de trabalho, até indivíduos contemplados com ótima estrutura psíquica, poderiam apresentar uma paralisia mental.

Surgiu então, em 1930, nos Estados Unidos, a Escola das Relações Humanas como um movimento de reação e oposição à Teoria Clássica da Administração e que segundo Chiavenato (2003) desloca a ênfase da estrutura e tarefas para as pessoas. O precursor desta teoria foi Elton Mayo, que realizou vários experimentos em uma fábrica em Chicago e chegou à conclusão de que o rendimento no trabalho dependia do grupo ao qual o indivíduo fazia parte, motivado por necessidades de natureza social e psicológica e secundariamente por motivação econômica.

Em 1950, a partir das pesquisas de Eric Trist e seus colaboradores que desenvolveram vários estudos na Tavistock Institute de Londres surgiu, segundo Biazzi (1994) a abordagem sociotécnica da organização de trabalho, que acreditava que o funcionamento da organização, dependia do sistema tecnológico e social. Além disso, defendiam que o comportamento do trabalhador dependia da organização do trabalho e do conteúdo das atividades.

Fernandes (1996) acrescenta que, neste sistema acreditava-se que os objetivos da organização só poderiam ser atingidos se a organização técnica e social acontecesse em concomitância. Com isso, a supremacia da organização técnica pregada pela Administração clássica de Taylor, foi superada.

Ainda na década de 1950, surgiu a escola comportamental formada por psicólogos com foco de estudo na motivação humana, para explicar o comportamento do ser humano no trabalho. Seus principais expoentes foram Maslow e Herzberg (VASCONCELOS, 2001).

Abraham Maslow postulou que a motivação do trabalhador dependia da satisfação de suas necessidades humanas básicas, assim criou a teoria da hierarquia das necessidades. Hesketh e Costa (1980) descrevem que as necessidades humanas para Maslow estavam

distribuídas em ordem decrescente em: fisiológicas, segurança, afiliação, autoestima e auto realização. Desta forma, as necessidades fisiológicas eram as mais essenciais e a última, a mais fraca nesta hierarquia. No entanto, tão logo o trabalhador tivesse uma necessidade satisfeita, ele de imediato procuraria satisfazer outras, de nível imediatamente superior na escala das hierarquias.

Já Herzberg, desenvolveu a teoria dos dois fatores ou teoria da motivação e higiene. Baah e Amoako (2011) explicam que nesta teoria, a motivação humana acontecia pelos fatores higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos eram compostos por elementos que faziam parte do ambiente do trabalho, tais como técnica de administração, relação interpessoal e com supervisor, salário, segurança no trabalho e condições de trabalho. Os mesmos autores relatam que: Herzberg acreditava que estes fatores, quando atendidos de forma adequada, não geravam satisfação no empregado; no entanto se estes não fossem atendidos de forma satisfatória, os trabalhadores experienciavam a insatisfação. Em relação aos aspectos motivacionais, Herzberg acreditava que estavam relacionados à natureza das tarefas e conteúdo do trabalho, como reconhecimento, responsabilidade e autonomia para realizar suas funções. A ausência destes fatores não gerava insatisfação, todavia, a existência promovia melhora na performance ocupacional.

Outro expoente importante foi Douglas MacGregor com a Teoria do X e Y, que acreditava que a administração deveria criar condições para que os trabalhadores de todos os níveis tivessem condições de alcançar seus objetivos e dirigir seus esforços para os objetivos da organização (COLTRO, 2006).

Seligmann-Silva (1994) ressalta que, apesar de princípios totalmente diferentes, taylorismo, fordismo e Escola de Relações Humanas visavam favorecer os objetivos econômicos da empresa e até 1970, as pesquisas ocupavam-se somente com as causas individuais associadas a eventos externos ao trabalho, fatores hereditários e experiências da fase infantil e da vida familiar. As condições reais do trabalho como patogênicas, não eram estudadas. Somente a partir de 1980 com as pesquisas de Dejours, Seligmann-Silva, Guimarães entre outros, é que estudos referentes à saúde mental dos trabalhadores e à organização do trabalho a que estavam submetidos começaram a ser desenvolvidos.

Nas últimas décadas, a economia mundial, as relações sociais e políticas, a tecnologia e a organização produtiva têm passado por profundas transformações. No ambiente empresarial brasileiro a realidade não é diferente, o mercado tem se tornado cada vez mais competitivo, acompanhado de modificações nas relações de trabalho e inserção do elemento humano nas relações sociais e produtivas (ALBUQUERQUE e FRANÇA, 1998).

No entanto, essas transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde individual e coletiva dos trabalhadores, pois a insegurança gerada pelo medo do desemprego, muitas vezes tem submetido pessoas a trabalhos precários, recebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres.

Cabe ressaltar que, a vida pessoal e ocupacional são complementares e a atividade laboral pode ser, como já referido, tanto fonte de prazer, realização, satisfação, geração de bens materiais e riqueza, quanto de sofrimento, escravidão, doença e morte. É imprescindível que as formas vigentes de gestão do trabalho levem em conta que o trabalho extrapola os limites da organização, e que se deve contemplar o trabalhador na sua dimensão biopsicossocial, intelectual e profissional. O trabalho pode ser concebido por empregadores e empregados como fonte de saúde e qualidade de vida.

2.5 O TRABALHO DA ENFERMAGEM E RISCOS PROFISSIONAIS *VERSUS* REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA E GÊNESE DO ESTRESSE






A enfermagem é uma ciência cujo objetivo é a assistência e cuidado ao ser humano. Está regulamentada segundo o COFEN (2012) pela Lei 7498 de 1986 e é composta por quatro categorias de profissionais: enfermeiro (nível superior), técnico de enfermagem (nível médio), auxiliar de enfermagem (nível médio) e parteiras, respeitados os respectivos graus de habilitação.

O código de ética de enfermagem ressalta como princípio fundamental desta profissão, o comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade, bem como o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos (COFEN, 2012).

Menezes, Priel e Pereira (2011) relatam que o papel desenvolvido pelos enfermeiros desde a sua formação é o de cuidar e o de saber cuidar, o que os remete a um profundo envolvimento com os seres humanos, no alívio do sofrimento, na manutenção da dignidade e no intercâmbio dos meios de manejo das crises, entre o viver e o morrer. Collet e Rozendo (2003) ressaltam que ao executar a assistência de enfermagem, é essencial um cuidado humanizado. No entanto, estas mesmas autoras dizem que a humanização é uma via de mão dupla fundamental, tanto na prestação da assistência, quanto nas relações de trabalho e, pela sobrecarga cotidiana, a enfermagem executa ações técnicas e mecânicas, como reflexo de suas relações de trabalho diárias, pouco humanizadas. Consequentemente, é incoerente falar-se na prestação de um trabalho humanizado, se o tratamento dirigido ao profissional não é

humanizado. Mauro *et al* (2010) apontam para o fato de que os sistemas de saúde demonstram pouco interesse no conteúdo e nas cargas de trabalho, e também nas obrigações e riscos a que estes profissionais estão expostos.

Comparados aos demais profissionais de saúde, os enfermeiros são aqueles que permanecem maior tempo junto ao paciente e os que estabelecem um vínculo mais próximo e contínuo, haja vista o tipo de trabalho assistencial realizado. Assim sendo, Miranda, Garcia e Sobral (1996) afirmam que este contato contínuo da enfermagem com pessoas, gera desgaste, situações imprevisíveis e de sofrimento, além de exposição a fatores de risco de natureza física, química e biológica. Mauro *et al* (2004) acrescentam que o ambiente hospitalar pode ocasionar riscos ocupacionais à saúde do trabalhador, advindos de atividades insalubres e perigosas, caracterizadas pelo contato com agentes biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais do ambiente, causando efeitos adversos na saúde do profissional. Em relação aos diferentes riscos a que os profissionais de enfermagem estão expostos, a Organização Internacional do trabalho (ILO, 2000) divide-os em riscos: físicos, químicos, acidentes, biológicos, psicossociais, organizacionais e ergonômicos, descritos, detalhadamente, no Quadro 1, a seguir:

Tipos de riscos ocupacionais		Situações de riscos ocupacionais
	Riscos Acidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Escorregões, tropeções, quedas em piso molhado, principalmente em situações de emergência; • Cortes e ferimentos causados por objetos pontiagudos, principalmente agulhas e lâminas; • Queimaduras por contato com equipamentos de esterilização, água quente e tubulações de vapor; • Choque elétrico decorrente de equipamentos com defeito ou aterrados incorretamente; • Lesões nas pernas e pés decorrentes de quedas de instrumentos médico-cirúrgicos; • Riscos de colapsos e incêndios por gases, vapores e produtos químicos dispersos no ar; • Dor aguda nas costas, decorrente do manejo do pacientes pesados ou que inspiram cuidados, como as crianças.
	Riscos Físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição a radiação de fontes de raio x e radioisótopos.
	Riscos Químicos	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação e dermatoses de pele, pelo uso frequente de soluções desengordurantes como sabonetes, detergentes, desinfetantes, entre outros; • Irritação de olhos, nariz e garganta pelo contato com aerossóis no ar ou gotas de produtos de higiene e limpeza; • Intoxicação crônica, pelo contato de longo prazo com medicamentos, fluidos de esterilização, gases anestésicos; • Alergia ao látex, pelo uso de luvas e outros dispositivos médicos contendo látex.
	Riscos Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Infecções causadas pela exposição a sangue, fluidos corporais ou amostra de tecidos, com risco para adquirir HIV, hepatite B e C, entre outros; • Risco de adquirir doenças contagiosas dos pacientes, principalmente em pediatria, que o contato com a criança e seus excrementos são intensos; • Risco de adquirir doenças, por acidente com materiais perfuro-cortantes contaminados.
	Fatores ergonômicos, psicossociais e organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e dor nas costas pelo manuseio de pacientes pesados e inconscientes; • Trabalho com crianças que exige um manuseio delicado, causando dor nas costas;* • Trabalho constante em pé;* • Convivência constante com choro na realização dos procedimentos de enfermagem, nos trabalhadores de pediatria;* • Estresse, <i>burnout</i>, relações familiares tensas devido ao tipo de trabalho, trabalho noturno, horas extras e contato constante com pessoas com problemas de saúde; • Exposição a vários pacientes graves, vítimas de tragédias e catástrofes; • Estresse psicológico, pela elevada responsabilidade com o paciente; • Problemas interpessoais com membros da equipe multiprofissional; • Exposição a pacientes/familiares violentos, podendo ocorrer estresse pós-traumático.

QUADRO 1 - Fatores de risco para a enfermagem adaptados pela autora

Fonte: ILO (2000)

* observações da autora

Além dos riscos citados anteriormente, alguns ambientes de trabalho hospitalar caracterizam-se pelo trabalho aos finais de semana, carga horária semanal superior a 40 horas, trabalho em turnos, horas extras e exposição a uma diversidade de agentes infecciosos.

Somadas a estas condições deletérias de trabalho inerentes a profissão, o profissional é afetado pela forma com a qual o trabalho é organizado, em algumas instituições, caracterizado pelo descaso dos gestores em relação à administração de saúde, resultando em insuficiência de recursos humanos e materiais, havendo a necessidade diária de improviso, em paralelo com o sofrimento mental dos trabalhadores, que reconhecem a necessidade de desempenhar um trabalho de qualidade e, no entanto, são impedidos pela precariedade de recursos (DALMOLIN, LUNARDI; LUNARDI, 2009).

Tiemi-Murofuse e Palucci-Marziale (2005) informam que as doenças ocupacionais que mais frequentemente atingem os profissionais de enfermagem são: as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema respiratório, doenças do aparelho circulatório, lesões e envenenamentos. *A Comisión de las Comunidades Europeas* (2002) acrescenta a esta lista, o estresse, a depressão e a ansiedade, totalizando 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho e gerando pelo menos, duas semanas de absenteísmo ao ano.

Alguns estudos têm sido realizados no Brasil com a finalidade de identificar os problemas de saúde, que são responsáveis pelas maiores causas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem, bem como a frequência com que ocorrem. Ferreira *et al* (2012) realizaram um estudo com 1509 servidores de três hospitais públicos do Rio de Janeiro e detectaram uma frequência de absenteísmo de 20,3% para poucos dias afastados (entre um e nove dias) e 16,6% para muitos dias afastados (acima de 10 dias), principalmente por doenças osteomusculares e em indivíduos com mais de um vínculo empregatício. Silva e Marziale (2002) realizaram um estudo em um hospital escola do Paraná com 199 funcionários da enfermagem e verificaram que destes, 123 apresentaram atestados por problemas de saúde, sendo que as doenças mais frequentes foram: do trato respiratório, decorrentes de exposição a agentes químicos e biológicos, seguidas de problemas geniturinários, justificados pelo ritmo de trabalho que dificulta a satisfação da necessidade de eliminação e hidratação.

Barboza e Soler (2003) realizaram um estudo semelhante com 700 servidores de enfermagem de um hospital de grande porte de São José do Rio Preto, SP e verificaram que 333 servidores apresentaram atestados, em virtude de problemas decorrentes do trabalho, sendo que os principais sistemas acometidos foram o respiratório, o geniturinário e o osteomuscular.

Marziale e Robazzi (2000) afirmam que os profissionais de enfermagem são dotados de habilidades técnicas, científicas e responsabilidades éticas e que por isso, cuidam de vidas e pessoas. No entanto, Bianchi (2000) relata que a saúde mental destes trabalhadores, pode se

tornar ameaçada, pelo convívio com o sofrimento humano e a morte, e com a realização de atividades consideradas repulsivas, desgastantes e atemorizadoras. Em adição, Cassiolato (2003) considera desgastante a ação de promover bem estar a indivíduos adoecidos e submetidos ao sofrimento.

Dados de observação da autora revelam que, tanto a saúde, quanto a doença mental nos profissionais de saúde, estão relacionadas a fatores de ordem psicológica e social. A seguir, foi adaptado pela autora, um quadro, baseado nas percepções de Leka, Griffiths e Cox (2003) e do grupo *ISASTUR* (2010), que descreve os fatores psicossociais de risco para este segmento ocupacional.

Fatores psicossociais de risco	Situações de risco
Conteúdo do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de variedade das tarefas • Trabalho repetitivo • Trabalho em turnos • Trabalho fragmentado e sem sentido, pela utilização reduzida das habilidades • Incertezas e exposição contínua da pessoa, dado o tipo de trabalho • Defasagem entre o trabalho real e o prescrito • Realização de trabalho burocrático e assistencial, concomitantemente • Convívio com pacientes e familiares de difícil trato, que ameaçam, agredem física e moralmente os trabalhadores • Convivência contínua com a dor, o sofrimento e a morte
Carga e ritmo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabalho • Quantidade insuficiente de profissionais • Plantões extras para cobrir o número insuficiente de trabalhadores • Trabalho ininterrupto
Escala de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Longas jornadas de trabalho • Trabalho em turnos e ininterrupto • Horários de trabalho que dificultam o convívio social
Controle sobre a atividade desempenhada e autonomia profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca participação na tomada de decisões, falta de controle sobre a carga, o turno e o ritmo de trabalho • Nos serviços públicos, em particular, as decisões são tomadas por instâncias superiores distantes, que em geral não conhecem a realidade local • Necessidade permanente de improviso, tentando suprir problemas de ordem burocrática, material e falta de pessoal
Ambiente e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de manutenção preventiva e curativa dos equipamentos • Pouca disponibilidade de equipamentos e alta demanda de clientela • Condições ambientais deletérias, como pouco espaço físico, iluminação inadequada e excesso de ruído proveniente de alarme de equipamentos, macas, carrinhos de dietas, entre outros • Adaptações inadequadas e impróprias para suprir a falta de materiais/equipamentos
Cultura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de definição/concordância em relação aos objetivos organizacionais • Comunicação deficiente • Baixo nível de suporte na resolução de problemas • Excesso de burocracia característico de instituições públicas • Conflito de autoridade na equipe multiprofissional
Relações interpessoais e participação da instituição no desenvolvimento da carreira	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo suporte social • Ambiguidade de papéis e responsabilidades • Baixos salários • Muitos vínculos empregatícios pela demanda financeira • Baixo <i>status</i> social do trabalho • Progressão de carreira obstaculizada • Pouco investimento das instituições na capacitação dos profissionais
Interface trabalho-família	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito entre demandas do trabalho/família • Baixo suporte social no domicílio • Dupla jornada de trabalho (casa/trabalho)

QUADRO 2 - Fatores psicossociais de risco no trabalho dos profissionais de saúde
 Fonte: Leka, Griffiths e Cox (2003); *ISASTUR* (2010) adaptado pela pesquisadora.

Guimarães (2013) afirma que os fatores psicossociais de risco, caracterizados pela urgência de maior produtividade, redução de contingente de trabalhadores, pressão do tempo e complexidade das tarefas, aliados a expectativas irrealizáveis e relações de trabalho tensas e

precárias, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho e consequente prejuízo à saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) entende a saúde mental como um estado de bem estar, no qual o indivíduo é capaz de desenvolver todo seu potencial, produzir face ao estresse normal da vida, desenvolver suas atividades de forma produtiva e proveitosa e contribuir em benefício da comunidade a qual pertence. Correlacionando esta concepção aos diferentes segmentos profissionais, os mais expostos a agravos da saúde mental são os trabalhadores da área da saúde. Nesta direção, Rees e Cooper (1992) afirmam que a enfermagem é uma das profissões mais estressantes.

Lane-Spooner (2004) realizou um estudo com enfermeiros de três hospitais públicos da Austrália, para investigar as causas e o nível do estresse e *burnout* entre os mesmos. Os enfermeiros, que representam 55% da força de trabalho dos hospitais australianos estavam abandonando seus postos de trabalho; constatou-se a presença de doenças crônicas e debilitantes comprometendo sua saúde somado à alta tecnologia que exige cada vez mais capacitação e os profissionais relatavam que a profissão estava cada dia mais estressante. O estudo constatou que: (i) os enfermeiros estão expostos a estressores específicos do trabalho (condições de trabalho, incertezas, conflito interpessoal, pouco reconhecimento profissional e pouco suporte de colegas de trabalho e supervisores) e estressores gerais (sobrecarga de trabalho, conflito de papel e ambiguidade de papel); (ii) os fatores estressantes no trabalho estão relacionados a fatores inerentes a profissão, tais como, falta de conhecimento frente à rápida evolução tecnológica e científica e pouco suporte institucional simultâneo, prescrição de cuidados diversos dados por diferentes profissionais, condições precárias de trabalho e conflitos interpessoais; (iii) nível de estresse de baixo para moderado, algum suporte no trabalho e nível de *burnout* de moderado para alto, com um adoecimento considerável da amostra estudada.

Neste mesmo sentido, Wheeler (1997) relata que, em terapias intensivas e unidades que prestam assistência especializada, o estresse experienciado pelos trabalhadores é ainda mais elevado. Lane-Spooner (2004) afirma que a enfermagem está exposta a estressores que não são comuns a outras profissões, como constante convívio com situações de morte e morrer, carga horária de trabalho diferenciada, como trabalho em turnos e nos finais de semana. Em adição, Guedes e Mauro (2001) acrescentam como fatores diferenciais no trabalho da enfermagem, o trabalho ininterrupto que resulta em perturbações no ritmo biológico, gerando situações de angústia e sofrimento.

Outra característica da profissão se refere à forma como o trabalho é organizado, que segundo Felli e Kurcgant (2000) se dá pelo trabalho manual, não avançado cientificamente, pautado numa prática de exercício parcelado, rotinizado e com acentuada fragmentação das atividades, tendo em vista a intensificação do ritmo do trabalho e a produtividade. A assistência de enfermagem tem sido penalizada com a deficiência de recursos humanos, gerando sobrecarga, pouco tempo de descanso e acúmulo de funções.

Com relação ao gênero, a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina. A consequência deste fato é a sobrecarga de trabalho para a mulher, pois na sociedade atual, a mesma tem concomitantemente a jornada de trabalho doméstica e familiar, resultando, muitas vezes, em conflitos entre casa e trabalho, acúmulo de funções, jornadas duplas ou até triplas de trabalho (MAURO *et al*, 2010).

Dados de observação da prática cotidiana de trabalho da pesquisadora revelam que, além da jornada dupla ou tripla, em virtude dos baixos salários, a opção por muitos vínculos empregatícios, leva o trabalhador a uma jornada de até 88 horas por semana (se o contrato de trabalho for de 44 horas semanais), agravando as situações de descontentamento com o trabalho e prejuízos à sua saúde física e principalmente mental, não favorecendo a qualidade de vida pessoal e também da organização.

Chan *et al* (2000) realizaram um estudo investigando o estresse em seis grupos ocupacionais: professores, engenheiros, enfermeiros, profissionais de seguro de vida, advogado e médicos. Os professores, enfermeiros e advogados apresentaram maior nível de estresse, associado ao conflito trabalho-família e ao excesso de burocracia no local de trabalho. Especificamente, na enfermagem, o alto nível de estresse foi atribuído ao pouco apoio social dos superiores e dos colegas de trabalho, relações interpessoais conflituosas com os demais componentes da equipe de saúde, conflito trabalho-família e baixo *status* social.

Giordani (2008), em relação ao baixo *status* social da enfermagem, o atribui à sociedade capitalista ocidental e a um universo materialista e individualista, o que é conflitante com os objetivos da enfermagem, que é uma ocupação coletiva pautada no “ser” e no “fazer”. Além disso, a pesquisadora considera um fator determinante quanto ao baixo *status* social da profissão, a assistência de enfermagem não ser quantificável, caracterizando-a muitas vezes, como uma profissão de bastidores, em que a produtividade não tem visibilidade plena.

Soma-se ao universo de fatores psicossociais de risco acima descritos, a representação social da enfermagem: de profissão auxiliar, não autônoma e caritativa. Um estudo realizado por Lopes (2010) sobre a representação social da enfermagem para os

usuários do sistema de saúde demonstra que na visão da população, a enfermagem exerce atividade cuidadora e atendimento das necessidades dos pacientes, vinculada às ações médicas. Além disso, não percebem diferença quanto a função de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, sendo, todos vistos como enfermeiros. A enfermagem ainda não é vista, de fato, como uma profissão autônoma, o que gera conflito com os demais profissionais de saúde e entre a própria enfermagem, haja vista sua classificação em quatro níveis hierárquicos: (i) enfermeiro; (ii) técnico de enfermagem; (iii) auxiliar de enfermagem; e (iv) parteira com consequente conflito, decorrente da falta de compartilhamento do plano de cuidados entre as distintas categorias, pelo número insuficiente de enfermeiros, sobrecarga assistencial do técnico e do auxiliar de enfermagem e do trabalho fragmentado entre a administração de enfermagem e a assistência.

No entanto, a possibilidade de sentir-se útil e poder ajudar pessoas debilitadas e necessitadas de cuidados, gera um sentimento de satisfação e utilidade, que motiva estes profissionais a permanecerem nesta ocupação, convivendo com o sofrimento, a dor e a morte diuturnamente.

2.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTRESSE E O TRABALHO

Nos últimos cem mil anos, de acordo com Levi (1998), o ser humano, do ponto de vista biológico, não sofreu muitas alterações. No entanto, o seu meio, sobretudo o ocupacional, modificou-se radicalmente, principalmente nas últimas décadas.

Nesta direção, Sauter *et al* (1998) descrevem que ocorreram mudanças, sobretudo, no desenho do trabalho, tipo e exigências e a partir de então, o estresse passa a ser um tema de grande interesse no âmbito da saúde mental.

Em relação a estas mudanças, Levi, Sauter e Shimomitsu (1999) acrescentam aspectos de relevância que vão acontecendo quanto aos processos técnicos: maior incorporação e desmaterialização da produção; globalização e juntamente com ela, a racionalização, acúmulo de exigências, premência de tempo e alto nível de responsabilidade.

Ainda em relação a estas mudanças, Guimarães e Freire (2004) relatam um fator não menos importante, que é a descontinuidade na biografia ocupacional do trabalhador, principalmente dos mais velhos e menos qualificados, que não acompanham estas mudanças.

Estas mudanças no meio ocupacional e a evolução tecnológica, segundo Camelo e Angerami (2008) contribuíram para a evolução do homem no contexto social, cultural e biológica. No entanto, Hart e Cooper (2001) acreditam que este intenso e contínuo processo

de mudanças tecnológicas tem gerado muita pressão sobre os trabalhadores e a criação de vários tipos de organização do trabalho, produzindo altos níveis de estresse ocupacional.

As consequências destes altos níveis de estresse relacionado ao trabalho, segundo Greiner (2008), podem ser mais ou menos graves. Quando menos graves, os trabalhadores apresentam redução do bem estar geral e da qualidade de vida. Já em níveis mais severos, o estresse pode promover efeitos graves à saúde do trabalhador, como *e.g.*, o aumento da pressão arterial, a insônia e desordens psicossomáticas, entre outros.

Em adição aos efeitos e custos do estresse para o indivíduo, ocorrem também, custos para a sociedade. De acordo com a Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho- OSHA (2007), a união europeia estimou em 2002 um custo econômico anual de 20.000 milhões de euros. Já a *Health and Safety Executive- HSE* (2011) informa um custo de aproximadamente 12.8 milhões de libras por ano na Inglaterra com o estresse relacionado ao trabalho, a depressão e a ansiedade. No Brasil, segundo Steck (2012), estima-se um gasto de até 4% do PIB (Produto Interno Bruto) ao ano com acidentes e doenças do trabalho, que em 2011 foi próximo de R\$ 165 milhões.

A OMS (2008) acredita que os países desenvolvidos estão mais familiarizados com o estresse laboral, seu manejo e gerenciamento. Já os países em desenvolvimento, ainda carecem de estudos mais aprofundados nesta área, havendo consciência sobre o estresse laboral mas poucos recursos destinados para preveni-lo.

Preocupados com estas interferências, tanto na saúde do trabalhador, quanto econômicas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançou em 2012 um manual, com sugestões para minimizar os fatores psicossociais de risco no trabalho e com formas de organização do trabalho voltadas para a prevenção de estresse no local de trabalho. Também a OSHA (2007) criou um observatório dos riscos para antecipar o conhecimento de novos riscos emergentes para a saúde do trabalhador. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) aprovou um Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores, objetivando elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores, proteger e promover a saúde no local de trabalho, acesso aos serviços de saúde ocupacional, fomento e incorporação da saúde dos trabalhadores a outras políticas.

No Brasil, a OIT (2011) tem atuado permanentemente na promoção/aplicação das Normas Internacionais do Trabalho, emprego, melhoria das condições de trabalho e ampliação da proteção social. Além disso, tem auxiliado no esforço nacional de promover trabalho decente para a população brasileira. Em 2008, o então Presidente do Brasil e o Diretor Geral da OIT assinaram um termo de compromisso, considerando quatro prioridades:

(i) mais e melhor educação; (ii) conciliação entre estudo, trabalho e vida familiar; (iii) inserção digna e ativa no mundo do trabalho e (iv) diálogo social.

Foi instituída, em 2008 também, por meio de uma portaria interministerial, uma comissão tripartite formada por representantes do Governo Federal (Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde), representantes dos empregadores e dos trabalhadores. Em 2011, esta comissão criou por meio do Decreto 7602, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. O PNSST tem como objetivo a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2012).

O estresse no trabalho, de acordo com Levi (2002) pode ser causado por vários fatores, sendo os mais comuns:

- Carga de trabalho excessiva ou deficitária;
- Prazo inadequado para completar o trabalho de forma eficiente;
- Falta de descrição das tarefas a serem realizadas ou cadeia de comando;
- Pouco ou nenhum reconhecimento/recompensa por um bom desempenho profissional;
- Dificuldade em expressar queixas;
- Muita responsabilidade e pouco poder decisório;
- Pouca cooperação/apoio de colegas de trabalho e supervisores;
- Insegurança no emprego e rotatividade excessiva;
- Preconceito relativo à idade, sexo, raça ou religião.

Guimarães (2013) acrescenta a esta lista, a redução do contingente de pessoal, o aumento da complexidade das tarefas, expectativas irrealizáveis e relações de trabalhos tensas e precárias como geradores de tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores psicossociais de risco responsáveis pelo surgimento do estresse. A mesma autora afirma ainda, que o desempenho no trabalho pode, muitas vezes, ser mais prejudicado pelos fatores psicossociais de risco, do que por problemas físicos.

Em relação aos profissionais de saúde, o *National Institute for Occupational Safety and Health* - NIOSH (2008) afirma que as pesquisas têm indicado que estes apresentam maiores taxas de abuso de drogas e de suicídio, do que outras profissões e também, taxas

elevadas de depressão e ansiedade, ligadas ao estresse no trabalho. Os estressores mais comuns em ambientes de cuidados de saúde são: número reduzido de pessoal, longas jornadas de trabalho, trabalho em turnos, ambiguidade de papel e exposição a substâncias infecciosas e perigosas.

Em relação à equipe de enfermagem, a lista de estressores no trabalho, segundo Magnago *et al* (2010) é ampla. Por isso, diz o autor, muitas pesquisas têm sido desenvolvidas objetivando caracterizar situações potencialmente estressoras, para contribuir com a melhoria da qualidade de vida e a saúde destes trabalhadores, bem como para auxiliar em medidas que reduzam demandas psicológicas provenientes do trabalho e aumentem o controle do trabalhador sobre sua atividade.

No Brasil, a saúde do trabalhador é de responsabilidade da saúde pública, por meio de ações de vigilância, que visem a promoção e prevenção de riscos, ambiente adequado de trabalho e prestação de assistência integral à saúde do trabalhador. A execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do Sistema Único de Saúde- SUS, prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica de Saúde- LOS. O artigo 6.º da LOS confere à direção nacional do Sistema, a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

Em 2011, de acordo com o anuário estatístico da Previdência Social, foram registrados 711.164 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados. Entre esses registros, contabilizou-se 15.083 casos de doenças relacionadas ao trabalho. Parte destes acidentes e doenças teve como consequência, o afastamento das atividades de 611.576 trabalhadores, devido à incapacidade temporária (309.631 até 15 dias e 301.945 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 14.811 trabalhadores por incapacidade permanente, e óbito de 2.884 cidadãos. Ocorreu cerca de uma morte a cada três horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e, aproximadamente, 81 acidentes e doenças do trabalho reconhecidos a cada 1 hora, na jornada diária (BRASIL, 2011).

Cataldi (2013) comenta que o Brasil tem ocupado posição de destaque entre os países com elevado índice de estresse ocupacional, pois dados de uma pesquisa realizada pela *International Stress Management Association* (ISMA), que analisou esta questão nos Estados Unidos, Alemanha, França, Brasil, Israel, Japão, China, Hong Kong e em Fiji, demonstraram que o Brasil ocupa o segundo lugar em número de trabalhadores acometidos pela Síndrome de *Burnout*.

Outro problema não menos importante, que tem afetado os trabalhadores no ambiente de trabalho é a violência.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (ILO, 2013), a onda de violência no trabalho tem atingido o mundo todo, ultrapassando barreiras geográficas e ambientes de trabalho. Gerberich (2004) entende a violência no contexto de trabalho como a ocorrência de eventos envolvendo o uso da força física ou abuso emocional contra um funcionário, resultando em lesões físicas ou psicológicas. No entanto, Guimarães, Teixeira e Camargo (2004) referem que a violência, muitas vezes, constitui-se em um risco invisível, revelada de forma sutil nas relações de trabalho e na saúde dos trabalhadores. A Organização internacional do Trabalho (ILO, 2005) afirma ainda que, a violência é um problema que pode ser vivenciado por todas as categorias profissionais, de todos os segmentos, porém os setores mais prejudicados/acometidos são os que prestam assistência à saúde. Cooper e Swanson (2002) atribuem a violência no setor de saúde ao número elevado de trabalhadores do sexo feminino, mais vulnerável, em caso de agressões físicas a pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, à iluminação deficitária, pouca segurança, fácil acesso a objetos que podem servir como armas, inclusive mobiliário hospitalar, pouco apoio organizacional, conflitos interpessoais entre trabalhadores, que podem resultar em problemas físicos e/ou psicológicos às vítimas.

Gerberich (2004) realizou um estudo com enfermeiras de Minnessota, Estados Unidos e verificou um alto nível de violência no ano que antecedeu a coleta de dados, em que a cada 100 enfermeiras, 13.2% foram vítimas de violência física e 38.8% de violência não física, decorrente principalmente de pacientes de unidades intensivas. No entanto, as consequências foram piores quanto à violência não física, resultando em efeitos deletérios à saúde mental, como estresse e transtorno por estresse pós-traumático (TEPT). No Brasil, Vasconcellos *et al* (2012) realizaram um estudo semelhante com 1509 trabalhadores de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro e identificaram a presença de 65% de violência verbal, 5.7% de relatos de violência sexual e 3% de violência física, decorrentes, principalmente, do contato com a clientela.

Outra forma de violência emergente no âmbito laboral é denominada *mobbing* ou assédio psicológico/moral, que consiste, de acordo com Guimarães, Teixeira e Camargo (2004) Guimarães e Rímoli (2006) em críticas ou comentários negativos, isolamento e disseminação de ridicularização do profissional. Outras formas de violência, de acordo com Brasil (2013) são: (i) o assédio que consiste em atitude desumana e cruel no ambiente de trabalho, que expõe os trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício da função; e (ii) o assédio sexual em que o trabalhador é constrangido por “cantadas” e insinuações, com o objetivo de vantagens ou favorecimento sexual.

Guimarães, Camargo e Caetano (2004) relatam ainda, que o assédio moral ou o *mobbing* ou o assédio psicológico ao trabalhador, podem culminar em violência, discriminação e muitas vezes, até em assédio sexual no trabalho. Brasil (2013) acrescenta que o assédio moral e o sexual acontecem, tanto em instituições públicas, quanto em privadas.

De acordo com a OIT (2013) o assédio moral e o sexual são os problemas mais comuns enfrentados pelos trabalhadores da União Europeia, em que os profissionais mais expostos são os enfermeiros, os médicos, os policiais e as assistentes sociais. Estudo do sindicato das enfermeiras da Espanha-SATSE (2002) detectou que entre enfermeiras espanholas, uma em cada três, referiu ser vítima de assédio moral no seu ambiente laboral. Guimarães e Vasconcelos (2008) relatam que apesar da violência moral e o *mobbing* consistirem em riscos invisíveis, geram um clima negativo nas relações de trabalho e desestabilizam emocionalmente os trabalhadores, comprometendo a saúde e desencadeando/agravando doenças que podem prejudicar a capacidade laborativa e/ou até levar a morte.

A partir destes dados/informações referentes à população economicamente ativa brasileira, inclusive da enfermagem, que representa o maior contingente de profissionais do ambiente hospitalar, se faz de grande relevância a realização de pesquisas similares a esta e que verifiquem quais grupos ocupacionais estão mais expostos a acidentes, violência e doença do trabalho e quais as reais razões desta problemática, para subsidiar as políticas públicas e a iniciativa privada a implementarem ações, a fim de modificar este cenário, que atualmente tem um alto custo econômico e humano.

2.6.1 Conceitos e abordagens do estresse

O pioneiro das pesquisas sobre o estresse relacionado à saúde foi o endocrinologista Hans Selye, em 1956. A partir de estudos experimentais em laboratório, em que examinou fenômenos fisiológicos relacionados com as reações do organismo, constatou que quando submetido a estímulos físicos, químicos, biológicos ou psicossociais percebidos como perturbador da homeostase, o organismo tendia a responder de forma uniforme e inespecífica, tanto anatômica, quanto fisiologicamente. À esta resposta, o autor denominou Síndrome Geral de Adaptação (SELYE, 1965).

A partir daí, segundo Guimarães e MacFadden (2003), surgiram teorias psicológicas mais abrangentes e dinâmicas, que identificaram variáveis pessoais, psicológicas e situacionais que, por meio de pesquisas, apresentaram correlações com o estresse ou com sua

melhora. Desta forma, o conceito migrou do campo fisiológico para o psicológico e o estresse passou a ser relacionado com a saúde mental, estilo de vida e qualidade de vida. Assim sendo, o conceito de estresse foi se consolidando ao longo dos anos, e diferentes modelos teórico-metodológicos foram elaborados para estudá-lo e verificar estratégias de intervenção no ambiente de trabalho (HART e COOPER, 2001).

Levi (1998) afirma ser consensual entre os estudiosos desta área, que o estresse acontece por meio de um desajuste entre pessoa/meio/trabalho. No entanto, apesar desse consenso entre os distintos modelos teóricos, existem diferenças teóricas e metodológicas entre os mesmos. Estas diferenças teóricas, para o NIOSH (1999) consistem na importância dada às características do trabalho *versus* condições de trabalho para o surgimento do estresse ocupacional. Uma abordagem não elimina a outra, apenas prioriza um fator em relação ao outro.

Em relação às diferenças teóricas, serão descritos e comentados 07 (sete) dos principais modelos teórico-metodológicos, na atualidade, que tentam explicar os mecanismos formadores/desencadeadores do estresse:

1. *Occupational Stress Indicator* (OSI)
2. *Self, Work and Social* (SWS)
3. *Effort Reward Imbalance Model* (ERI)
4. *Job Demand- Control* (D/C)
5. Modelo Ecológico do Estresse
6. Modelo de Estresse do NIOSH e
7. Modelo Teórico Esforço-Distress

A seguir, cada um destes modelos, será explicado resumidamente, à exceção do Modelo Demanda/Controle (D/C) adotado nesta dissertação e, que por isso será detalhado no item 2.6.2.

O modelo OSI foi desenvolvido por Cooper, Sloan e Williams (1988) que entendem o estresse como um problema de natureza perceptiva, resultante de uma incapacidade em lidar com as fontes de pressão no trabalho e que traz como consequências, problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e a organização. Neste modelo, os autores consideram que uma situação potencialmente estressora, não atinge de forma similar a todas as pessoas, pois as diferenças individuais também explicam os resultados do estresse. Abaixo, na Figura 01, o modelo OSI é demonstrado:

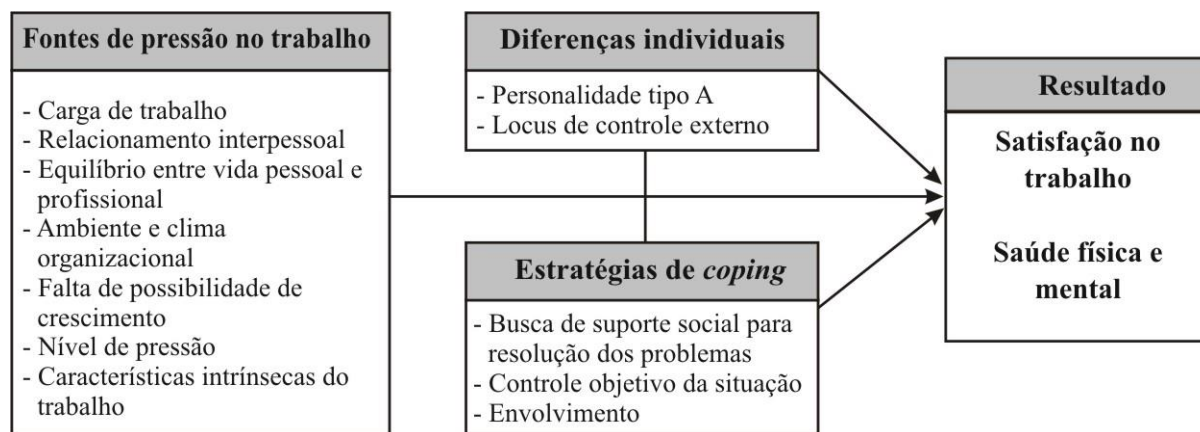


FIGURA 1- Representação esquemática do modelo OSI

Fonte: Robertson, Cooper e Williams (1990). Tradução: Silva (2014)

Segundo Guimarães e MacFadden (2003), o Modelo Teórico de Estresse denominado SWS (self, work, social) foi desenvolvido por Ostermann, em 1989. De acordo com as autoras, neste modelo, o estresse é determinado por apoio e por estressores nas dimensões pessoal (*self*), profissional e social. A dimensão pessoal está relacionada a componentes intrínsecos da pessoa, constituição pessoal e familiar; a profissional se refere à relação pessoa/trabalho e a dimensão social avalia vinculações das pessoas, fora do trabalho. Estas três dimensões podem contribuir de forma negativa (estresse) ou positiva (apoio) para as condições gerais de vida, e os fatores de apoio podem anular os efeitos danosos do estresse.

Na Figura 02, demonstra-se o modelo SWS:



FIGURA 02 - Representação esquemática do modelo SWS

Fonte: Ostermann (1989)

O *Effort Reward Imbalance* (ERI) é um Modelo Teórico sobre o Estresse Ocupacional em que Siegrist (1996), postula que o estresse resulta do desequilíbrio entre um alto esforço dispendido continuamente e a baixa recompensa obtida na vida profissional. Nessa perspectiva, o *status* profissional está associado com as opções de contribuir e atuar, ser recompensado ou valorizado e pertencer a um grupo. O esforço faz parte de um processo de troca social, que culmina com as recompensas que podem acontecer de três formas: (i) dinheiro, (ii) estima e/ou (iii) oportunidade na carreira. A seguir, na Figura 3, demonstra-se o modelo ERI.

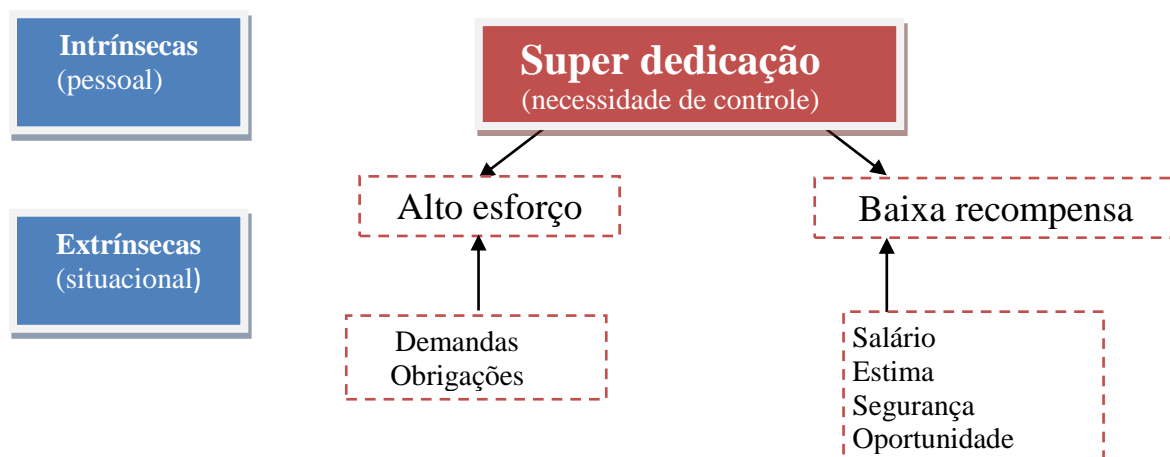


FIGURA 3 - Representação esquemática do modelo ERI

Fonte: Siegrist e Peter (1996)

Levi (2000) coloca que o modelo ecológico do estresse foi proposto por ele e Kagan, em 1976. Nesta concepção, o trabalho acontece em uma estrutura e em um processo social. Os estímulos psicossociais atuam sobre o trabalhador, que por possuir um programa psicobiológico que o deixa propenso a reagir segundo certos padrões que podem ser modificados, interagindo com variáveis como o apoio social e o repertório de *coping*, que podem funcionar como protetores. Reis, Fernandes e Gomes (2010) afirmam que este modelo amplia as demais concepções, pois concebe os fatores psicossociais em um enfoque sistêmico, portanto dotado de retroalimentação contínua. A seguir, na Figura 4, demonstra-se o modelo ecológico do estresse.

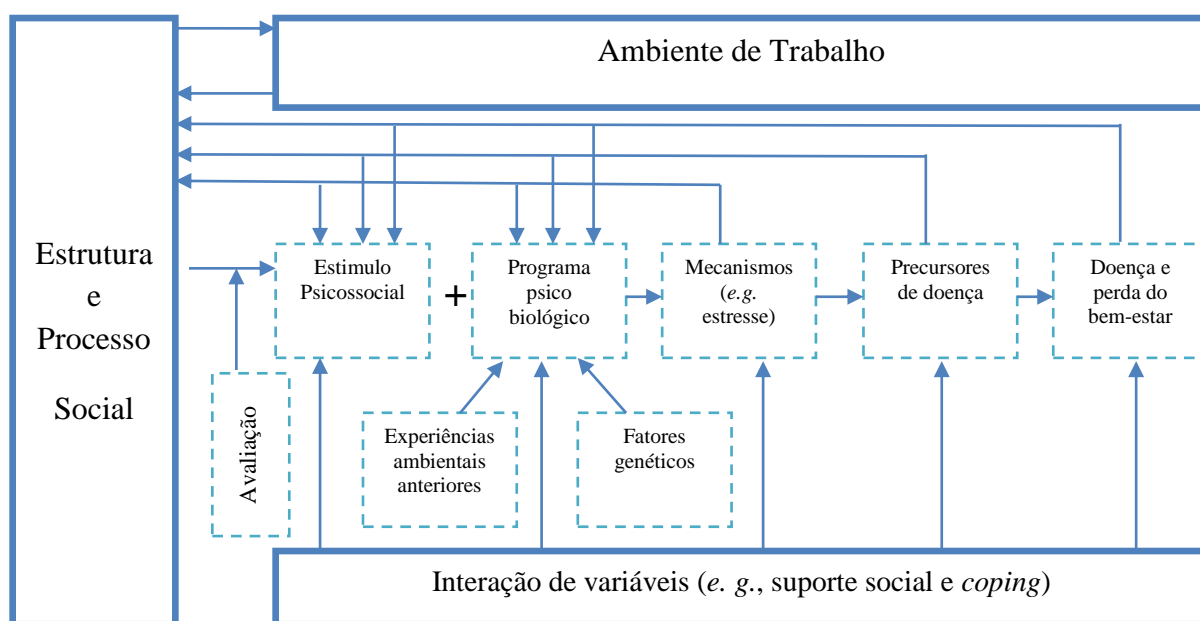


FIGURA 4 - Representação esquemática do modelo ecológico do estresse

Fonte: Levi (2000). Tradução: Silva (2014)

O modelo de estresse elaborado pelo NIOSH (1999) distingue um conjunto de fatores que podem causar o estresse:

- (i) Desenho do trabalho (trabalho pesado, descanso infrequente, trabalhos em turnos, longas jornadas de trabalho e trabalho que tem pouco significado ou não utilizam as habilidades dos trabalhadores, gerando uma baixa sensação de controle);
- (ii) Estilo de gestão (pouca ou nenhuma participação na tomada de decisões, falta de comunicação, ausência de política favorável à vida familiar);
- (iii) Relações interpessoais (ambientes sociais inadequados, falta de apoio dos colegas de trabalho e supervisores);
- (iv) Papéis no trabalho (expectativas de trabalho não definidas ou difíceis de serem alcançados, excesso de responsabilidade e múltiplas funções);
- (v) Carreira (falta de segurança no trabalho, pouca oportunidade de investimento para o crescimento pessoal);
- (vi) Condições ambientais (locais desagradáveis e perigosos).

Na Figura 5, demonstra-se a proposta do NIOSH:

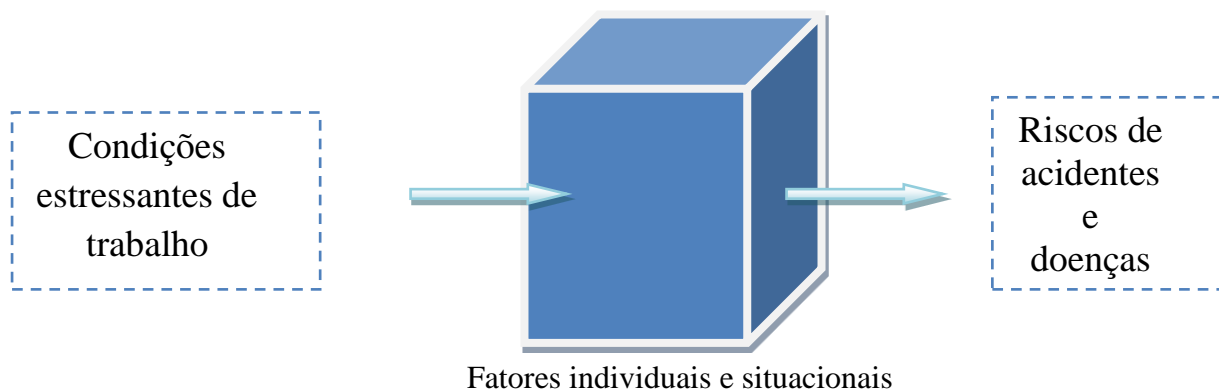


FIGURA 5 - Representação esquemática do modelo do NIOSH
Fonte: NIOSH (1999). Tradução: Silva (2014).

O Modelo Teórico denominado Esforço- *Distress*, foi desenvolvido por Marianne Frankenhauser e segundo Sampaio e Guimarães (2004), analisa o sistema neuroendócrino, as respostas cardiovasculares e as relações destes, com o ambiente psicossocial do trabalho. Frankenhauser e Gardell (1976) verificaram que em situações de alta exigência frente a estressores previsíveis, mas havendo a possibilidade de poder exercer o controle da situação, o

nível de adrenalina aumentava e o de cortisol diminuía, ocorrendo um estresse saudável (*eustress*). Entretanto em ocasiões em que havia baixo controle e demandas percebidas como excessivas ou ameaçadoras, a adrenalina e o cortisol aumentavam na corrente sanguínea, predispondo a doenças do miocárdio e o esforço com *distress* (estresse negativo) era então, experimentado.

Na Figura 6, demonstra-se esquematicamente o Modelo esforço-*distress* elaborado pela pesquisadora:

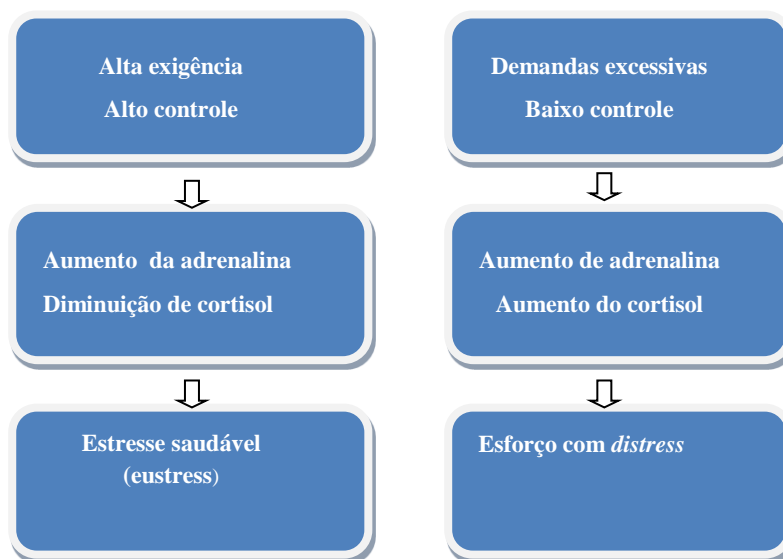


FIGURA 6 - Modelo esquemático esforço-*distress*.
Silva e Guimarães (2014)

Analisando os sete Modelos Teórico Metodológicos do estresse ocupacional, aqui expostos, pode-se observar que é consensual entre os diferentes pesquisadores, que o ambiente de trabalho pode atuar como um precipitador dos agravos à saúde, entre os quais, o estresse, que de acordo com os modelos, pode apresentar etiologias múltiplas. Pode-se dizer que, as teorias se complementam e interagem, pois todas postulam que o contexto do trabalho, características individuais e relacionamentos interpessoais, podem atuar mediando ou impulsionando a ocorrência do estresse ocupacional, com algumas delas, cotejando *e.g.*, o macro contexto, o ERI. Assim sendo, o trabalho ideal/saudável seria aquele em que existe concordância entre as expectativas das empresas e as habilidades/necessidades do trabalhador.

A seguir, será apresentado o Modelo Teórico de Estresse denominado Demanda-Controle (D/C), que embasa teórica e metodologicamente essa dissertação, nas questões relacionadas ao estresse.

2.6.2 Modelo Demanda/Controle

Luchman e Morales (2013) afirmam que o Modelo Demanda-Controle (D/C) é uma importante ferramenta teórica para a compreensão das características do trabalho e a sua relação com o bem estar, a saúde e o desempenho do trabalhador. Anteriormente a este modelo, aspectos referentes à teoria das inter-relações entre exigências do trabalho, controle e suporte, eram negligenciados. Esta negligência, no entanto, não era intencional, como se pode verificar a seguir.

Karasek (1979) relata que as pesquisas nos anos 1970 baseavam-se somente nas demandas das tarefas, uma vez que estavam assentadas no modelo de Selye que evidenciava o estresse, unicamente a partir da relação entre demandas e capacidades do indivíduo, em que o controle era omitido. Desta forma, considerando a limitação destes modelos unidimensionais ou individualistas, denominação dada por Borges, Guimarães e Silva (2013), Karasek (1979) cria um modelo baseado na abordagem, tanto da demanda, quanto do controle. Neste modelo, as demandas psicológicas, segundo Karasek (1998) referem-se às exigências psicológicas necessárias para a realização das tarefas, prazos impostos, conflitos pessoais, medo de perder o emprego ou ficar desatualizado e estimulação mental necessária para a realização da tarefa. Karasek (1998, p. 25) define o controle como sendo “a margem de tomada de decisões que pode ser manifesta por meio da autoridade do trabalhador em tomar decisões sobre a sua tarefa e controle sobre o desenvolvimento de habilidades individuais”. Assim sendo, o autor atribui o desenvolvimento do estresse a situações de elevada demanda psicológica e baixa latitude de decisão.

No Modelo D/C, é possível verificar, de acordo com Araújo, Graça e Araújo *et al* (2003) quatro tipos básicos de experiências no trabalho, a partir da interação dos níveis alto e baixo da demanda psicológica e do controle:

- (i) o trabalho com alta demanda e baixo controle, **denominado trabalho de alta exigência;**
- (ii) o trabalho com alta demanda e alto controle, **denominado trabalho ativo;**
- (iii) o trabalho com baixa demanda e baixo controle, chamado de **trabalho passivo**
- (iv) o trabalho com alto controle e baixa demanda, chamado de **baixa exigência.**

Karasek (1979), afirma que cada uma destas quatro combinações (Figura 07) expressa situações específicas de trabalho ou tipos básicos de experiência no trabalho. O trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle do trabalhador sobre o trabalho) é considerado o de maior desgaste. Theörell e Karasek (1996) afirmam que trabalhadores expostos a este tipo de trabalho, continuamente, podem apresentar fadiga, ansiedade, depressão e doença física.

A segunda situação, representada pelo trabalho ativo (alta demanda e alto controle do trabalhador), representa uma situação de risco intermediário para o estresse, pois, segundo Theörell e Karasek (1996), embora existam altas demandas, é possível ocorrer uma aprendizagem positiva e o uso das habilidades intelectuais do indivíduo, o que consequentemente vai gerar motivação. Theörell e Karasek (1996) consideram o trabalho de pouca tensão (baixa demanda e alto controle) como desejável, pois, permite ao trabalhador um controle sobre as suas tarefas e o uso de suas habilidades. Já o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), não se configura como uma situação ideal, já que o ambiente de trabalho é tido como pouco motivador e passivo, levando a uma aprendizagem negativa, perda gradual das capacidades para solucionar problemas e perda da iniciativa (KARASEK, 1998).

Bakker e Demerouti (2007) avaliando o estado da arte do Modelo D/C afirmam que existem evidências empíricas de que, a alta demanda no trabalho e o baixo controle são importantes preditores de doenças e tensão psicológica. No entanto, afirmam que o controle por si só, não é capaz de moderar/amortecer os efeitos das altas demandas no bem estar dos trabalhadores.

Na Figura 07, demonstra-se o modelo D/C.

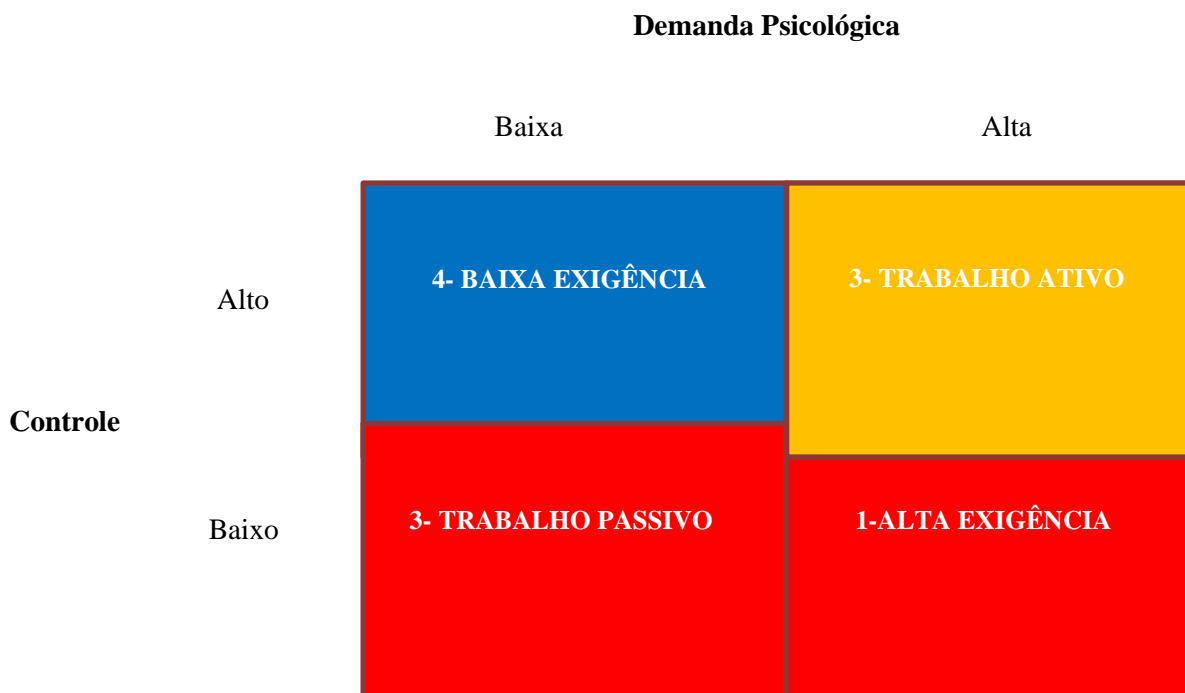


FIGURA 07 - Modelo demanda e controle (D/C)

Fonte: Karasek (1979)

Cabe referir que Johnson (1986) acrescentou ao Modelo Demanda e Controle uma terceira dimensão, não considerada até então, que é o apoio social no trabalho. O autor verificou que esta variável ameniza os estressores/pressões no local de trabalho e reduz os impactos das doenças cardiovasculares. Além disso, observou que entre mulheres, o apoio social se constitui na ferramenta mais importante no manejo de doenças cardiovasculares, mais do que o próprio controle sobre o trabalho. O apoio social foi definido então, como um nível possível de interação no ambiente de trabalho, tanto com os colegas de trabalho, quanto com os supervisores (JOHNSON; HALL, 1988).

Estudo realizado por Giovanette (2006) verificou também que o apoio social no trabalho ou sua ausência, pode ter repercussões favoráveis ou desfavoráveis na saúde do trabalhador. No estudo realizado, pelo autor, a presença de apoio social foi positiva e gerou aumento da motivação, satisfação, comprometimento com a instituição, redução do estresse, repercutindo no aumento da produtividade, comportamentos seguros na prevenção de acidente e melhor percepção positiva do papel e da carreira. Quanto à ausência de apoio social, as repercussões negativas encontradas foram: distúrbio do sono, redução da capacidade funcional, comprometimento mental e psíquico e absenteísmo.

Nesta direção, Karasek (1998) realizou estudos, que confirmaram que o apoio social pode funcionar como amortecedor da tensão psicológica, dependendo do grau da interação social e emocional e da confiança entre os colegas de trabalho e supervisores.

Araújo e Karasek (2008) afirmam que o Modelo D/C vem sendo amplamente utilizado em vários países, para analisar as dimensões psicossociais no contexto laboral. Araújo (2003) analisou 502 trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Salvador, BA e observou a existência de 44% dos profissionais no grupo de alta exigência, associado ao pouco suporte social. AbulAlrub (2004) verificou que o baixo apoio social, no trabalho de enfermeiras norte-americanas, diminuía a qualidade da assistência prestada aos clientes e aumentava a possibilidade do aumento do nível do estresse.

Além da demanda adequada de trabalho, controle sobre a atividade desempenhada, a percepção de apoio social no ambiente de trabalho é um fator importante que pode proteger o trabalhador do estresse e possibilitar a manutenção de uma qualidade de vida adequada, tema que será exposto a seguir.

2.7 QUALIDADE DE VIDA

A temática Qualidade de Vida (QV) tem sido amplamente discutida na atualidade. No entanto, a busca de conceitos/formas de se ter uma vida com qualidade, acompanha a humanidade desde antes da era cristã. Rodrigues (2008) relata que com outros nomes e em diferentes contextos Euclides 300 a. C utilizou os princípios da geometria para oferecer um melhor conforto aos trabalhadores da margem do rio Nilo. De forma similar, Arquimedes com a Lei das Alavancas 287 a. C. propunha uma atividade física menos penosa aos trabalhadores.

Embora utilizando outra nomenclatura, Aristóteles (1991) já defendia também, que a vida boa é a vida mais desejável e que para alcançá-la é necessário o bem, a felicidade, o prazer, a virtude, bem-estar, sociedade e constituição política. No entanto, segundo Wood- Dauphine (1999) o termo Qualidade de Vida, propriamente dito, foi utilizado pela primeira vez em 1920, por Pigou, em um livro sobre Economia e bem-estar. Neste livro, o autor discutia o suporte governamental aos indivíduos pertencentes a classes econômicas menos favorecidas e o impacto desta ação na vida das pessoas e no orçamento do estado. Esta iniciativa não obteve sucesso, e o termo, no período, foi esquecido. A partir de 1948, com a definição da OMS de que saúde não é apenas a ausência de doença, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social, Testa e Simonson (1996) afirmam que o tema QV começa a ser retomado timidamente.

Após a segunda guerra mundial em 1945, Meeberg (1993) afirma que o termo QV passa a ser amplamente utilizado. No entanto, a QV era vista neste período, pelos ocidentais, como aquisição de bens materiais, ou seja, o bem estar aliado às conquistas econômicas. Contrapondo-se a esta ideia materialista, o presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson em 1964 declarou que as metas não podiam ser medidas somente pelo impacto financeiro, mas aliadas a QV que proporcionam as pessoas.

A partir de então, Testa e Simonson (1996) relatam que em 1973, somente cinco artigos científicos foram publicados no Banco de dados Medline com a palavra chave Qualidade de Vida. No ano seguinte, houve um aumento exponencial no interesse dos estudiosos por esta temática, quando 195 artigos foram disponibilizados, sendo que cinco anos depois, já havia 1252 publicações referentes ao tema.

Assim sendo, falar sobre QV é falar sobre um assunto atual, importante, no entanto ao mesmo tempo polêmico e complexo. Cardoso (2003) comenta que muitos autores têm trabalhado esta temática de forma indiscriminada, sem aprofundamento, em diversas áreas e suas vertentes. O assunto é polêmico e complexo porque representa mudanças, condições de vida, bem-estar, necessidades humanas e desenvolvimento social, dado que, muitas vezes estes termos são usados quase como sinônimos de QV.

Neste sentido, apesar da rápida proliferação de instrumentos para medir QV e a ampla literatura disponível sobre esta temática, não há ainda um conceito unicista e limitações da sua abordagem.

Por isso, Farquhar (1995) desenvolveu uma taxonomia para agrupar as definições de QV e as dividiu em quatro tipos:

- Tipo 1- **Definições globais**- são as mais comuns até meados dos anos 1980. Incorporam normalmente a ideia de satisfação/insatisfação e felicidade/infelicidade com a vida. Não se preocupam com dimensões do construto e operacionalização do conceito;
- Tipo 2- **Definição de componentes**- as definições baseadas em componentes surgem principalmente a partir de 1980, quando o conceito global da QV é dividido em componentes ou dimensões e os estudos empíricos são priorizados;
- Tipo 3- **Definição focalizada**- refere-se a um ou alguns dos componentes da QV. As formas mais comuns deste tipo são as que avaliam a saúde e a habilidade funcional;

- Tipo 4- **Definição combinada**- incorpora aspectos dos tipos 1, 2 ou 3, concomitantemente. Favorece aspectos do conceito em termos globais e ao mesmo tempo abrange as diversas dimensões que compõem o construto.

Considerando a existência destes quatro tipos de conceitos, a seguir serão descritas algumas definições para a QV.

Para Ware (1987), o termo QV é um conceito abrangente e envolve questões como satisfação no emprego, padrão de vida, qualidade de habitação, escola, entre outros. Alerta ainda, que é comum associar qualidade de vida com saúde, no entanto esta associação é equivocada, haja vista a saúde ser uma temática específica do indivíduo e a QV uma abordagem ampla.

A OMS, por meio do grupo WHOQOL (1995 p. 1404) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A partir desta definição, Fleck *et al* (2000) cita três aspectos fundamentais que devem ser considerados neste construto: subjetividade, multidimensionalidade e aspectos positivos (*e.g.* mobilidade) e negativos (*e. g.* dor).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000 p. 8), QV é “uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Os autores afirmam que este termo diz respeito a uma construção social, com a marca do relativismo cultural. Assim sendo, QV está relacionada a modos específicos, condições e estilo de vida. Dizem os autores que, recentemente a QV passou a incluir ideias de desenvolvimento sustentável, ecologia humana, se relacionando com o campo da democracia e do desenvolvimento dos direitos humanos e sociais.

Para finalizar, Kimura e Silva (2009) afirmam que apesar de ser compreendido pela população em geral, o construto QV é complexo, possui vários significados, diversos métodos de avaliação e enfoques.

Considerando as definições acima, a pesquisadora observa que a percepção de QV é individual e, portanto, subjetiva e está relacionada com as percepções individuais, culturais e sociais dos seres humanos. Além disso, QV é um tema amplo, que engloba questões sociais, ambientais, pessoais, políticas e humanas e que sofre alterações ao longo do tempo, já que as apreensões da realidade mudam no curso da vida e dos anos.

Assim, embora este assunto remeta a subjetividade das pessoas, existem dois caminhos para avaliá-lo: um objetivo; e outro subjetivo. O caminho objetivo tem como indicadores, segundo Souza e Guimarães (1999), a saúde, condições físicas, salário, moradia, entre outros indicadores quantificáveis. Já o caminho subjetivo, aborda percepções qualitativas e pessoais das experiências de vida e o sentimento humano e a avaliação que cada uma faz da sua qualidade de vida.

A autora desta pesquisa entende que a investigação da QV é importante, também para os profissionais de enfermagem, haja vista o serviço oferecido à clientela ser reflexo de todo processo de vida do cuidador. Desta forma, um profissional que não possui indicadores adequados de QV, provavelmente terá um comprometimento/dificuldade em desenvolver esta prática no exercício de sua profissão.

2.7.1 Qualidade de vida relacionada à saúde

Seidl e Zanon (2004) afirmam que existem duas tendências quanto à conceituação do termo QV na área da saúde: uma que entende e trabalha com a QV de uma forma mais genérica e outra, que aborda a QV relacionada à saúde de forma mais específica (avalia alguma patologia específica, *e.g.*, o HIV ou repercussões de uma dada doença na vida dos portadores). As mesmas autoras afirmam ainda, que o construto Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido muito frequentemente utilizado na saúde, com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, esta terminologia parece estar mais relacionada aos aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

No que diz respeito ao conceito de QVRS, Ware (1987) afirma que é necessário compreender primeiramente o significado do termo saúde, pois muitas vezes esta terminologia é reduzida/expressa somente mediante indicadores de expectativa de vida, taxa de mortalidade e causas de morte. Este autor, partindo então, da definição de saúde da OMS e de definições encontradas em dicionários, que conotam saúde como bem estar e vitalidade, define QVRS como os aspectos psicológicos, físicos, sociais, papel social e a percepção geral da saúde de um indivíduo, em decorrência de sua condição de saúde e/ou tratamento. Nesta mesma direção, Testa e Simon (1996) compreendem QVRS como os aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde, avaliados de diferentes formas a partir da experiência pessoal, crenças, expectativas e percepções.

Por outro lado, Auquier *et al* (1997 *apud* MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000), definem QVRS como o valor atribuído à vida a partir de deteriorações funcionais, percepções mediadas pelas condições sociais, doenças, agravos e tratamentos e à organização política e econômica do sistema assistencial. Giachello (1996) define QVRS de forma similar a Auquier, sendo que para ele, este construto significa avaliação da vida a partir de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e percepções da vida a partir da doença, tratamentos e outros agravos. Em contrapartida, Minayo, Hartz e Buss (2000), definem QV no âmbito da saúde, como compreensão das necessidades humanas básicas, materiais e espirituais; focalizada na capacidade de se viver sem doenças ou convivendo da melhor forma possível com doenças e agravos.

Apesar da diferença metodológico/conceitual apontada acima, entre os estudiosos da área, esta temática adquiriu importância na área de saúde, de acordo com Giachello (1996) devido a três fatores:

1. Evolução tecnológica que aumentou a sobrevida;
2. Mudança no perfil epidemiológico das doenças, com grande prevalência de doenças crônicas, onde não há cura e sim, necessidade de se conviver com as limitações;
3. Necessidade de se considerar as pessoas como seres biopsicossociais.

É possível concluir que existem duas vertentes em relação ao construto QV: (i) relacionada à avaliação da saúde de indivíduos saudáveis e/ou portadores de algum tipo de patologia, no sentido de promover a qualidade de vida; e (ii) relacionada mais a estudar a saúde dos indivíduos acometidos por limitações decorrentes de alguma doença/agravo.

Esta dissertação está inserida na primeira vertente, uma vez que avaliará a QVRS dos profissionais de enfermagem que atuam em unidade hospitalar. *A priori*, considera-se que, se estes profissionais estão ativos é porque apresentam uma boa qualidade de vida em relação a sua saúde. No entanto, a autora deste estudo observa a partir de sua prática profissional de dez anos enquanto enfermeira, que muitas vezes o profissional trabalha doente, com dores físicas, sem dormir, com problemas emocionais e familiares, entre outros. Tal fato ocorre, sobretudo, para o profissional não deixar a equipe “desfalcada”, os pacientes desprovidos de assistência de enfermagem, para não haver perda econômica, de dinheiro/*status* (plantão extra é bem remunerado) ou simplesmente porque se dedicam tanto a instituição hospitalar, que a vida social se torna totalmente comprometida.

Em relação à enfermagem, Salles (2005) relata que esta ciência tem se destacado em pesquisas na área em questão, devido à preocupação com a promoção da saúde do trabalhador e a melhoria da qualidade de vida da clientela que se encontra sob os seus cuidados. No entanto, apesar do destaque, não existem ainda, muitos estudos nacionais e internacionais avaliando a QVRS deste grupo ocupacional.

No Brasil, Oler *et al* (2005) realizou uma pesquisa com a equipe de enfermagem que atua em centro cirúrgico, investigando a QVRS por meio do instrumento SF-36 e constatou que de forma geral, os profissionais apresentam uma boa qualidade de vida, no entanto, apresentam comprometimento no domínio dor, vitalidade, aspectos físicos, aspectos sociais e saúde mental. Franco, Barros e Martins (2005) utilizaram este mesmo instrumento para investigar residentes de enfermagem e detectaram comprometimento em sua saúde emocional, vitalidade e saúde mental. Talhaferro, Barboza e Domingos (2006) também avaliaram a QV utilizando o SF-36 nos profissionais de enfermagem que atuam na central de material e esterilização e encontraram resultado semelhante aos estudos anteriores: comprometimento no domínio dor, vitalidade, aspectos físicos e aspectos emocionais. Pellicioti (2009) avaliou a equipe de enfermagem que atua em terapia intensiva utilizando o instrumento supracitado e identificou comprometimento do domínio dor, vitalidade e aspectos emocionais. Nestes estudos o domínio dor, vitalidade e aspectos emocionais mostraram-se comprometidos, corroborando a impressão da pesquisadora de que os profissionais de enfermagem subestimam seus problemas de saúde para manter seu ritmo de trabalho.

Bulhões (1998), quanto à saúde da equipe de enfermagem coloca que os problemas com a sua qualidade de vida advêm das cargas físicas, mentais e psíquicas. A sobrecarga física é decorrente do deslocamento dentro do trabalho, da postura adotada para realizar procedimentos, levantamento, sustentação e transporte de carga. A sobrecarga mental é proveniente das inúmeras interrupções durante a realização da atividade profissional, da complexidade das atividades e do elevado número de fatos a serem memorizados. A sobrecarga psíquica é derivada de problemas de comunicação, relacionamento, horário (desrespeito ao ritmo biológico, horas extras, permanência no local de trabalho mesmo tendo terminado o turno de trabalho, no caso de atraso dos colegas, admissões e intercorrências com os doentes).

Pela importância da avaliação em relação à saúde das pessoas, vários instrumentos têm sido criados/reproduzidos, que podem ser genéricos (permitem avaliar a saúde da população saudável em geral) ou específicos (que avaliam alguma doença em específico, *e. g.* HIV, câncer, asma, queimadura). São exemplos de instrumentos genéricos o *Nottingham*

Health Profile (NHP), o *Sickness Impact Profile* (SIP) e o *Item Short Form Health Survey* (SF-36).

Neste trabalho, será utilizado o *Item Short Form Health Survey* (SF- 36) descrito no item 5.6.2 que permitirá avaliar a saúde da amostra selecionada e compreender suas necessidades humanas fundamentais. Além disso, nos estudos descritos anteriormente avaliando a QVRS na enfermagem, as dimensões existentes se mostraram adequadas para avaliar a saúde e o bem estar dos trabalhadores que atuam neste ambiente organizacional.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Estresse Ocupacional e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em uma amostra de profissionais de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campo Grande/MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico-ocupacional da amostra;
- Avaliar o risco psicossocial para presença/ausência de Estresse Ocupacional na amostra;
- Caracterizar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde;
- Correlacionar o resultado dos questionários utilizados na pesquisa;
- Subsidiar com os achados obtidos, ações de promoção, prevenção e intervenção em saúde mental e qualidade de vida no trabalho.

Hipótese 01- A amostra exerce em sua maior parte, um trabalho de alta exigência, caracterizado por alta demanda e baixo controle, o que favorece a ocorrência do estresse.

Hipótese 02- A amostra refere um apoio social insatisfatório em relação aos colegas de trabalho e aos supervisores;

Hipótese 03- Os participantes da pesquisa apresentam comprometimento da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde;

Hipótese 04- A amostra apresenta resultados inferiores nos domínios aspectos físicos, dor e aspectos emocionais.

Hipótese 05- A amostra apresenta resultados superiores nos domínios capacidade funcional e vitalidade.

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, realizado junto a uma amostra de profissionais de enfermagem de um hospital de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul (MS). O desenho de pesquisa epidemiológica comporta a realização de um diagnóstico, no caso o número de participantes em risco para o estresse ocupacional, segundo os parâmetros da abordagem do *work stress*, que não concebe o estresse como uma doença, e sim como uma tentativa de adaptação do trabalhador no processo de trabalho; neste estudo, optou-se pelo Modelo D/C, já explicitado anteriormente.

A elaboração do *design* teórico-metodológico do estudo seguiu os cânones da abordagem psicossociológica em saúde mental do trabalhador. Esta abordagem, segundo Guimarães, Borges e Silva (2013) considera o papel e as condições do trabalho como fontes de promoção de saúde ou adoecimento.

5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O hospital universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), está localizado na cidade de Campo Grande/MS, conta com 339 servidores da enfermagem, sendo 295 de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) e 44 enfermeiros. Foram selecionados para participar deste estudo, os setores que atuam com a assistência de enfermagem e que prestam assistência ininterruptamente, 24 horas, o que reduziu a amostra a 273 profissionais (N=273), sendo 241 profissionais de nível médio e 32 de nível superior. Assim sendo, após as visitas no setor, a apresentação dos objetivos da pesquisa, o convite para participar do estudo, a realização do estudo piloto, deu-se em um grupo de vinte trabalhadores, sendo um de cada setor estudado, número este não aproveitado para o estudo definitivo.

De uma população de N=273 participantes, a amostra por conveniência, constituiu-se de n=227 profissionais de enfermagem sendo 126 auxiliares de enfermagem, 75 técnicos de enfermagem e 26 enfermeiros, que aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Exercer a profissão de enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem em unidades que prestam assistência de enfermagem nas 24 horas;
- Ter vínculo estatutário com a instituição;

- Aceitar participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não estar ativo.
- Exercer a atividade profissional no ambulatório geral ou de pediatria, Hospital Dia e Pulsoterapia e Central de Material e Esterilização (CME).
- Não preencher os demais critérios de inclusão.

5.4 LÓCUS DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em todos os setores de internação/procedimento do hospital Universitário, que possuíam pessoal de enfermagem de nível médio e superior, prestando assistência 24 horas.

5.5 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Esta pesquisa na fase de coleta de dados utilizou os seguintes recursos:

- Humanos: a pesquisadora e um estagiário do curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), ambos treinados para a aplicação dos instrumentos;
- Materiais: computador, *tonner*, canetas, lápis, envelopes, *clips*, pastas, papel A4 para impressão dos questionários, grampeador, grampo para grampeador, marca texto. Todos os materiais foram custeados pela pesquisadora.

5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram utilizados três instrumentos de pesquisa nesta investigação.

5.6.1 Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO)

O QSDO (Apêndice A) foi criado exclusivamente para atender os objetivos desta pesquisa. É composto por dezessete questões, sendo seis referentes às características pessoais dos participantes (idade, sexo, estado civil, filhos, escolaridade e responsabilidade financeira no lar), duas sobre hábitos de vida (ingestão de bebida alcoólica e tabagismo) e oito sobre as variáveis relacionadas ao trabalho (setor de atuação, função exercida, renda, realização de plantões, horário de trabalho, horário que realiza plantões, tempo de trabalho na instituição, se possui outro vínculo empregatício e a função exercida nesta outra instituição). Todas as questões são fechadas e disponibilizam as opções possíveis para a marcação das respostas.

5.6.2 *Job Content Questionnaire/ Job Stress Scale*

O *Job Content Questionnaire* (JCQ) ou “Questionário sobre o conteúdo do trabalho” é um instrumento para mensurar as características psicossociais do trabalho, por meio da verificação da latitude de decisão, demandas psicológicas e apoio social. O JCQ não possui nenhuma escala para avaliar estressores fora do ambiente de trabalho. (KARASEK *et al*, 1998). Este modelo, focaliza sua atenção, de acordo com Alves *et al* (2004) no modo como o trabalho é organizado.

O formato recomendado do JCQ, de acordo com Araújo e Karasek (2008) é o que possui 49 questões. A versão com 49 questões foi validada por Araújo e Karasek, em 2008, por meio de um estudo realizado no Brasil para verificar aspectos psicossociais em trabalhadores formais e informais. Para a latitude de decisão, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,6576; 0,7103 para suporte social; e 0,7584 para demandas psicológicas. Os autores relataram que em geral, os coeficientes de alfa de Cronbach revelaram um desempenho semelhante ao de outros exemplos, de grandes estudos, demonstrando consistência interna aceitável.

No entanto, Tores Theörell em 1988 criou na Suécia, uma versão reduzida, que denominou *Job Stress Scale- JSS-* composta por dezessete questões. Esta versão, foi adaptada para o português por Alves *et al* em 2004, em um estudo com funcionários contratados de uma universidade do Rio de Janeiro. Obteve-se um alfa de Cronbach de 0,72 para demanda, 0,63 para controle e 0,86 para apoio social. Quanto à consistência interna do instrumento, os três fatores obtiveram resultados acima de 0,81. Assim, os autores consideraram que a adaptação foi bem sucedida e permite reprodutibilidade.

Em ambas as versões, Karasek (1998) afirma que o modelo tem a vantagem de ter sido validado em várias amostras de diferentes países, o que permite resultados comparativos. No entanto, sugere cuidado durante a aplicação, uma vez que o questionário é auto aplicado e interferências do estado emocional do trabalhador podem ocorrer.

Será utilizada neste trabalho, a versão reduzida do *Job Content Questionnaire* (JCQ), denominada *Job Stress Scale* (JSS)-(Anexo A). Esta escala avalia as demandas e controles no ambiente de trabalho, relacionando-os ao risco de adoecimento, identificando ainda, o apoio social ou não, dos colegas e chefes no local de trabalho. Quanto à demanda, a escala possui cinco questões com respostas do tipo *Likert* (1 a 4), que variam entre frequentemente e nunca/quase nunca. Em relação ao controle, são disponibilizadas seis questões. Para esta dimensão, as respostas também variam de 1 a 4 e estão dispostas numa escala do tipo *Likert*, variando de frequentemente a nunca/quase nunca. Quanto ao apoio social, contém seis questões e as respostas também estão dispostas em uma escala do tipo *Likert* (1 a 4), com variações que vão desde: concordo totalmente até discordo totalmente.

5.6.3 Item Short Form Health Survey (SF-36)

Para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à saúde, optou-se pelo uso do Questionário SF-36, que, segundo Habiba *et al* (2010) tem sido um dos instrumentos de avaliação de QVRS mais utilizados na atualidade. Tal fato se deve principalmente a este instrumento mensurar o *status* de saúde da população de uma forma genérica e ser auto administrado. (LIN *et al*, 2009).

Há cerca de vinte anos, John Ware e sua equipe criaram um grupo de estudo sobre resultados médicos, denominado *Medical Outcomes Study* (MOS). Este projeto, segundo Ware e Sharbourne (1992) tinha dois objetivos: (i) avaliar se as variações nos resultados dos doentes eram explicadas por diferenças no sistema de cuidados, saúde, formação ou prática clínica; e (ii) criar um instrumento prático para a monitorização contínua dos resultados. De acordo com Ware (2003) o primeiro instrumento criado por este grupo era composto por 149 questões e, denominado *Item Functioning and Well Being Profile* (FWBP) que foi testado em mais de 22.000 americanos. Para a sua criação, outros instrumentos utilizados nos anos de 1970 e 1980 foram analisados nos quesitos: capacidade funcional, aspectos físicos e emocionais, dor, saúde mental, entre outros, para a elaboração do primeiro questionário.

A partir deste primeiro instrumento criado por este grupo, Hays, Sherbourne e Mazel (1995) analisaram 116 questões que abordavam quarenta conceitos relacionados à saúde,

aplicáveis a todos os indivíduos, subdivididos em três domínios: saúde física, mental e saúde geral. Assim, esta primeira versão muito longa foi sendo aprimorada, a fim de reduzir o número de conceitos de saúde, sem alterar, de forma significativa, o conteúdo do instrumento. Ainda de acordo com os autores supracitados, durante a construção do instrumento, sempre houve a preocupação de se obter um bom padrão psicométricos. Por isso, os testes seguiram as diretrizes recomendadas para a validação de medidas psicológicas e educacionais da Associação Americana de Psicologia e do Conselho Nacional de Medidas em Educação.

O formato final destes testes deu origem a um instrumento composto por 35 questões, divididas em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental e uma questão que avalia a saúde atual comparada à de um ano atrás, que não é computada em nenhum dos oito domínios. Em razão do elevado interesse internacional, Ware e colaboradores criaram o projeto IQOLA (International Quality of Life Assessment) para traduzir e validar o Inquérito de Saúde SF-36 e outras medidas de resultados relatados, para uso internacional.

A partir de então, o instrumento passou por uma extensa avaliação nos Estados Unidos e posteriormente, segundo Keller *et al* (1998) foi testado em mais nove países (Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Reino Unido). Em todos os locais, o SF-36 foi interpretado pelos participantes, de forma similar. Com este resultado, foi comprovado que é possível utilizar e validar este instrumento em diferentes culturas, que a mensuração e a interpretação mantêm-se fidedignas. Além disso, Ware e Gandek (1998) referem que as correlações de confiança entre todas as escalas, foram satisfatórias.

Em 1996, foi publicada a segunda versão do SF-36, que de acordo com Ware (2000), em termos de conteúdo, não teve nenhuma alteração, no entanto a formatação, pontuação, redação das instruções de preenchimento de cada item, foi aprimorada.

Atualmente, de acordo com o domínio *online* IQOLA (1994), o SF-36 já foi submetido a mais de 60 adaptações transculturais, em seis continentes. Há cerca de 4000 publicações referentes à sua utilização, sendo 800 aproximadamente, só com tradução e validação.

Este questionário foi elaborado em 1992 por Ware e Sherbourne e por ser um questionário genérico de avaliação de saúde, John e Ware (2008) afirmam que tem a vantagem de poder ser utilizado para avaliar pessoas de qualquer idade, sexo, com ou sem problemas de saúde e de comparar resultados.

No Brasil, este instrumento foi adaptado culturalmente para a população brasileira e traduzido por Rozana Ciconelli em 1997, em uma amostra de cinquenta pacientes portadores de artrite reumatóide. Os autores relatam que seguiram a metodologia internacional recomendada pelos especialistas neste processo de validação. Referem ainda que, optaram por traduzir este questionário, entre tantas opções em virtude de ser menos extenso, de fácil compreensão e de fácil aplicabilidade. Os autores consideraram que a reprodutibilidade do questionário nos oito domínios é satisfatória e significativa (CICONELLI, 1997; CICONELLI *et al*, 1999).

Será descrito a seguir, o que cada um dos domínios do SF-36 (Anexo B) se propõe a avaliar, de acordo com Ware e Sherbourne (1992):

- Capacidade funcional (CF): avalia tanto a presença quanto a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. Possui três níveis de resposta: muita limitação, pouca limitação e sem limitação.
- Aspectos físicos (AF): investiga as limitações no tipo e na quantidade de trabalho, e nas atividades de vida diária, em decorrência de problemas físicos.
- Dor: caracteriza a intensidade e extensão da dor, bem como sua interferência nas atividades de vida diária.
- Estado geral de saúde (EGS): avalia a percepção do indivíduo em relação a sua saúde geral.
- Vitalidade (VT): avalia a percepção do indivíduo sobre a sua energia, fadiga, cansaço e esgotamento.
- Aspectos sociais (AS): verifica a limitação da participação em atividades sociais, como consequência de problemas com a saúde.
- Aspectos emocionais (AE): verifica problemas na vida diária e trabalho, em virtude de problemas emocionais como ansiedade e depressão.
- Saúde Mental (SM): avalia percepções em relação a sentimentos de ansiedade, depressão, bem estar, desânimo, perda do controle emocional e felicidade.
- Alterações da saúde: este item não é computado nos oito domínios, porém é importante, pois faz uma avaliação comparativa entre alterações na saúde ocorridas no período de um ano e permite conhecimento e avaliação do processo de saúde/doença.

A partir destes oito domínios, Ware *et al* (1986) propõem a classificação dos indivíduos avaliados pelo SF- 36 em dois grandes grupos, conforme mostrado na Figura 8:

- (i) o componente físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde), e
- (ii) o componente mental (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental).

Esta classificação em dois grandes grupos foi possível, segundo Ware (2003), mediante estudos, pesquisas e avaliação de outros instrumentos como o SIP, o *Health Insurance Experiment* (HIE), o MOS e o *Dartmouth COOP Chart System*.

Além disso, Ware (2000) relata que foram feitos testes de correlação entre os oito domínios da escala e os dois grupos (componente físico e componente mental), em que a capacidade funcional, aspectos físicos e dor se correlacionaram altamente com o componente físico. Saúde mental, aspectos emocionais e função social tiveram melhor correlação com o componente mental. O domínio vitalidade e estado geral da saúde tiveram uma alta correlação com ambos os componentes. No entanto, a partir da experiência teórica do autor, foi definido que vitalidade contribuiria mais para o componente mental e a saúde geral para o componente físico.

Ware (2003) informa ainda, que existe a possibilidade de se agregar mais um fator a estes dois grandes grupos, que é o da participação/papel social. Tal fato se deve à Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a saúde postular que este domínio deva ser avaliado separadamente do componente mental, bem como pesquisadores não distinguirem entre problemas físicos e mentais como causas da restrição da participação individual. Além disso, o Japão e outros países asiáticos já estão utilizando as três avaliações, subdivididas em: domínios físico, mental e social.

Nesta direção, Anatchkova, Ware e Bjorner (2011) centrados no modelo biopsicossocial e na classificação internacional de funcionamento, incapacidade e saúde têm realizado estudos com a finalidade de investigar as situações relacionadas à vida familiar, trabalho, vínculos sociais, entre outros, no processo de saúde. Estes estudos, embora preliminares, estão demonstrando que participação/papel social são componentes-chave na promoção do bem-estar social e consequentemente, na determinação da qualidade de vida relacionada à saúde.

Sullivan, Karlsson e Ware (1995) dizem quanto ao SF-36, que independente dos participantes estarem doentes ou saudáveis, os oito conceitos multidimensionais representam uma avaliação operacional da saúde, incluindo função e disfunção comportamental,

desconforto e bem estar. Em adição, fornece relatórios objetivos e subjetivos da classificação e evoluções favoráveis e desfavoráveis ao estado de saúde geral,

De acordo com Ware (2000) o SF-36 pode ser aplicado em pessoas com mais de quatorze anos e que possuam capacidade de ler o questionário. Além da auto aplicação, é possível administrar o questionário por meio de entrevista, enquete postal, e-mail e contato telefônico. Quanto ao resultado, os valores podem variar de zero (0) a cem (100). Zero corresponde ao pior estado de saúde e cem ao melhor estado de saúde.

Abaixo, na Figura 8 estão demonstrados os oito domínios do SF-36 e a subdivisão em dois componentes:

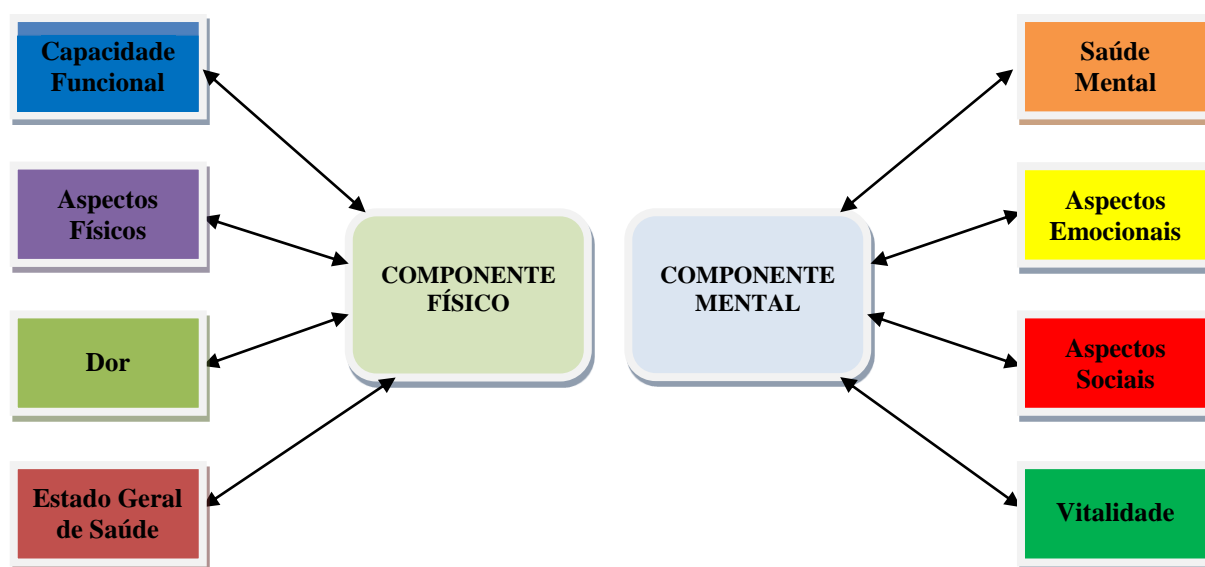


FIGURA 8 - Domínios do SF-36 divididos em dois componentes

Fonte: Ware, Kosinski e Keller (1994). Tradução: Silva (2014)

5.7 PROCEDIMENTOS

Em primeiro lugar, buscou-se a autorização para a realização desse estudo no Hospital Universitário Maria Pedrossian-HU (Apêndice C). Posteriormente o projeto foi avaliado pela Divisão de Apoio Acadêmico do Hospital universitário e a seguir apresentado na reunião do conselho diretivo. Sua realização foi aprovada pelos conselheiros, por unanimidade.

Para a verificação da viabilidade dos instrumentos, foi realizado um estudo piloto com vinte servidores de níveis médio e superior de enfermagem do HU. Verificou-se que: (i) os instrumentos disponibilizados eram adequados aos objetivos da pesquisa; (ii) o tempo

médio de aplicação de 20 minutos; (iii) boa compreensão pela amostra pesquisada sobre o que se é perguntava nos questionários.

A pesquisadora percebeu que, pelo tempo despendido para responder os cinco primeiros questionários no estudo piloto e também pelo tipo de atividade exercida pela enfermagem, que não seria possível entregar os questionários e aguardar a entrega dos mesmos preenchidos, pois poderia ocorrer prejuízo quanto à assistência ao paciente. Assim sendo, optou-se por entregar e explicar os questionários individualmente a cada participante, a importância de responder a todas as questões, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, e em caso de dúvida, solicitar o auxílio da pesquisadora que retornaria após uma hora, para recolher os questionários respondidos. Esta estratégia mostrou-se eficaz e houve uma adesão considerável à participação na pesquisa. Os questionários respondidos no projeto piloto foram excluídos e, portanto, não considerados para a análise estatística dos dados.

A seguir, iniciou-se a coleta dos dados para a pesquisa. Por proximidade setorial, dividiu-se o hospital em três grandes áreas: (i) área materno-infantil composta pelos setores de clínica pediátrica, UTI Neonatal, Berçário, maternidade, centro obstétrico e pré-parto; (ii) Clínica médica, UTI adulto e enfermagem de doenças infecciosas e parasitárias; (iii) Pronto-atendimento médico, centro cirúrgico, cirúrgicas I, II, e III, Unidade coronariana e Unidade renal.

Não se pode omitir que a pesquisadora é funcionária da instituição pesquisada e está lotada no CTI Pediátrico. Neste setor, para evitar desconforto aos participantes do estudo e garantir uma maior confiabilidade dos dados, a aplicação dos instrumentos foi realizada por um estudante de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco- UCDB, sem vínculo com o hospital pesquisado, devidamente treinado para a tarefa. Nos demais setores de internação, os questionários foram aplicados pela pesquisadora principal, haja vista, não haver nenhum vínculo com os locais estudados.

A pesquisadora compareceu a todos os setores que prestam assistência de enfermagem ininterruptamente e durante 24 horas, exceto CTI Pediátrico e convidou a todos os servidores de todos os períodos a participarem da pesquisa. Foi explicado o objetivo da pesquisa e os questionários a serem preenchidos. Comunicou-se aos participantes a opção de obterem os resultados individuais dos instrumentos de pesquisa, por meio de solicitação via e-mail para a pesquisadora, contido no TCLE ou inserindo o e-mail particular não institucional, em uma das páginas dos questionários. Esta iniciativa de retorno dos resultados parecer ter estimulado positivamente a participação da equipe de enfermagem no estudo. No CTI

Pediátrico, o procedimento foi o mesmo, no entanto, realizado pelo pesquisador auxiliar, previamente orientado pelo pesquisador principal e pela orientadora do estudo.

A aplicação dos instrumentos deu-se entre os dias 8 e 28 de outubro de 2013, nos períodos matutino, vespertino e noturno. A pesquisadora compareceu nestes períodos nos referidos setores e entregou um envelope contendo os três questionários utilizados na pesquisa para cada participante, juntamente com o TCLE. Após a aplicação dos questionários, os mesmos foram colocados em envelopes, separados do TCLE, para preservar a identidade dos participantes.

De forma geral, o estudo foi bem recebido pelos trabalhadores, que manifestaram verbalmente elogios à iniciativa de pesquisar os profissionais de enfermagem. Alguns se recusaram a participar, com a justificativa de que este tipo de estudo poderia interferir na quantidade de plantões extras, disponibilizados pela instituição, no sentido de diminuir e consequentemente interferir na renda familiar. O centro cirúrgico, em especial, foi o local de mais difícil acesso para realizar o convite à participação, em decorrência da rotina de trabalho, caracterizada pelo número elevado de procedimentos cirúrgicos, poucas salas cirúrgicas disponíveis e, portanto alta rotatividade, não permitindo ao trabalhador tempo de parar seu serviço para ouvir sobre a pesquisa e, optar por participar. Outro fato a destacar é que nos setores visitados, em que os enfermeiros responsáveis apresentaram a pesquisadora aos profissionais lotados sob sua responsabilidade, a adesão a participar da pesquisa foi maior.

Após o término da coleta de dados, as respostas obtidas foram inseridas em planilhas EXCEL, criadas pela pesquisadora.

A análise estatística deu-se por meio do software *SPSS*- 17ª versão, sendo feitas inicialmente, análises descritivas dos três instrumentos aplicados. A seguir, foi feita correlação de *Pearson* entre os instrumentos SF-36 e JSS e também associações entre o QSDO e os dois instrumentos citados.

Na etapa seguinte, foi realizada análise de variância-ANOVA e regressão linear simples, para verificar possíveis associações estatisticamente significativas entre as variáveis de estudo e a variável “ter filho”. A seguir, todas as associações significativas encontradas foram utilizadas para montar uma regressão linear múltipla, para determinação de quais os fatores contribuintes para a gênese do estresse e da redução da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde, nesta amostra.

Os resultados obtidos pelo grupo de participantes serão apresentados e disponibilizados ao Diretor de Enfermagem, ao Diretor Geral, à Gerência de Recursos

Humanos do hospital e aos servidores que solicitaram saber dos resultados por e-mail à pesquisadora, individualmente, em conjunto com possíveis encaminhamentos.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e aprovado em 05 de Setembro de 2013, sob o parecer consubstanciado número 385.857.

Participaram deste estudo somente os entrevistados que concordaram em assinar o TCLE (Apêndice B). Foi mantido sigilo do nome dos participantes, durante todo o processo de realização da pesquisa.

Com relação às eventuais mobilizações emocionais que ocorreram na aplicação dos instrumentos, essas foram devidamente levadas em conta pela pesquisadora, que tem esse tipo de treinamento, tanto em sua formação de profissional da saúde, quanto de pesquisadora. As principais mobilizações foram manifestas por meio de relatos dos profissionais a respeito de problemas de relacionamento familiar, doenças de familiares, problemas de saúde (hipertensão, diabetes, artralguas, lombalgias, depressão e ansiedade resultando em uso contínuo de medicamentos) e insegurança quanto ao futuro do trabalho no hospital com a implantação da gestão da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar) pelo governo federal, no ano de 2014. As consequências emocionais advindas desta gestão são muitas, pelo remanejamento dos auxiliares de enfermagem das unidades de terapia intensiva, mudanças na forma de trabalho, conflitos resultantes de trabalhadores com vínculo celetista e estatutário, mudança da carga horária atual de trinta horas e redução da disponibilidade das horas extras com a chegada dos novos trabalhadores contratados.

Foram enviados os resultados e eventuais encaminhamentos, aos servidores que solicitaram que assim fosse feito, por e-mail.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciando-se pela caracterização sócio-demográfica-ocupacional da amostra, são apresentados os resultados e a discussão deste estudo. Nesta seção, serão apresentados somente os resultados estatisticamente significativos das análises descritivas e das associações.

Os instrumentos **JSS** e **SF-36** não apresentaram correlações estatisticamente fortes entre si, portanto, seus resultados não serão apresentados.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS PESSOAIS E OCUPACIONAIS DA AMOSTRA

TABELA 1a - Caracterização da faixa etária, sexo e estado civil da amostra.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
IDADE			
De 20-30 anos	05	2,2	2,2
De 31-40 anos	66	29,1	29,3
De 41-50 anos	81	35,7	36,0
De 51-60 anos	62	27,3	27,6
61 anos ou mais	11	4,8	4,9
Total válido	225	99,1	100,00
Dados faltantes	02	0,9	
Total	227	100,0	
SEXO			
Feminino	163	71,8	72,1
Masculino	63	27,8	27,9
Total válido	226	99,6	100,00
Dados faltantes	01	0,4	
Total	227	100,00	
ESTADO CIVIL			
Solteiro	25	11,0	11,1
Casado/Amasiado	150	66,1	66,7
Viúvo	03	1,3	1,3
Separado	47	20,7	20,9
Total válido	225	99,1	100,0
Dados faltantes	02	0,9	
Total	227	100,0	

Porcentagem válida: calcula a porcentagem excluindo os dados faltantes.

A faixa etária dos participantes (36% com idade entre 41 e 50 anos, 27,6% com idade entre 51 e 60 anos e 4,9% acima de 60 anos, totalizando 68,5% de profissionais acima de 41 anos), difere da maioria dos estudos encontrados na literatura pesquisada, em que a maioria dos profissionais de enfermagem é composta por adultos jovens, com até 40 anos.

Este fato se deve provavelmente aos servidores desta instituição ingressarem na instituição, por concurso público federal, o que gera estabilidade dentro da universidade, fato confirmado no estudo de Mauro *et al* (2010) em um hospital universitário no Rio de Janeiro, que também encontrou um grande número de trabalhadores de enfermagem (48,6%) na faixa etária entre 40 e 49 anos. No entanto, considerando o tipo de atividade desempenhada, por este profissional estes dados são preocupantes, haja vista, que as mesmas exigem energia, vigor, destreza, agilidade, força, prazos, metas e boas condições físicas, o que naturalmente vai reduzindo com o avanço da idade. Corroborando esta assertiva, um estudo realizado por Clendon e Walker (2013) na Austrália, em que, cerca de 62% da amostra de enfermagem tinha idade superior a 50 anos, detectou-se altos níveis de dor e maior limitação física destes participantes, quando comparados aos com idade inferior.

A amostra estudada reproduz quanto ao sexo, o que ocorre na população de profissionais de enfermagem do mundo, isto é, é predominante feminina (72,1%) (TABELA 1). Segundo Coelho (2005), tal fato se deve a dois fatores: (i) aos resquícios históricos da posição da mulher na sociedade, de mãe e responsável pelos cuidados doméstico e familiares e (ii) pelo surgimento da enfermagem como prática de cuidados fundamentada na docilidade, na submissão, na abnegação e no recato, sendo que em muitas escolas de enfermagem, um pré-requisito fundamental para o ingresso era ser do sexo feminino. Assim sendo, a mão de obra da mulher para esta ocupação, foi majoritariamente absorvida. Em adição, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) têm mostrado que a participação da mulher no mercado de trabalho aumentou de 40,5% em 2003 para 45,3% em 2011, demonstrando a evolução da participação feminina no mercado de trabalho. Martins (2003) acrescenta que a participação do sexo feminino é expressiva nas profissões voltadas para o atendimento à saúde.

A maioria dos participantes (66,7%) é casada/amasiada, conforme demonstrado na Tabela 1. Tal resultado confirma os achados do estudo de Mauro *et al* (2010), que encontrou 50,7% de casados ou similar, em uma amostra de 296 profissionais de enfermagem, os resultados de Magnago *et al* (2010), que encontrou 65,8% de 491 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Rio Grande do Sul que tinham companheiro e os obtidos por Araújo *et al* (2003) no qual 50% dos 502 profissionais de enfermagem de um hospital público de Salvador tinham companheiro.

A seguir, a amostra será caracterizada quanto ao número de filhos e escolaridade.

TABELA 1b - Caracterização da amostra quanto ao número de filhos e escolaridade.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Nº			
F	00	10,6	10,7
I	01	20,7	20,9
L	02	42,7	43,1
H	03	20,3	20,4
O	04	4,4	4,4
S	05	0,4	0,4
Total válido	225	99,1	100,0
Dados faltantes	02	0,9	
Total	227	100,0	
ESCOLARIDADE			
EF	01	0,4	0,4
EM incompleto	03	1,3	1,3
EM completo	47	20,7	20,7
ES incompleto	54	23,8	23,8
ES completo	45	19,8	19,8
Especialização incompleta	11	4,8	4,8
Especialização completa	46	20,3	20,3
Mestrado incompleto	12	5,3	5,3
Mestrado completo	05	2,2	2,2
Doutorado incompleto	02	0,9	0,9
Doutorado completo	01	0,4	0,4
Total	227	100,0	100,0

EF- Ensino fundamental; EM- Ensino médio; ES- Ensino superior.

A Tabela 1b demonstra que 43,1% da amostra possuem 02 filhos, o que está de acordo com os dados do último censo do IBGE (2012) sobre a população geral, que em 2010 encontrou no Brasil uma taxa de fecundidade de 1,90 e no Centro- Oeste 1,92 filhos por mulher. Quando comparado o número de filhos e a escolaridade, o IBGE encontrou uma taxa de fecundidade na região centro-oeste de 2,96 por mulher sem instrução ou com ensino fundamental incompleto; 2,55 para mulheres com ensino fundamental e médio incompleto; 1,44 para mulheres com ensino médio completo e superior incompleto e 1,22 para mulheres com ensino superior completo, dado ratificado na pesquisa realizada, em que a amostra predominantemente feminina possui em sua maioria dois (02) filhos e 23,8% com ensino superior incompleto.

Ainda em relação à escolaridade, fica evidente na amostra em estudo, uma educação continuada funcional, pois o quadro de servidores conta com pessoas cursando ensino superior, especialização, mestrado e doutorado, além de especialistas, mestres e um (01) doutor. Um dos propulsores desta melhor/maior formação dos trabalhadores é o decreto da Presidência da República de nº 5824 de 29 de Junho de 2006, que estabelece a concessão de percentuais de incentivos financeiros, de acordo com o nível de qualificação/capacitação por

tempo indeterminado, para o servidor que se qualificar/capacitar e apresentar os diplomas à unidade de gestão de pessoas da instituição federal. Esta proposta presidencial tem estimulado os servidores federais a uma constante formação, no entanto, a iniciativa não é acompanhada de nenhum outro benefício profissional para o servidor, exceto o financeiro, e o mesmo permanece exercendo igual função/cargo, apesar de possuir uma formação diferenciada.

No Brasil, segundo dados publicados pelo Serviço Social da Indústria (SESI, 2005) os trabalhadores formais com ensino fundamental somam 16,4%, ensino médio incompleto 8,7%, ensino médio completo 29,5%, ensino superior incompleto 3,8% e ensino superior completo 19,8%. Assim sendo, comparado aos trabalhadores formais brasileiros, a amostra do estudo apresenta-se com maior escolarização. Comparando-se aos profissionais de enfermagem do estudo de Schmidt *et al* (2009) que encontrou 58,3% da amostra com ensino médio completo, os participantes do presente estudo também apresentam maior escolarização.

A seguir, a Tabela 1c demonstra a renda mensal, ser ou não ser o principal provedor financeiro do lar, tabagismo e consumo de bebida alcoólica da amostra.

TABELA 1c - Caracterização da amostra quanto à renda mensal, ser ou não o principal provedor financeiro do lar, tabagismo e consumo de bebida alcoólica.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
RENDA MENSAL			
Até 4 SM	21	9,3	9,3
Entre 5 e 7 SM	119	52,4	52,4
Entre 8 e 10 SM	65	28,6	28,6
Acima de 10 SM	22	9,7	9,7
Total	227	100,0	100,0
PRINCIPAL PROVEDOR			
Sim	135	59,5	59,5
Não	92	40,5	40,5
Total	227	100,0	100,0
TABAGISTA			
Não	211	93,0	93,0
Sim	16	7,0	7,0
Total	227	100,0	100,0
CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA			
Nunca	106	46,7	46,7
Socialmente	98	43,2	43,2
Uma vez/semana	10	4,4	4,4
Mais de uma vez/semana	13	5,7	5,7
Total	227	100,0	100,0

SM- salário mínimo

Com os dados da Tabela 1c, é possível afirmar que a maioria dos participantes (52,4%) possui renda mensal entre 05 e 07 salários mínimos. A renda mensal dos

profissionais de enfermagem do hospital universitário do Rio de Janeiro é menor, de acordo com o estudo de Mauro *et al* (2010), com predominância da faixa salarial de 3 até 5 salários mínimos. Quando comparado ao estudo de Magnago *et al* (2010), o nível salarial da amostra de estudo é ainda maior do que do hospital universitário do Rio Grande do Sul, em que 41,3% dos trabalhadores da enfermagem recebem menos de 02 salários mínimos. É importante ressaltar que, ao rendimento da amostra é acrescido o valor dos plantões extras. Em relação aos plantões extras, a Tabela 1f, os descreve em detalhes.

Quanto a ser o principal provedor financeiro do lar, esta realidade é vivenciada por 59,5% da amostra, apesar de 66,7% serem casados ou possuírem um companheiro. Comparando este achado com as estatísticas da população brasileira, o IBGE (2002) encontrou no censo demográfico de 2000 que 24,9% das mulheres são as responsáveis financeiras nos domicílios; e no centro-oeste 24,2% e atribuiu este resultado a casamentos desfeitos, mudança sociocultural e à maior participação da mulher do mercado de trabalho. Uma pesquisa divulgada pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2004) a partir dos dados obtidos pelo censo do IBGE relatou que a chefia feminina (lares em que a mulher é a principal provedora financeira) em 1992 estava presente em 19,3% dos lares brasileiros e passou a ocorrer em 25,2% dos lares em 2002 totalizando um aumento na ordem de 32,1% em 10 anos.

Na amostra em estudo, 93% dos participantes referem não ser tabagistas. Em relação ao índice de 7% de tabagistas encontrados, a porcentagem está abaixo do resultado encontrado na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) realizada pelo IBGE (2008) que detectou 14,5% de brasileiros como fumantes diários e 17,2% dos sul-matogrossenses. No entanto, apesar de um número menor de tabagistas na amostra, comparando-se às estatísticas nacionais, estes dados devem ser avaliados com cautela, pois em se tratando de profissionais da área de saúde que conhecem/vêem na prática profissional os malefícios do tabaco, era de se esperar que o índice de fumantes fosse próximo de zero.

Dos participantes, 46,7% referem nunca ingerir bebida alcoólica, 43,2% socialmente, 5,7% mais de uma vez na semana e 4,4% uma vez na semana. Galduróz (2005) realizou um estudo nas 107 maiores cidades do Brasil e afirma que o consumo de álcool é um problema de saúde pública, pois encontrou um consumo em 68,7% da população, valor próximo ao encontrado no Chile 70,8% e Estados Unidos, de 81%. O Uso do álcool merece atenção, pois de acordo com Vaissman (2004) o alcoolismo é (i) a terceira causa para absenteísmo no trabalho, (ii) a causa mais frequente de aposentadoria precoce e acidentes de trabalho e (iii) a oitava causa de concessão de auxílio doença pela previdência social. A OIT (2008) aponta

para os custos econômicos advindos da perda da produtividade do trabalhador dependente desta substância. Além disso, Michel (2000) relata que 5% dos funcionários de qualquer empresa apresentam dependência química. Há que se notar que em pesquisas realizadas no local de emprego do profissional, tendem a produzir resultados subestimados quanto a temas-tabu, no caso, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas, pelo fato de, mesmo garantido o sigilo de nomes, os trabalhadores, relataram a menor os seus hábitos de consumo, ou mesmo negarem uso abusivo de qualquer substância.

A seguir na Tabela 1d ser demonstrada a categoria profissional dos trabalhadores do estudo e o seu setor de atuação.

TABELA 1d - Caracterização dos participantes quanto à categoria profissional e setor de atuação.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
FUNÇÃO			
AE	126	55,5	55,5
TE	75	33,0	33,0
Enfermeiros	26	11,5	11,5
Total	227	100,0	100,0
SETOR DE ATUAÇÃO			
Clínica médica	20	8,8	8,8
UTI adulto	12	5,3	5,3
Centro cirúrgico	17	7,5	7,5
PAM	34	15,0	15,0
Pediatria	15	6,6	6,6
UTI neonatal	16	7,0	7,0
CTI pediátrico	11	4,8	4,8
Berçário	08	3,5	3,5
Cirúrgica I/II/III	37	16,3	16,3
UCO	12	5,3	5,3
Unidade renal	09	4,0	4,0
DIP	07	3,1	3,1
Maternidade	10	4,4	4,4
Centro obstétrico e PP	19	8,4	8,4
Total	227	100,0	100,0

AE-Auxiliar de enfermagem; TE-Técnico de enfermagem; UTI-Unidade de terapia intensiva; PAM-Pronto atendimento médico; CTI-Centro de tratamento intensiva; UCO-Unidade coronariana; DIP-Doenças infecto-parasitárias; PP-Pré-parto.

Na Tabela 1d observa-se que, de um total de 227 profissionais de enfermagem, 55,5% são auxiliares de enfermagem, 33% técnicos de enfermagem e somente 11,5%, enfermeiros. O dimensionamento do pessoal de enfermagem é garantido pela resolução nº293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem e prevê para (i) assistência mínima e intermediária: 33 a 37% de enfermeiros e os demais auxiliares/técnicos de enfermagem; (ii) assistência semi-intensiva: 42 a 46% de enfermeiros e os demais auxiliares/técnicos de

enfermagem; (iii) para assistência intensiva: 52 a 56% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem. De acordo com as horas de enfermagem disponibilizadas nesta resolução, seriam necessários para os 256 leitos disponíveis na instituição, 272 enfermeiros e 243 técnicos/auxiliares de enfermagem, o que corresponde a seis vezes menos o total previsto em legislação. Assim sendo, é evidente o desfalque de servidores, na instituição estudada, principalmente enfermeiros, o que gera uma grande sobrecarga de trabalho/plantões extras.

Quanto a distribuição dos trabalhadores nos setores de internação, a maior porcentagem, 16,3% está alocada nos setores de pacientes cirúrgicos, seguido de 15% no pronto atendimento médico e porcentagens equânimes nos demais setores, segundo o número de leitos disponibilizados e a gravidade dos clientes atendidos.

A Tabela 1e, mostra a caracterização da amostra quanto ao tempo de trabalho na instituição e o horário de trabalho.

TABELA 1e - Caracterização dos participantes quanto ao tempo de trabalho na instituição e horário de trabalho.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
TEMPO DE TRABALHO			
Até 5 anos	14	6,2	6,2
Entre 6 e 10 anos	49	21,6	21,6
Entre 11 e 20 anos	97	42,7	42,7
Mais de 20 anos	67	29,5	29,5
Total	227	100,0	100,0
HORÁRIO DE TRABALHO			
Manhã	54	23,8	23,8
Tarde	41	18,1	18,1
12x60	43	18,9	18,9
12x36	24	10,6	10,6
Noturno	65	28,6	28,6
Total	227	100,0	100,0

A Tabela 1e evidencia que, 42,7% trabalham em enfermagem de 11 e 20 anos, seguido de 29,5% a mais de 20 anos, 21,6% entre 06 e 10 anos e somente 6,2% até 05 anos, demonstrando a necessidade da realização concursos públicos para suprir a falta de servidores. Considerando que a maioria dos trabalhadores desta instituição possui entre 41 e 50 anos de idade, é esperado que a maioria exerça a profissão de 11 e 20 anos e mais de 20 anos. Assim sendo, fica evidente que estes profissionais trabalham na enfermagem por longos anos, expostos a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais e sem nenhum acompanhamento/avaliação da sua capacidade para o desempenho de sua função.

O horário de trabalho destes participantes é distribuído de forma equitativa, entre manhã, tarde, diurno (12 horas de trabalho e 36 horas de descanso de segunda a sexta-feira) e noturno (12 horas de trabalho e 60 horas de descanso), compatível com uma unidade hospitalar que funciona e presta atendimento 24 horas.

A Tabela 1f mostra o número de plantões realizados pelos participantes e os principais períodos em que os mesmos ocorrem.

TABELA 1f - Número de plantões extras que a amostra realiza por mês e período em que o realiza.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
PLANTÃO			
Não realiza	08	3,5	3,5
Até 5 por mês	43	18,9	18,9
Entre 6 e 10 por mês	144	63,4	63,4
Mais de 10 por mês	32	14,1	14,1
Total	227	100,0	100,0
PERÍODO DOS PLANTÕES			
Diurno	36	15,9	16,4
Noturno	46	20,3	20,9
Ambos	138	60,8	62,7
Total de válidos	220	96,9	100,0
Dados faltantes	07	3,1	
Total	227	100,0	

De acordo com a Tabela 1f, a grande maioria dos trabalhadores (219) realiza plantão extra, sendo que 63,4% fazem entre 06 e 10 plantões ao mês, 18,9% até 05 plantões/mês e 14,1% mais de 10 plantões/mês. Cada plantão, nesta instituição, tem a duração de 12 horas, não existindo um número máximo de plantões que se possa realizar. Nenhum servidor é obrigado a realizar plantões, porém esta realidade se faz presente desde o início do seu histórico trabalhista, sendo, o rendimento auferido por meio dos mesmos, agregado ao ganho mensal. Até 2010, não havia legislação nacional regulamentando os plantões hospitalares, mas a partir do decreto nº 7186 foi criado o Adicional de Plantão Hospitalar (APH) que determinou que o plantão passasse a ter duração mínima de 12 horas, não podendo superar 24 horas/semana, por servidor. Assim sendo, cada servidor poderia realizar em torno de 96h/mês de plantão. Todavia, este número de horas não era suficiente para manter o mesmo número de leitos. Desta forma, a direção do hospital e a reitoria da universidade utilizaram a verba destinada à manutenção da instituição, para pagar pelo restante das horas de plantão excedente. A instituição tem necessidade de mão de obra em todos os horários, assim sendo, 62,7% realizam plantões tanto no período diurno, quanto no noturno. Já 20,9% realizam

plantões somente no horário noturno e 16,4% no diurno, provavelmente por problemas pessoais, adaptação do ritmo biológico, entre outros.

Abaixo na Tabela 1g, a amostra será caracterizada quanto a possuir outro emprego e a função exercida neste outro emprego.

TABELA 1g - Caracterização da amostra quanto a possuir outro emprego e função desempenhada no segundo emprego.

Variáveis Pessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
POSSUI OUTRO EMPREGO			
Não	204	89,9	89,9
Sim	23	10,1	10,1
Total	227	100,00	100,0
FUNÇÃO NO OUTRO EMPREGO			
Técnico em enfermagem	2	0,9	8,7
Enfermeiro	10	4,4	43,5
Outros	11	4,8	47,8
Total de válidos	23	10,1	100,0
Dados faltantes	204	89,9	
Total	227	100,0	

A Tabela 1g demonstra que somente 10,1% dos participantes possui outro emprego. Este pequeno número de funcionários com duplo emprego, se deve provavelmente ao fato de que a existência de um grande número de plantões hospitalares disponíveis, proporciona uma renda familiar suficiente, não havendo necessidade de procurar outros empregos. Quanto ao segundo emprego, a maioria (47,8%) exerce função outra, que não a de enfermagem e 43,5%, a função de enfermeiro. No Brasil, a realidade do duplo emprego para a população de enfermagem é real e em números elevados. Corroborando esta informação, Araújo *et al* (2003) encontrou na Bahia, 53,9% de profissionais de enfermagem com duplo vínculo empregatício e Griep (2011), no Rio de Janeiro, 36% convivendo com dupla jornada de trabalho.

Embora o número de trabalhadores com outro vínculo empregatício não seja expressivo, esta instituição convive com a realidade da jornada de plantões extras e por isso no estudo atual, foi realizado um levantamento do número de trabalhadores que possuem outro emprego e que realizam concomitantemente plantões extras:

TABELA 2 - Frequência e porcentagem de profissionais com duplo vínculo empregatício que realizam plantão extra.

Frequência Absoluta	Porcentagem	Nº plantões extra
01	4,3%	Nenhum
08	34,8%	Até 5 plantões extra/ mês
14	60,9%	Entre 6 e 10 plantões / mês
00	00	Acima de 10 plantões/mês
Total = 23	Total 100%	

A Tabela 2 demonstra que dos 23 trabalhadores que têm duplo vínculo empregatício, somente 01 não realiza plantões extras. A grande maioria (60,9%) faz entre 06 e 10 plantões extras/mês e conforme demonstrado na Tabela 1f, realiza o mesmo número de plantões que os servidores com um único vínculo empregatício, o que evidencia uma carga horária de trabalho remunerado para estes trabalhadores, de até **440 h/mês**, considerada atípica e que foge ao preconizado para a manutenção da saúde física e mental do trabalhador. Para garantir a promoção da saúde e prevenir danos, tanto aos trabalhadores submetidos a esta carga horária de trabalho, quanto à clientela por eles assistida, será sugerido à gerência de enfermagem em relatório técnico, um limite máximo de plantões aos servidores que possuem duplo vínculo empregatício. Além disso, estratégias nacionais reivindicadas por esta categoria, como carga horária semanal de trabalho de 30 horas e piso salarial devem ser apoiadas, para que estes trabalhadores possam manter sua saúde física e mental e a dignidade salarial, com repercussões positivas na qualidade da assistência prestada.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO ESTRESSE NO TRABALHO E O APOIO SOCIAL

Para o estabelecimento dos quadrantes propostos por Karasek (1998), é necessário primeiramente atribuir os escores para as dimensões demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social. Estes escores são obtidos por meio da soma dos pontos dados a cada uma das perguntas, da respectiva dimensão. Na dimensão demanda psicológica, cada resposta recebe uma pontuação de 1 a 4, no sentido da menor para a maior frequência: sempre (4 pontos), às vezes (3 pontos), raramente (2 pontos) e nunca (1 ponto). Das cinco questões, uma possui direção reversa (questão 04), sendo pontuada do seguinte modo: sempre (1 ponto), às vezes (2 pontos), raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). O escore de demanda psicológica é obtido por meio da soma dos escores das cinco perguntas, podendo variar entre 05 e 20.

Na dimensão “controle sobre o trabalho”, a cada resposta é dada uma pontuação de 1 a 4, no sentido da menor para maior frequência, do mesmo modo que na demanda

psicológica. Das seis questões, uma possui direção reversa (questão 09), sendo pontuada da seguinte forma: sempre (1 ponto), as vezes (2 pontos), raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). O escore da dimensão controle é obtido por meio da soma de suas seis perguntas, podendo oscilar entre 06 e 24.

O escore de apoio social é obtido por meio da soma de suas seis perguntas, podendo variar entre 06 e 24. A cada resposta é atribuída uma pontuação de 1 a 4, no sentido da menor para maior frequência, conforme o realizado para a dimensão demanda e controle.

Para a definição dos quadrantes de exposição ao estresse no trabalho e a definição dos valores altos/baixos para cada segmento, atribui-se o ponto de corte da mediana dos escores encontrados, para cada uma das dimensões. Na Tabela 03 podem ser observados os valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão para demanda, controle e apoio social.

TABELA 3 - Resultado dos valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão da demanda no trabalho, controle e apoio social percebido.

JSS	Mínimo	Máximo	Média	±DP
DEMANDA	05	19	11,24	2,28
CONTROLE	07	19	12,68	1,97
APOIO SOCIAL	06	21	11,55	2,95

A Tabela 03 demonstra em relação à demanda, que a pontuação mínima detectada foi 05 e a máxima de 19 pontos, com média de 11,24. Assim sendo, foi estabelecido que valores acima da média, fossem considerados como alta demanda e valores abaixo da média, inclusive 11,24, baixa demanda. Em relação ao controle, os valores mínimo e máximo evidenciados foram 07 e 19 respectivamente, com média de 12,68. Uma pontuação acima de 12,68 foi considerada como alto controle e abaixo de 12,68 inclusive, baixo controle. Quanto às seis questões que avaliam apoio social, a pontuação mínima encontrada foi 06 e a máxima 21 pontos, sendo a média de 11,55. Uma pontuação acima de 11,55 foi considerada como alto apoio social e abaixo de 11,55 inclusive, baixo apoio social.

Ao analisar os escores gerais para as dimensões do JSS e seu respectivo intervalo, observa-se escores medianos para as três subdimensões, o que pode indicar a existência de um grupo com risco intermediário para o estresse ocupacional. Para prevenir e tratar o estresse, além dos dados identificados neste estudo, será proposto o levantamento das situações potencialmente deletérias a saúde física e mental, realizado por meio do sistema intranet da instituição, coletando depoimentos/sugestões dos trabalhadores que enfrentam as

difficultades/facilidades diariamente; sendo também proposta à instituição, a criação de um programa de manejo do estresse ocupacional.

Após a atribuição dos valores mínimos, máximos e medianas, os valores encontrados referentes à demanda, controle e apoio social foram colocados em porcentagem, conforme demonstrado nas Figuras 09, 10 e 11, para caracterização, discussão e comparação dos resultados obtidos, com os da literatura.

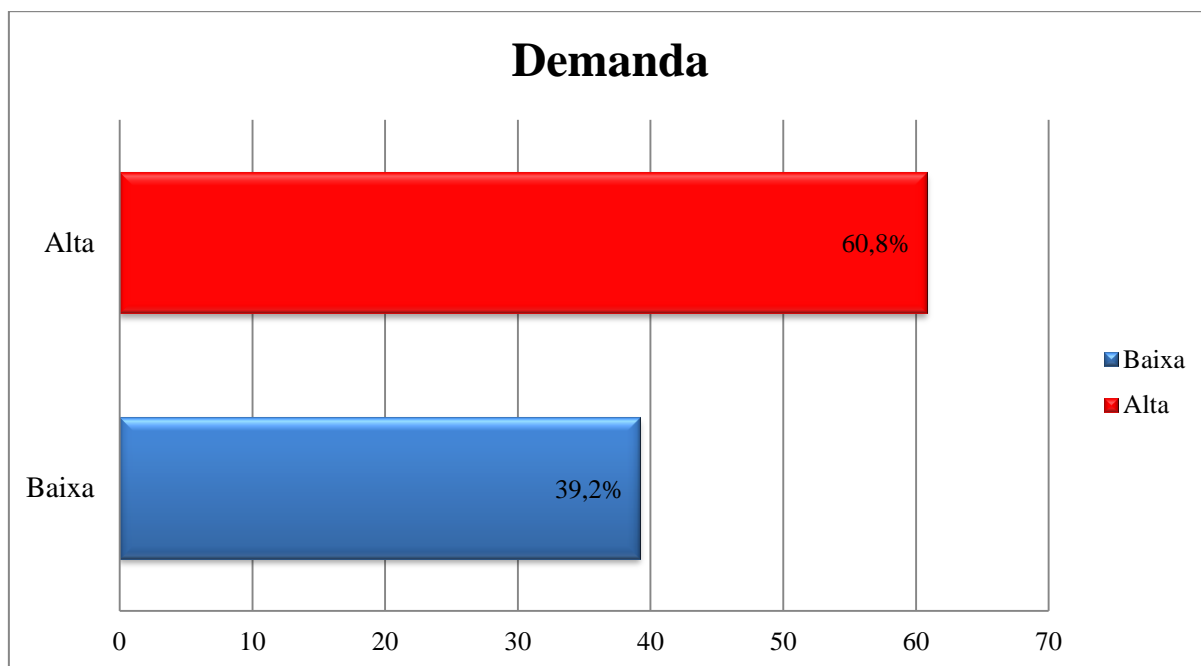


FIGURA 9 - Caracterização da amostra quanto à demanda percebida no trabalho.

Como se observa na Figura 9, em relação às demandas psicológicas, é possível afirmar que 60,8% dos participantes percebem-na como alta caracterizada por um trabalho intenso, de alta exigência que deve ser executado com muita rapidez e em pouco tempo. Este resultado é inerente à profissão enfermagem, pois a mesma lida com seres humanos doentes 24 horas ao dia e que necessitam de atendimento para a manutenção da vida e satisfação de suas necessidades humanas básicas, não sendo possível a ocorrência portanto, de um trabalho lento, monótono e sem comprometimento com os resultados.

Uma porcentagem de 60,8% para demanda no trabalho encontrada neste estudo, não confirma a encontrada por Costa (2010) de 42,5% em um estudo realizado com profissionais de enfermagem da Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS que lidam nas unidades de urgência e emergência, provavelmente pelo fato do hospital ter a necessidade da continuidade da assistência, diferentemente das unidades de pronto-atendimento, que após a realização do primeiro cuidado ao cliente o encaminha para a unidade hospitalar, em caso de internação ou o libera para voltar para casa.

Abaixo, na Figura 10, a amostra será caracterizada quanto ao controle exercido sobre trabalho desempenhado.

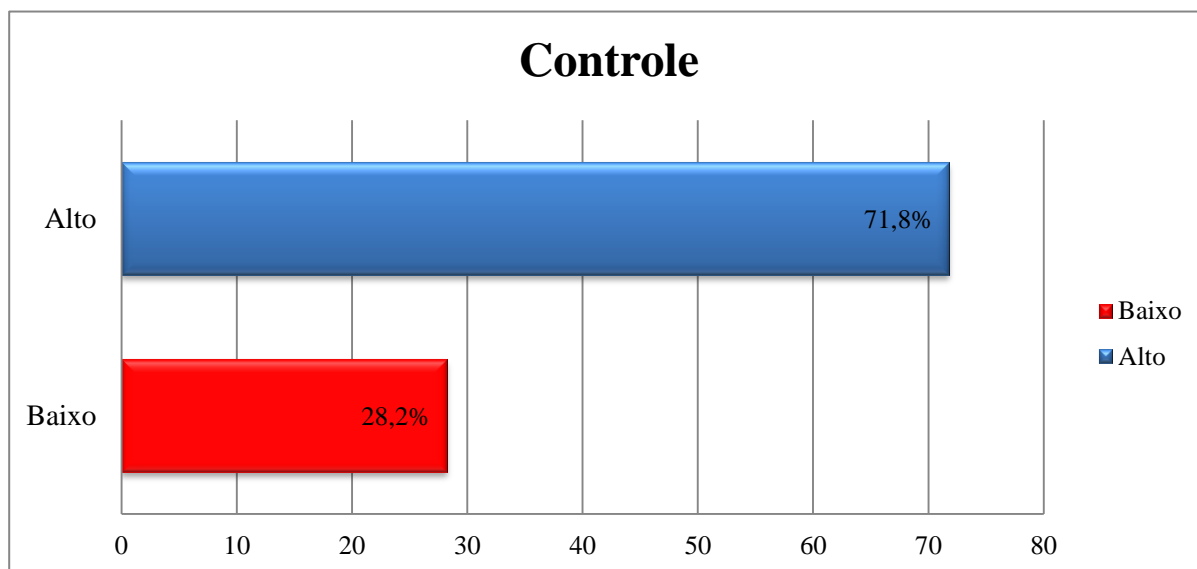


FIGURA 10 - Caracterização da amostra quando ao controle exercido sobre o trabalho.

Em relação ao controle sobre a atividade desempenhada, a Figura 10 demonstra que 71,8% dos participantes acreditam ter alto controle sobre o trabalho, evidenciando a possibilidade de o trabalhador escolher como e quais tarefas realizar, além de adquirir conhecimentos novos e especializados. O alto controle pode ser decorrente desta unidade de trabalho ser um hospital escola, em que todos os cursos da área de saúde realizam estágios, permitindo aos trabalhadores acompanhar e opinar sobre doenças, adquirir novos conhecimentos científicos e tecnológicos e ser referência acadêmica e profissional para os alunos. Outro fator que pode influenciar a atividade do trabalhador e também o controle é a longa permanência no local de trabalho, em virtude dos plantões extras do trabalhador na instituição, o que aumenta a demanda de trabalho. No entanto, o controle também aumenta, já que o trabalhador conhece profundamente a rotina de trabalho e a melhor forma de realizá-la, minimizando sua sobrecarga de trabalho. Em um estudo realizado por Schmidt *et al* (2009) com profissionais de enfermagem de 11 instituições que atuam no bloco cirúrgico, foi encontrado um alto controle, somente nos funcionários das instituições públicas e filantrópicas, fato que corrobora os achados do presente estudo.

Ao contrário, em uma pesquisa realizada por Teixeira (2011) com 523 funcionários de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os escores obtidos para controle foram opostos aos do presente estudo, ou seja, 97,5% dos trabalhadores atribuíram baixo controle sobre as atividades desempenhadas. Zapf (2002) relata que o controle sobre a

atividade desempenhada e a presença de apoio social, repercute positivamente na carga emocional do trabalho da enfermagem, promovendo satisfação com o trabalho e reduzindo o surgimento da síndrome de *burnout*.

Na Figura 11, será demonstrado o resultado obtido para o apoio social.

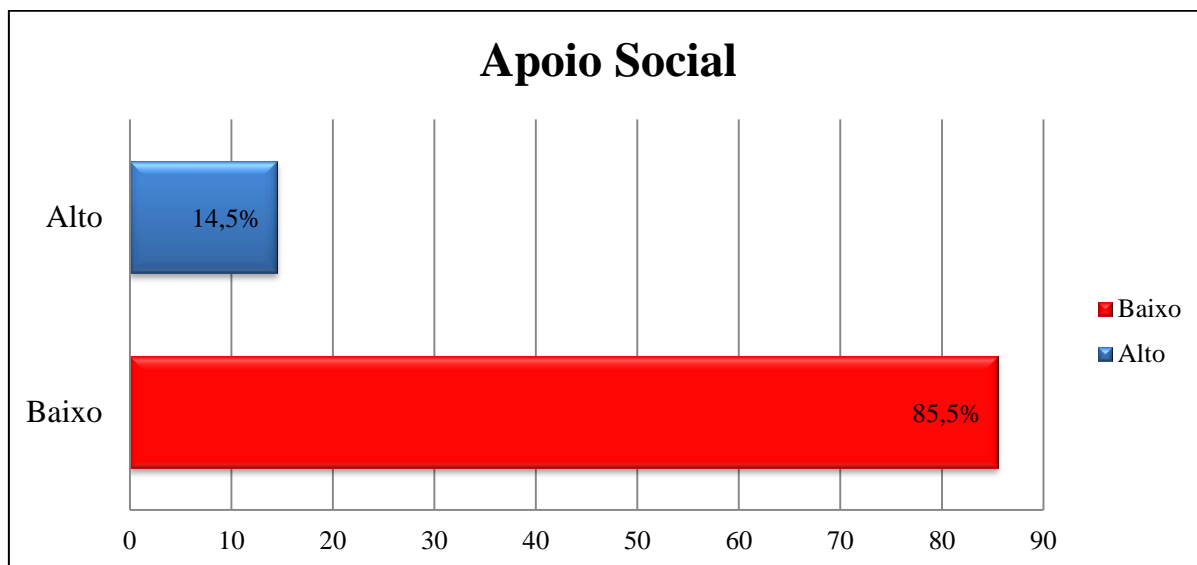


FIGURA 11 - Caracterização dos participantes quanto à percepção do apoio social dos colegas de trabalho e supervisores.

Em relação ao apoio social, 85% dos participantes o consideram baixo, com dificuldades nas relações interpessoais no trabalho (Figura 11), confirmando a hipótese 02 deste trabalho. O apoio social no trabalho é investigado no JSS, por meio de questões referentes à tranquilidade do ambiente de trabalho, cooperação e relacionamento entre colegas de profissão e supervisores. Este resultado pode ser atribuído ao fato da enfermagem, desde sua origem, ser estratificada e por isso, formada por quatro categorias profissionais, em que o enfermeiro se incumbe, tanto da parte assistencial, quanto da gerencial, gerando muitas vezes, conflitos entre eles e os demais funcionários assistenciais da enfermagem. Um fator que também pode gerar o baixo apoio social é a sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho, em virtude da jornada de trabalho, em que muitas vezes o trabalhador para atender esta demanda, trabalha de maneira individualista, isolada, com reduzida interação social, sendo que muitas vezes, um profissional não tem conhecimento dos problemas e dificuldades enfrentados pelo outro. Além disso, o aspecto histórico de subserviência da enfermagem, não favorece um ambiente de trabalho alegre, tranquilo e com interação social, pois este clima de trabalho é considerado pelos gestores da instituição, como descaso com o local de trabalho e falta de engajamento.

Na experiência clínica da pesquisadora, a mesma já foi questionada por supervisores sobre trabalhadores sob sua responsabilidade realizarem pausa de 15 minutos em uma jornada de 06 horas para a ingestão de água ou alimento, atitude esta considerada como imprópria em horário de trabalho. Tal ocorrência demonstra o entendimento que se tem até mesmo com o suprimento de necessidades básicas do servidor, como se fossem perda de tempo, burla ao trabalho, entre outras. O baixo apoio social pode ser atribuído também à organização de trabalho, que exige produtividade e na maioria das vezes oferece condições precárias de trabalho com estrutura sucateada, equipamentos danificados, em número insuficiente e escassez de mão de obra, gerando relações de trabalho tensas e precárias. Cabe acrescentar que Andrade *et al* (2012) encontraram que trabalhadores de enfermagem de hospital públicos possuem menor suporte social no trabalho quando comparados aos indivíduos dos hospitais privados. Corroborando o resultado encontrado no presente estudo, Amaral (2006) acrescenta que 76% dos profissionais de enfermagem acreditam ter baixo suporte social no trabalho. Na mesma direção, Costa (2010) encontrou 51,1% de profissionais de enfermagem que referem ter baixo suporte social e Freitas (2013), 71,4% dos profissionais de enfermagem, também, com reduzido apoio social no trabalho. Com base nos dados apresentados, o baixo apoio social no trabalho, parece ser uma queixa comum aos diferentes estudos consultados.

Cabe acrescentar que Karasek e Theörell (1990) reforçam que o apoio social no local de trabalho é fundamental para reduzir o reflexo das tensões de trabalho na saúde. Além disso, estudos com a enfermagem têm sugerido que o suporte social no trabalho tem aumentado o desempenho profissional, reduzido a percepção do estresse e aumentado a percepção positiva da saúde (FERREIRA, 2010; COSTA, 2010). Leite e Silva (2007) reiteram que a ausência do apoio social no trabalho pode ser uma fonte de estresse e por consequência, aumentar a ocorrência da síndrome de *burnout*. Também, Pisaniello, Winefield e Delfabro (2012) verificaram que o apoio social funciona como um moderador da carga emocional do trabalho da enfermagem e que a sua presença resulta em um trabalho positivo, repercutindo em bem estar e saúde para estes profissionais. Considerando o efeito positivo da presença do apoio social no trabalho, poderá ser sugerida à chefia geral da enfermagem a criação de grupos de trabalho envolvendo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para a elaboração de estratégias que possam fortalecer as relações interpessoais no ambiente de trabalho.

A seguir, serão demonstradas as proporções em que as quatro situações possíveis de trabalho, de acordo com o Modelo Demanda e Controle de Karasek (1998), ocorreram neste estudo, a partir da interação dos níveis altos e baixos da demanda e do controle e da

verificação da porcentagem dos trabalhadores expostos aos ambientes de trabalho estressantes.

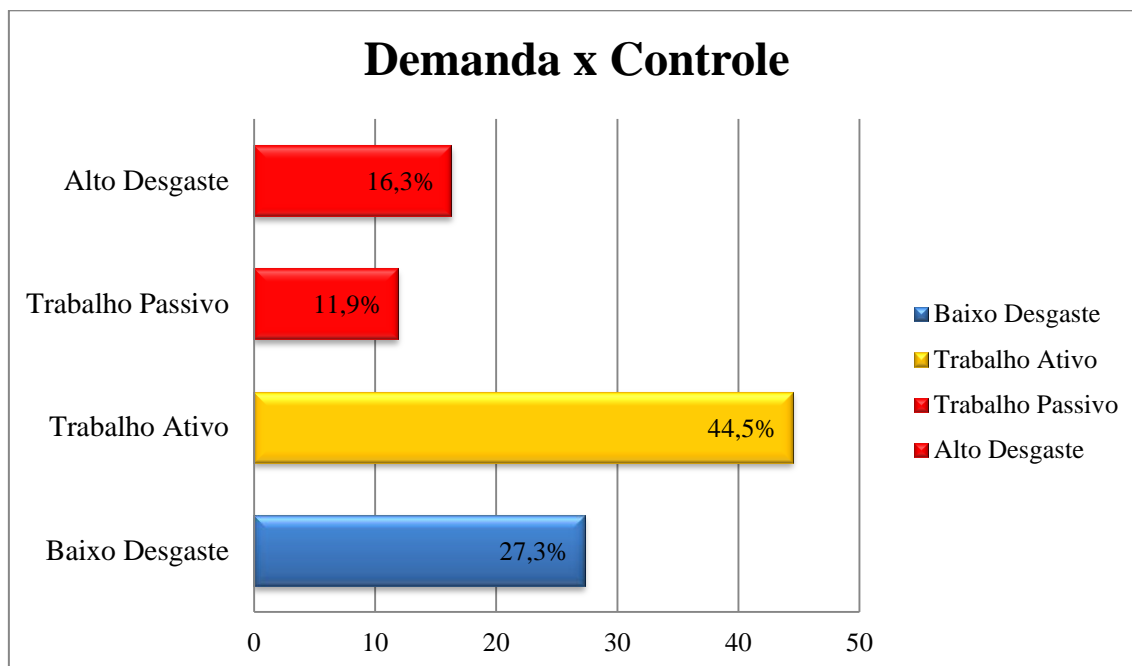


FIGURA 12 - Identificação e porcentagem dos tipos de trabalho possíveis, para Karasek (1998).

A Figura 12 mostra que a hipótese 01 deste trabalho, foi rejeitada. Esta hipótese postulava que a amostra, em sua maior parte, vivenciava um trabalho de alta exigência caracterizado por alta demanda e baixo controle, mas o que se observou foi que a maioria dos participantes, vivencia o **trabalho ativo** (44,5%), caracterizado por alta demanda e alto controle. De acordo com Araújo, Graça e Araújo (2003) este tipo de trabalho expõe os mesmos a um risco intermediário de estresse. Este resultado pode ser atribuído ao fato destes trabalhadores exercerem suas funções por longo tempo na instituição e, portanto terem um controle maior sobre a atividade desempenhada. Além disso, este hospital trabalha com uma carga horária semanal de 30 horas, o que possivelmente ameniza o efeito das longas jornadas de trabalho decorrentes das horas extras, gerando no trabalhador uma sensação de maior controle sobre o local de trabalho. Em seguida, há 27,3% dos trabalhadores vivenciando uma situação de baixo desgaste no trabalho, em que há baixa demanda e alto controle, situação esta considerada ideal no Modelo Teórico-Metodológico de Estresse Ocupacional Demanda-Controle, de Karasek (1998) e menos nociva a saúde do trabalhador. Dos participantes, 16,3% vivenciam um trabalho de alto desgaste, alta demanda e baixo controle, com alto risco para o estresse. Um trabalho passivo, em que há baixa demanda e baixo controle e risco

intermediário para o estresse é percebido por 11,9%. Ressalte-se que os resultados apresentados são preocupantes, pois 16,3% de enfermeiros, parcela considerável deles, apresentam um alto risco para o estresse. Em oposição, um estudo realizado com 491 trabalhadores de enfermagem de um hospital escola do Rio Grande do Sul por Magnago *et al* (2010) obteve 30% dos trabalhadores de enfermagem classificados no grupo de trabalho passivo, 29% no grupo de trabalho ativo, 21% no grupo de alta exigência e 20% no grupo de baixa exigência.

Ainda com relação aos resultados observados na Tabela 12, cabe acrescentar que Araújo *et al* (2003) ressaltam que a maioria das reações adversas como fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas acontecem em ambiente de trabalho de alta exigência, apontando para o risco de exposição continuada às mesmas. O trabalho ativo, alertam Araújo, Graça e Araújo (2003), deve ser analisado com cuidado, pois análises experimentais em laboratório têm demonstrado que a alta demanda, pode bloquear os reforços provenientes do alto controle e gerar situações de estresse, em virtude do esforço empreendido para obter o resultado necessário. Além disso, estes autores têm encontrado uma alta prevalência de transtornos mentais menores, em ambientes em que o trabalho ativo predomina.

Para compreender os fatores que podem influenciar a demanda, o controle e o apoio social, serão demonstradas as correlações que apresentaram associações estatísticas significativas entre estes três fatores e o QSDO.

TABELA 4 - Caracterização da amostra quanto à profissão exercida *versus* demanda, controle e apoio social.

Função	Demanda (±DP)		Controle (±DP)		Apoio Social (±DP)	
AE						
N	126		126		126	
Média	11,60	(2,20)	12,87	(1,70)	11,21	(2,88)
TE						
N	75		75		75	
Média	11,01	(2,37)	12,60	(2,29)	11,37	(3,00)
Enfermeiro						
N	26		26		26	
Média	12,15	(1,95)	11,86	(1,80)	13,69	(2,69)
p=	*0,007		0,091		*0,001	

AE - Auxiliar de enfermagem; TE - Técnico de enfermagem.

* Resultados estatisticamente significativos

A Tabela 04 mostra os valores médios encontrados para demanda, controle e apoio social de acordo, com a função exercida. Em relação à demanda, os enfermeiros referem

maior demanda psicológica do que os técnicos e auxiliares de enfermagem, provavelmente, em virtude do pequeno número destes profissionais na instituição, acarretando acúmulo de funções, sobrecarga de trabalho e excesso de responsabilidade. Além disso, o enfermeiro não realiza apenas atividade assistencial e sim é responsável na unidade, pela provisão de material, elaboração de escalas de plantões, encaminhamento de material para manutenção, coordenação das atividades de enfermagem, treinamento da equipe, orientação de acompanhantes e familiares, gerenciamento das crises setoriais entre servidores de enfermagem, médicos, supervisão de enfermagem e acompanhantes/visitantes. Os únicos setores nesta instituição com enfermeiros fixos durante as 24 horas são a unidade coronariana e o pronto atendimento médico. Nos demais, existe a supervisão de enfermagem, que consiste em um mesmo enfermeiro responder assistencialmente e gerencialmente, no período noturno e aos finais de semana, por pelo menos 03 setores. Estudos realizados com profissionais de enfermagem por Schmidt *et al* (2009) e Magnago (2008) também encontraram valores de demanda psicológica superior para enfermeiros, como no presente estudo. Para o enfrentamento desta problemática na presente instituição, seria necessária a abertura de concurso público para provimento da falta destes profissionais. No entanto, como esta estratégia extrapola os limites desta pesquisa, serão sugeridas ações locais como suporte emocional e acolhimento por parte da gerência de enfermagem, das dificuldades enfrentadas diariamente por estes profissionais, para que ocorra uma menor carga de trabalho e consequentemente das exigências, em geral, de trabalho.

Um maior controle sobre a atividade desempenhada ocorreu para técnicos e auxiliares de enfermagem do que para enfermeiros, que são responsáveis por supervisionar, ensinar e coordenar a equipe de enfermagem. Tal resultado, talvez possa ser atribuído à dinâmica de trabalho destes profissionais, que muitas vezes vivenciam uma lacuna entre o trabalho real e o prescrito, segundo o que preconiza Dejours (1992). O fato de os técnicos e auxiliares de enfermagem considerarem ter maior controle sobre sua atividade do que os enfermeiros, pode ser decorrente de os primeiros, realizarem a parte manual, não sendo exigido, portanto, manejo de instrumentos, métodos e processos de enfermagem. Resultado semelhante, que corrobora o do presente estudo foi encontrado na pesquisa de Magnago (2008) que atribuem este achado às inúmeras interrupções vivenciadas pelos enfermeiros, decorrentes de emergências, falta de pessoal e trabalho em turnos e auxiliares e técnicos de enfermagem com graduação e com conhecimento científico aprimorado, acerca das tarefas prescritas a serem realizadas.

Em relação ao apoio social, os maiores valores foram encontrados para os enfermeiros e os menores para os técnicos e auxiliares de enfermagem, o que pode ser atribuído ao fato destes profissionais, em sua maioria, não terem um enfermeiro específico por turno, responsável pelo setor. Assim sendo, a maioria, principalmente do período noturno tem contato com o enfermeiro coordenador, somente em reuniões extraordinárias ou por telefone, prejudicando as relações humanas e sociais no trabalho e criando uma distância entre chefia e subordinados. Em contrapartida, os enfermeiros, por seu número reduzido, fortalecem as relações humanas e sociais com os subordinados com os quais trabalham diariamente e com os supervisores dos setores vizinhos, haja vista as dificuldades para resolver individualmente situações, tais como, de falta de material, equipamentos, funcionários e cobrir a falta dos enfermeiros de férias e atestados médicos. No presente estudo, tal resultado também pode ser devido ao número reduzido de enfermeiros e um melhor vínculo profissional para resolver os problemas institucionais. Resultado oposto foi obtido por Ferreira (2010) que verificou níveis mais elevados de apoio social para técnicos e auxiliares de enfermagem quando comparados aos dos enfermeiros. Existem, no entanto, poucos estudos na literatura avaliando a percepção de apoio social, entre as diferentes categorias de enfermagem.

Após a análise descritiva dos dados referentes à categoria profissional, demanda, controle e apoio social, foi realizada uma análise de variância (ANOVA), para verificar se estes resultados eram estatisticamente significativos.

Em relação à profissão exercida, é possível afirmar que existe uma associação significativa em relação ao apoio social ($p=0,001$) em que, os enfermeiros apresentam melhores resultados comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Em relação à demanda, existe associação estatisticamente significativa ($p=0,007$), na qual os enfermeiros percebem-na como superior aos técnicos e auxiliares de enfermagem. O controle, apesar de ser maior para técnicos e auxiliares de enfermagem e menor para enfermeiros, não apresentou associação estatisticamente significativa, verificando-se apenas uma tendência.

A seguir, será demonstrada a caracterização da amostra quanto ao tempo de trabalho na instituição e valores médios para demanda, controle e apoio social.

TABELA 5 - Caracterização da amostra, quanto ao tempo de trabalho na instituição *versus* demanda, controle e apoio social.

Tempo de trabalho	Demanda (\pmDP)		Controle (\pmDP)		Apoio Social (\pmDP)	
Até 5 anos						
N	14		14		14	
Média	10,21	(2,33)	11,29	(1,73)	11,79	(2,42)
Entre 6 e 10 anos	49		49		49	
N	11,20	(2,44)	12,22	(1,71)	12,35	(2,79)
Média						
Entre 11 e 20 anos	97		97		97	
N	11,33	(2,21)	12,75	(1,77)	11,33	(2,69)
Média						
Mais de 20 anos	67		67		67	
N	11,36	(2,26)	13,19	(2,27)	11,22	(3,42)
Média						
p=	0,200		*0,001		0,080	

A Tabela 05 demonstra que o tempo de trabalho tem pouca variação dos valores médios, quando associado à demanda e ao apoio social. No entanto, em relação ao controle verifica-se que há um aumento ($p=0,001$), de acordo com o tempo de trabalho na instituição que promove um maior conhecimento nos trabalhadores acerca da rotina e do funcionamento da instituição, além de maior controle sobre como e quais atividades desempenhar, prioritariamente. O estudo realizado por Costa (2010) com servidores públicos municipais da enfermagem em Campo Grande/MS também encontrou associação significativa entre tempo de trabalho e controle sobre a atividade desempenhada. Em ambos os estudos, o tempo de trabalho na instituição, pode ser atribuído ao ingresso se dar por concurso público e pela estabilidade proporcionada.

A partir dos resultados descritivos em relação ao tempo de trabalho na instituição e sobre o controle, foi realizada uma Análise de Variância (ANOVA), que mostrou existir uma associação estatisticamente forte ($p < 0,05$) entre ambos. Assim, é possível afirmar que nesta população, o tempo de trabalho contribui para o grau de controle sobre a atividade desempenhada.

A seguir, na Tabela 06 serão demonstrados os resultados para demanda, controle e apoio social, de acordo com a faixa etária dos participantes.

TABELA 6 - Caracterização da amostra quando à faixa etária *versus* demanda, controle e apoio social.

Idade	Demanda (\pmDP)		Controle (\pmDP)		Apoio Social (\pmDP)	
20-30						
N	05		05		05	
Média	11,40	(3,78)	11,40	(1,82)	10,80	(1,79)
31-40						
N	66		66		66	
Média	11,37	(2,24)	12,72	(1,96)	11,01	(2,96)
41-50						
N	81		81		81	
Média	11,37	(2,24)	12,72	(1,96)	11,01	(2,96)
51-60						
N	62		62		62	
Média	11,19	(1,96)	13,18	(1,78)	11,53	(2,93)
+ de 60						
N	11		11		11	
Média	11,73	(3,04)	11,73	(2,15)	9,91	(3,30)
p=	0,509		0,088		*0,015	

A Tabela 06 mostra que os valores médios encontrados para demanda e controle apresentam pouca variação em relação às faixas etárias. Já em relação ao apoio social, é possível verificar uma oscilação dos valores médios. A faixa etária composta por indivíduos a partir dos 60 anos é a que possui menor valor médio para o apoio social (9,91 \pm DP 3,30), seguida da faixa etária de 20 a 30 anos (10,80 \pm DP 1,79); as demais faixas etárias apresentam médias intermediárias e sem oscilações marcantes. Em concordância, Evan e Steptoe (2001) em um estudo com profissionais de enfermagem dos Estados Unidos e Escrivà-Agüir e Tenínas-Burillo (2004) avaliaram o apoio social com profissionais de saúde da Espanha, e detectaram que os mais jovens, apresentam um suporte social inferior aos de idade mais avançada. Também no Brasil, o estudo de Ferreira (2010) encontrou resultado semelhante, em que profissionais de enfermagem mais jovens apresentaram menos apoio social no trabalho, talvez pelo fato de trabalharem menos tempo na instituição e consequentemente não terem laços sociais bem estabelecidos, iguais àqueles profissionais com maior tempo de profissão. Quanto ao menor apoio social após os 60 anos, não foram encontrados dados correspondentes na literatura que permitissem comparações. Este resultado, no entanto, pode ser devido ao fato destes profissionais estarem próximos da aposentadoria e, portanto, estarem “exaustos” quanto ao exercício da profissão, do ritmo de trabalho imposto e das relações interpessoais. Para amenizar esta problemática será feita uma proposta a instituição, da criação de grupos de trabalho, voltados para indivíduos com idade próxima a de sua aposentadoria, para

compreender o porquê da menor percepção de apoio social e de busca de soluções em nível local para modificar esta percepção.

Após a identificação desta diferença de valores para apoio social entre os extremos de idade, foi realizada uma análise de variância que resultou no seguinte: existe uma relação estatisticamente significativa entre as faixas etárias e o apoio social ($p=0,015$) em que os participantes que têm acima de 60 anos e entre 20 e 30 anos apresentam menor valor para apoio social no trabalho, quando comparados às demais faixas etárias.

A Tabela 07 apresenta os resultados encontrados para demanda, controle e apoio social, a partir do sexo dos participantes.

TABELA 7 - Caracterização da amostra quanto ao sexo *versus* demanda, controle e apoio social.

Sexo	Demanda (\pmDP)		Controle (\pmDP)		Apoio Social (\pmDP)	
Masculino						
N	63		63		63	
Média	11,27	(2,29)	12,76	(2,07)	12,24	(3,19)
Feminino						
N	163		163		163	
Média	11,23	(2,29)	12,63	(1,93)	11,30	(2,81)
$p=$	0,900		0,657		*0,031	

A demanda e o controle são percebidos de forma semelhante pelos sexos masculino e feminino, de acordo com a Tabela 07. No entanto, o apoio social é considerado inferior para as mulheres, quando comparado aos homens. O estudo de Ferreira (2010) encontrou resultado similar, em que mulheres também obtiverem menor escore para apoio social. Nesta direção, Araújo *et al* (2003) referem que a possibilidade de comunicação entre colegas de trabalho e o estabelecimento de relações afetivas com o trabalho parecem ser mais relevantes para mulheres, do que para homens. Além disso, Frankenhauser (1991) afirma que as mulheres valorizam o apoio e a comunicação no ambiente de trabalho. Assim, na amostra estudada, constituída principalmente por mulheres com uma elevada carga horária de trabalho e alta demanda de trabalho, é possível compreender as limitações do relacionamento entre as mesmas.

A partir destes resultados encontrados para demanda, controle e apoio social, foi realizada uma análise de variância (ANOVA), em que se verificou que existe uma associação estatisticamente significativa entre sexo e apoio social ($p=0,031$), em que as mulheres percebem um menor apoio social na situação de trabalho, do que os homens, provavelmente

pelo fato das mulheres terem maior sobrecarga de trabalho decorrente de suas atividades extra trabalho. Poderá ser sugerida à instituição, a criação de um programa com atividades voltadas para o público feminino com aulas *e. g.* de biodança, ginástica laboral, massoterapia, entre outras atividades, que podem ser desenvolvidas por acadêmicos da UFMS, para fortalecer o vínculo entre as trabalhadoras de enfermagem da instituição e melhorar a sua percepção do apoio social.

TABELA 8 - Caracterização da amostra quanto ao período em que realiza plantões versus demanda, controle e apoio social.

Período dos plantões	Demanda (\pmDP)		Controle (\pmDP)		Apoio Social (\pmDP)	
Diurno						
N	36		36		36	
Média	10,81	(2,48)	12,94	(1,79)	12,03	(2,82)
Noturno						
N	46		46		46	
Média	11,22	(2,04)	12,80	(2,30)	12,22	(3,10)
Ambos						
N	138		138		138	
Média	11,38	(2,34)	11,63	(1,91)	11,12	(2,91)
p=	0,405		0,661		*0,046	

A Tabela 08 demonstra pouca variação dos valores médios da demanda e do controle, em relação ao período de realização de plantão hospitalar extra. No entanto, o apoio social diminui, em servidores que realizam hora extra no período diurno e noturno (dois períodos) quando comparado àqueles que realizam somente em um período. Os trabalhadores que realizam plantões somente em um período, têm menor oportunidade de realizar horas excedentes, quando comparados aos que se dispõem a trabalhar em todos os períodos, gerando, portanto uma diminuição no apoio social de trabalho. Outros fatores não menos importantes neste cenário são: o cansaço, o sono, a interferência casa-trabalho proveniente das horas excessivas de trabalho, que também podem prejudicar as relações interpessoais no trabalho. Corroborando estes dados, um estudo realizado por Dorrian *et al* (2006) com enfermeiros da Austrália, encontrou que aqueles que realizam horas extras e não possuem períodos de pausas regulares, estavam mais propensos a apresentar sonolência no período de trabalho, fadiga, estresse, cansaço físico e exaustão mental. Um estudo realizado por Costa (2010) não encontrou associação significativa entre turno de plantão e as dimensões do JSS, no entanto, encontrou redução do apoio social nos trabalhadores municipais que realizavam horas extras há muitos anos.

Após verificar a diferença de médias encontradas para apoio social e turno dos plantões, procedeu-se a uma análise de variância (ANOVA) destas variáveis, obtendo-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0,046$) entre o turno de realização dos plantões e o apoio social, em que servidores que realizam plantão em dois períodos, referem um maior prejuízo do apoio social, quando comparados aos que o fazem apenas em um período: diurno ou noturno. A disponibilidade de tempo extra trabalho fica restrita, pois o profissional está ocupado todo o tempo com sua atividade profissional, o que dificulta a formação de vínculos e redes de apoio social. Para amenizar este problema será proposta à instituição, a criação de um programa para fortalecer o vínculo entre os trabalhadores de enfermagem da instituição e melhorar a percepção do apoio social.

TABELA 9 - Caracterização da amostra quanto à função exercida no outro emprego *versus* demanda, controle e apoio social.

Função no outro emprego	Demanda (\pmDP)		Controle (\pmDP)		Apoio Social (\pmDP)	
TE						
N	02		02		02	
Média	11,50	(2,12)	12,00	(4,24)	6,00	(0,00)
Enfermeiro						
N	10		10		10	
Média	10,80	(3,33)	12,00	(1,63)	12,30	(3,20)
Outros						
N	11		11		11	
Média	12,45	(2,07)	13,33	(2,29)	11,55	(3,27)
$p=$	0,393		0,343		*0,04	

TE-Técnico de enfermagem

Na Tabela 09 é possível verificar que a função exercida no segundo emprego, não influencia na demanda e no controle. Já em relação ao apoio social, são evidentes os valores médios menores, para aqueles trabalhadores que exercem a função de técnico de enfermagem no segundo emprego, quando comparados a enfermeiro e outros cargos. O trabalho desenvolvido pelo técnico de enfermagem rotineiramente, envolve um alto investimento de energia física, para levantar, sustentar e transportar pacientes, arrumar leitos, realizar curativos, mobilizar pacientes no leito, trabalhar constantemente em pé, manter e transportar o doente passando-o da cama para a maca, do leito para a cadeira, preparo constante de medicações em pé, realização de higiene corporal no leito ou auxílio no banho de aspersão, com um cotidiano de trabalho com indivíduos doentes, em sofrimento, promovendo uma alta carga psíquica. Assim sendo, o profissional com duplo vínculo empregatício tem as atividades

de enfermagem multiplicadas, prejudicando as relações de trabalho em ambos os empregos pois em um trabalhador desgastado física e emocionalmente não é provável uma comunicação efetiva, um bom relacionamento interpessoal com colegas de trabalho e chefias e tempo disponível para interação social. Não foi possível comparar os resultados deste estudo com a literatura, pois a mesma não disponibiliza estudos que avaliem a percepção do apoio social, de acordo com a função exercida no outro emprego, sendo, portanto um tema a ser melhor estudado em pesquisas posteriores.

Considerando a diferença dos valores médios encontrados para o apoio social em relação à função no outro emprego, foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para verificar a ocorrência de correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre estes fatores. O valor encontrado para o apoio social ($p = 0,04$) foi significativo, em relação à função exercida no outro emprego, em que técnicos de enfermagem apresentam médias menores do que os que exercem outras atividades profissionais no segundo vínculo empregatício.

Como se pode verificar, a partir dos dados expostos anteriormente, há uma baixa percepção de apoio social, tanto vindo dos colegas de trabalho, quanto das chefias. Assim sendo, reitera-se que uma das formas de solucionar estes problemas é fortalecendo o vínculo entre chefias e subordinados, por meio do questionamento dos gestores, que poderá ser por intranet, das dificuldades enfrentadas por estes trabalhadores no dia a dia e verificação de sugestões por parte destes servidores, de ações para amenizar/resolver estes enfrentamentos diários. Além disso, é necessário o estabelecimento, inexistente, de um canal de comunicação entre gestores e trabalhadores, para que os administradores conheçam a realidade dos profissionais lotados sob sua responsabilidade.

Após a verificação da existência de associações significativas entre o QSDO, demanda, controle e apoio social, obtidas por meio da análise descritiva dos dados e a ANOVA, foi realizada uma Regressão Linear Múltipla, para identificar o quanto cada fator com associação significativa interfere nos componentes do JSS.

TABELA 10 - Regressão Linear Múltipla dos fatores com associações significativas para os componentes do JSS.

Componente	(η^2)	R²	R² ajustado
Demanda			
Função	0,043	0,043	0,035
Controle			
Tempo de trabalho	0,064	0,064	0,061
Apoio Social			
Sexo	0,126	0,492	0,425
Função	0,090		
Período Plantão	0,003		
Função no outro emprego	0,087		
Idade	0,015		

A Tabela 10 demonstra os fatores que interferem na demanda, controle e apoio social da amostra estudada. Em relação à demanda, a função exercida responde por 4,3% de sua percepção. Conforme já demonstrado anteriormente, os enfermeiros, em decorrência do tipo de atividade desempenhada percebem maior demanda no trabalho do que os demais profissionais de enfermagem. Já o tempo de trabalho, responde por 6,4 % na percepção do controle sobre a atividade desempenhada. Conforme já referido, nesta instituição, conforme aumenta o tempo de trabalho, aumenta a percepção de controle sobre o trabalho.

O apoio social é avaliado como menor, quando relacionado ao sexo, a função, ao período de realização de plantões, a função desempenhada no outro emprego e a idade. O sexo responde por 12,6% do apoio social e conforme já comentado, o sexo feminino o percebe como menor. A função desempenhada responde por 9% do apoio social, em que os técnicos e auxiliares de enfermagem apresentam piores resultados. O período de plantão reduz em 0,3% o apoio social dos servidores e aqueles que realizam plantões no período diurno e noturno são os mais afetados. A função exercida no outro emprego reduz a percepção do apoio social em 8,7%, e os menores escores para o apoio social são percebidos pelos trabalhadores que exercem a função de técnicos de enfermagem, no segundo vínculo empregatício. A idade interfere no apoio social em 1,5%, nos trabalhadores com mais de 60 anos e entre 20 e 30 anos, que percebem menor apoio social no ambiente de trabalho.

Pode-se dizer que nesta amostra, o estresse organizacional gerado pela alta demanda percebida no trabalho, está relacionado à função exercida na instituição, estando os enfermeiros mais expostos. O apoio social é percebido como menor entre os técnicos de enfermagem, entre aqueles que realizam plantões no período diurno e noturno, e os com idade superior a 60 anos e entre 20 e 30 anos e que exercem a função de técnico de enfermagem no

segundo emprego. O controle é uma variável importante para mediar o efeito da alta demanda e é possibilitado pelo maior tempo de serviço. Não foi possível comparar estes resultados com a literatura, uma vez que a mesma não disponibiliza estudos utilizando a Regressão Linear Múltipla para avaliar a demanda, o controle e o apoio social no trabalho.

6.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Para a caracterização da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde da amostra, foi utilizado o Questionário SF-36. A avaliação dos resultados se dá por meio dos escores obtidos para cada um dos oito domínios, em que 0 (zero) corresponde ao pior estado de saúde e 100 (cem) equivale ao melhor estado de saúde.

A seguir, na Tabela 11, são demonstrados os resultados encontrados para cada uma das oito dimensões:

TABELA 11 - Resultado dos 08 domínios do SF-36.

Dimensões SF-36	Mínimo	Máximo	Média (\pmDP)
CF	15	100	77,62 (19,51)
LAF	00	100	77,53 (36,62)
DOR	00	100	61,87 (22,10)
EGS	15	100	72,37 (18,65)
VITALIDADE	05	100	62,25 (19,92)
AS	00	100	71,26 (25,24)
LAE	00	100	76,36 (35,53)
SM	28	100	84,02 (16,51)

CF- capacidade funcional; LAF- limitações por aspectos físicos; EGS- estado geral da saúde; AS- aspectos sociais; LAE- limitações por aspectos emocionais; SM- saúde mental.

A Tabela 11 mostra os valores mínimos, máximos, as médias e os desvios padrão encontrados nos oito domínios do SF-36. O domínio que apresentou maior escore médio foi o da saúde mental, com valor de 84,02 (\pm DP 16,51) e os domínios que apresentaram menores escores médios foram: vitalidade, com média de 62,25 (\pm DP 19,92) e dor, com média de 61,87 (\pm DP 22,10). Assim sendo, é possível afirmar que a amostra apresenta um escore médio de saúde, compatível com o de outros estudos realizados em profissionais de enfermagem por Pelliciotti e Kimura (2010), Talhaferro, Barboza e Domingos (2006), Motke e Franco (2003) e Oler *et al* (2003), que obtiveram igualmente menores escores para vitalidade e dor,

respectivamente. Este resultado é preocupante, haja vista que estes profissionais são responsáveis por atender as demandas de cuidado à saúde dos pacientes.

A presença de “dor” na amostra estudada pode ser devida às demandas físicas da profissão, em que são realizadas com frequência, atividades repetitivas, de manuseio e transporte de pacientes. Além disso, nesta amostra predominantemente feminina, não se pode deixar de considerar como possíveis fatores que podem contribuir com relação à dor física: (i) a carga de trabalho doméstico, somada a extensa carga de trabalho remunerado, (ii) 68,5% da amostra com idade superior a 40 anos, (iii) 42,7% com tempo de trabalho na instituição de 11 a 20 anos e (iii) 29,5% dos participantes com mais de 20 anos de trabalho na instituição. Além disso, a instituição estudada não disponibiliza programa de ginástica laboral e apresenta planta física inadequada, com setores de farmácia, central de material esterilizado, laboratório, banco de sangue, setor de imagem, em áreas externas ao hospital ou longe a maioria dos setores. A dor ou o agravamento da dor pode ser a expressão do sofrimento psicológico advindo da prática profissional e/ou pessoal em sofrimento físico. Confirmando os resultados encontrados, Magnago *et al* (2012) estudando a dor musculoesquelética em profissionais de enfermagem, encontrou que 91,4% a apresentavam, variando de intensidade fraca a insuportável, decorrente da atividade profissional. Dissen (2014) avaliou o absenteísmo na enfermagem e verificou que sua principal causa é a dor musculoesquelética, principalmente na coluna vertebral, membros superiores e membros inferiores. É importante também que se realizem novas pesquisas com outros delineamentos, investigando a possibilidade da somatização física como representante da dor psicológica, que não foi objeto desta investigação.

Em relação ao domínio “vitalidade” do SF-36, que investiga energia, esgotamento e cansaço, os baixos valores encontrados podem ser atribuídos à elevada carga de trabalho decorrente das horas extras, trabalho em turnos, carga física e mental característicos da profissão de enfermagem, muitos anos atuando na profissão e uma grande maioria dos trabalhadores com idade superior a 40 anos. Nesta direção, Salomé, Martins e Espósito (2009) encontraram na vivência cotidiana do profissional de enfermagem, as sensações de esgotamento, cansaço e angústia decorrentes da sobrecarga de trabalho e das limitações dos recursos, frente a situações com risco de morte.

Quanto ao domínio “aspectos sociais” do SF-36, que investiga o prejuízo da participação do indivíduo em atividades sociais, em decorrência de problemas com a saúde, o escore médio encontrado foi de 71,25 (\pm DP 25,24). Cabe ressaltar que, nesta realidade de trabalhadores com dor física e vitalidade comprometida, é esperada a limitação nas atividades

sociais. Estudo realizado com enfermeiras espanholas por Escribà-Agüir e Tenías-Burillo (2004) verificou que as profissionais que além da jornada de trabalho, as mesmas dedicavam muitas horas ao trabalho doméstico, apresentando maior comprometimento da saúde e redução expressiva das atividades sociais. Além disso, os autores encontraram que aquelas com baixo apoio social no ambiente de trabalho, também apresentavam maior comprometimento da saúde e menor atividade social. Os achados do presente estudos corroboram os destes autores, uma vez que, a amostra de estudo é predominantemente feminina e com baixo apoio social, de acordo com os resultados do JSS, expostos no capítulo anterior.

O valor esperado para o “estado geral de saúde”, de profissionais em plena atividade laboral, cuidando da saúde do outros indivíduos deveria idealmente, ser próximo de 100. No entanto, os escores médios encontrados foram 72,37 (\pm DP 18,65) demonstrando comprometimento na saúde destes trabalhadores. O valor obtido foi próximo ao encontrado por Pelliciotti e Kimura (2010) que obtiveram média de 69,8. Nas instituições de saúde, a enfermagem exerce atividade de assistência e cuidado, visando à recuperação do bem-estar durante as 24 horas do dia. Desta forma, são os enfermeiros, os profissionais de saúde que mais entram em contato com clientes acometidos pelos mais variados tipos de doença e, portanto, um profissional altamente exposto aos riscos físicos, químicos, biológicos, de acidentes, psicossociais e ergonômicos. Neste cenário, Teixeira e Mantovani (2009) realizaram um estudo para identificar fatores de risco profissionais na enfermagem, responsáveis pelo surgimento de doenças crônicas e encontraram: (i) atividade assistencial, (ii) trabalho em turnos, (iii) número reduzido de trabalhadores e (iv) dupla jornada de trabalho. Guido *et al* (2011) constataram que 50,35% dos enfermeiros apresentam estado regular de saúde. Estes fatores encontrados pelas autoras e atribuídos como prejudiciais à saúde também foram identificados na amostra de estudo e assim sendo, podem repercutir no comprometimento do estado geral de saúde, aliado à percepção da dor e à redução da vitalidade.

A atividade do profissional de enfermagem é complexa e desgastante, pelo convívio diuturno com a dor, sofrimento, doença e morte. Não havendo investimento da instituição na saúde psicológica deste grupo, é esperada a ocorrência de limitações por aspectos emocionais. Em relação aos escores de valores intermediários para capacidade funcional e limitações por aspectos físicos, pode-se atribuí-los à sobrecarga de trabalho inerente a enfermagem, longas jornadas, número reduzido de pessoal, trabalho em turnos e a consequente alteração do ritmo biológico e do sono-vigília, baixo suporte institucional em atividades de prevenção de

doenças ocupacionais e psicológicas, conflitos entre profissionais de enfermagem e demais profissionais e a maioria da população estudada (68,5%) com idade superior a 40 anos. Esta realidade é preocupante, pois Monteiro, Benatti e Rodrigues (2009) encontraram associação positiva entre baixos valores nos 08 domínios do SF-36 e a ocorrência de acidentes de trabalho, em profissionais de enfermagem. Pelliciotti e Kimura (2010) detectaram maiores erros de medicação em profissionais que apresentaram menores escores nos 08 domínios do SF-36 e Clendon e Walker (2013), na Nova Zelândia, encontraram prejuízo na capacidade funcional, em profissionais com idade superior a 50 anos.

Neste estudo, a saúde mental foi o domínio do SF-36 com menor comprometimento, todavia, a média de 84,02 (\pm DP 16,51) está distante da situação de 100 pontos que corresponde ao melhor estado de saúde. Cabe ressaltar, que o valor médio obtido foi superior à média de 65,30 encontrada por Pelliciotti e Kimura (2010) e similar à encontrado por Oler *et al* (2005) com média de 79,00 e Motke e Franco (2003), média de 80, 00. O valor obtido na amostra para este componente pode ser atribuído ao bom salário recebido por estes profissionais, em virtude das horas extras exercidas no trabalho, da jornada de trabalho normal de 30 horas, que atenua o número de horas extras realizadas e ao fato da instituição de trabalho ser pública, não havendo, portanto, pressão quanto a possíveis demissões. No entanto, mesmo com um resultado melhor encontrado neste domínio, faz-se importante à realização de outras pesquisas nesta área, com estes profissionais, pois Martins (2003) alerta que a função básica da atuação destes profissionais está: (i) no contato íntimo e frequente com a dor, (ii) atendimento a pacientes terminais, (iii) convívio com pacientes rebeldes, não aderentes ao tratamento, reivindicadores e cronicamente deprimidos, (iv) limitações do conhecimento e da atividade assistencial contrapondo às expectativas dos doentes e seus familiares e (v) falta de tempo para lazer, família, amigos e demais necessidades pessoais. Os resultados obtidos confirmam a hipótese 03 deste trabalho que postula o comprometimento da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde desta amostra e confirmam parcialmente a hipótese 04 que assevera resultados inferiores no domínio dor, limitações por aspectos físicos e emocionais, confirmando-se esses resultados, apenas quanto dor. A hipótese 05 também se confirma parcialmente, e o domínio capacidade funcional apresentou um dos maiores escores, o mesmo não ocorrendo com a vitalidade.

Considerando a complexidade da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, o SF-36 em sua questão de número dois, inquiri os participantes sobre a sua saúde atual comparada à de 01 ano atrás. O resultado será descrito a seguir, na Tabela 12.

TABELA 12 - Saúde atual da amostra comparada a 01 ano da aplicação atual.

Saúde Atual comparada há um ano	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Muito melhor do que um ano atrás	28	12,3	12,3
Um pouco melhor do que a um ano	34	15,0	15,0
Quase a mesma de um ano atrás	116	51,2	51,2
Um pouco pior do que a um ano	43	18,9	18,9
Muito pior do que a um ano	06	2,6	2,6
Total	227	100,00	100,00

A amostra, em sua maioria, considera ter sua saúde inalterada no último ano, 27,3% sentiram melhora no estado de saúde no mesmo período e 21,5 %, piora no estado de saúde. Estes resultados são preocupantes, tanto para a população que manteve o estado de saúde, quanto para a população que teve seus índices piorados, pois podem indicar a manutenção ou piora da convivência diária, tanto na vida pessoal, quanto profissional, com a dor, a baixa vitalidade, as limitações dos aspectos sociais por problemas de saúde, as limitações físicas e emocionais, ao comprometimento do estado geral de saúde e da saúde mental. Esta realidade chama a atenção, pois 59,5% dos participantes são os principais provedores da casa e realizam, em sua maioria, entre 06 e 10 plantões/mês para complementar a renda familiar, não sendo, portanto, suposto pelos mesmos o afastamento do trabalho para tratamento de saúde, para não haver prejuízo do orçamento mensal familiar. Neste contexto é pertinente pensar e sugerir pesquisas no âmbito do presenteísmo, entendida por Aronsson, Gustafsson e Dallner (2000) como um fenômeno multifatorial, que faz com que pessoas com a saúde comprometida continuem presentes no trabalho, ao invés de se afastarem de suas atividades, constituindo-se em prejuízo, tanto para a saúde do trabalhador, quanto para o empregador. Esta realidade, nas instituições hospitalares pode ser acrescida do ônus na prestação da assistência de enfermagem a terceiros.

Considerando o exposto, serão demonstradas as associações entre os valores médios dos domínios do SF-36 e QSDO, que apresentaram variações importantes dos escores e significância estatística.

TABELA 13 - Caracterização dos valores médios dos 08 domínios do SF-36 de acordo com faixa etária dos participantes.

Idade	CF (±DP)	LAF (±DP)	DOR (±DP)	EGS (±DP)	VT (±DP)	AS (±DP)	LAE (±DP)	SM (±DP)
20-30								
N	05	05	05	05	05	05	05	05
Média	90,00 (10,00)	85,00 (33,54)	62,00 (19,79)	89,20 (9,47)	73,00 (12,55)	77,50 (22,36)	29,81 (86,67)	96,00 (12,00)
31-40								
N	66	66	66	66	66	66	66	66
Média	80,00 (17,14)	72,35 (34,84)	60,93 (20,77)	72,20 (18,79)	58,64 (21,15)	66,86 (27,43)	67,17 (39,87)	82,55 (16,69)
41-50								
N	81	81	81	81	81	81	81	81
Média	79,26 (20,51)	81,79 (28,78)	62,79 (23,29)	74,05 (19,67)	62,84 (19,28)	74,07 (24,67)	81,89 (30,75)	86,91 (15,43)
51-60								
N	62	62	62	62	62	62	62	62
Média	73,47 (20,66)	76,61 (34,14)	62,19 (23,19)	69,16 (16,81)	63,39 (20,48)	70,56 (24,07)	76,88 (37,00)	80,77 (17,64)
+ de 60								
N	11	11	11	11	11	11	11	11
Média	69,09 (19,08)	77,27 (39,46)	59,91 (20,81)	68,27 (19,94)	65,45 (15,57)	72,73 (22,93)	78,79 (30,81)	82,91 (15,08)
p=	*0,007	0,651	0,905	0,084	0,324	0,531	0,229	0,276

CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; VT- vitalidade; AS- aspectos sociais; LAE- limitação por aspecto emocional; SM- saúde mental.

A Tabela 13 mostra que todos os 08 domínios do SF-36 apresentam diminuição dos escores médios com o transcorrer da idade, demonstrando que a qualidade de vida no âmbito da saúde, se modifica com o tempo. No entanto, o item que se destaca é a capacidade funcional que apresenta média de 90 (±DP 10) na faixa etária de 20 a 30 anos e vai reduzindo até chegar em 69,09 (±DP 19,08) nos trabalhadores com idade superior a 60 anos (p=0,007). Este resultado chama a atenção, pois a admissão dos servidores na instituição se dá por concurso público e, portanto, há uma longa permanência nas funções de auxiliar, técnico e enfermeiro e estes servidores desenvolvem um trabalho que exige energia, vigor e disposição para seu cumprimento. Nesta direção, seria relevante transferir os trabalhadores de enfermagem com idade avançada para setores ou funções com menor demanda física, psicológica, biológica, química e ergonômica. Na Europa, de acordo com a *European Communities* (2008) um trabalhador é considerado sênior, a partir dos 55 anos. No entanto, esta mão de obra não é desprezada e sim, são adotadas medidas como, trabalho de meio período, funções diferenciadas, garantia de acessibilidade, para manter este profissional na ativa. Ferreira, Elsangedy e Silva (2011) afirmam que o envelhecimento é um processo

natural que acarreta modificações nas funções musculoesqueléticas, cardiorrespiratórias e na composição corporal. Assim sendo, medidas nacionais também precisam ser implementadas, já que a população de trabalhadores idosos no Brasil tende a se multiplicar, uma vez que a expectativa de vida está aumentando e a taxa de fecundidade diminuindo.

A partir do resultado, de que todos os escores médios vão diminuindo com o avanço da idade, foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para verificar associações estatisticamente significativas entre a idade e os domínios do SF-36. Obteve-se associação estatisticamente significativa ($p=0,007$) entre a idade e o domínio do SF-36 “capacidade funcional”, evidenciando que, conforme a idade aumenta, a capacidade funcional diminui.

A seguir, serão demonstrados os escores médios obtidos nos 08 componentes do SF-36 para os sexos masculino e feminino.

TABELA 14 - Caracterização dos 08 domínios do SF-36, de acordo com o sexo dos participantes.

Sexo	CF (±DP)	LAF (±DP)	DOR (±DP)	EGS (±DP)	VT (±DP)	AS (±DP)	LAE (±DP)	SM (±DP)
Masculino								
N	63	63	63	63	63	63	63	63
Média	84,13 (15,54)	75,00 (32,38)	65,89 (23,27)	72,32 (17,59)	66,83 (18,74)	73,51 (25,11)	78,84 (32,96)	89,92 (17,36)
Feminino								
N	163	163	163	163	163	163	163	163
Média	75,09 (20,39)	78,37 (32,81)	60,33 (21,58)	72,23 (19,06)	60,34 (20,11)	70,17 (25,28)	75,26 (36,59)	82,77 (16,05)
p=	*0,002	0,487	0,091	0,976	*0,028	0,359	0,499	0,090

CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; VT- vitalidade; AS- aspectos sociais; LAE- limitação por aspecto emocional; SM- saúde mental.

De acordo com a Tabela 14, o sexo feminino apresenta escores inferiores em todos os domínios, exceto para “limitações por aspectos físicos”, quando comparado ao sexo masculino. Os domínios mais prejudicados são: capacidade funcional ($p=0,002$), vitalidade ($p=0,028$) e saúde mental. Estes resultados podem ser atribuídos ao fato da mulher, além da sobrecarga do trabalho, ser responsável pelos afazeres domésticos, educação dos filhos e cuidados com o cônjuge, gerando uma jornada dupla ou até tripla de trabalho. O Instituto Nacional de Políticas Aplicadas (IPEA, 2010) estima que as mulheres dediquem aproximadamente 24 horas semanais ao trabalho doméstico e os homens 9,7 horas. Comparando-se este dado para esta amostra feminina de enfermagem, a sobrecarga de trabalho é altíssima, quando se soma a carga de trabalho normal, as horas extras e afazeres domésticos, justificando-se, portanto, o porquê de uma pior Qualidade de Vida Relacionada à

Saúde na população feminina. Musshauser *et al* (2006) estudou a população feminina trabalhadora, de um hospital público da Austrália e identificou associação entre longa jornada de trabalho, demandas familiares e pior estado de saúde. Um estudo realizado com enfermeiros do Taiwan por HSU e Kernohan (2006) identificou que, conflitos entre jornada de trabalho e afazeres domésticos influenciam a qualidade de vida do trabalho. Assim sendo, Poissonet e Véron (2000), Artazcoz, Borrell e Benach (2001), Chandola *et al* (2004) enfatizam que, para compreender a saúde do sexo feminino é necessário levar em consideração a jornada doméstica, a jornada de trabalho institucional e a influência de ambas no resultado da saúde.

A partir dos resultados obtidos foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para verificar possíveis associações entre o sexo e os domínios do SF-36 e obteve-se associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre sexo, vitalidade e capacidade funcional, em que o sexo feminino apresenta maiores prejuízos quando comparado ao masculino.

A seguir, serão demonstrados os escores obtidos nos 08 domínios do SF-36 para as categorias de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

TABELA 15 - Caracterização da amostra quanto à função exercida e 08 domínios do SF-36.

Função	CF (±DP)	LAF (±DP)	DOR (±DP)	EGS (±DP)	VT (±DP)	AS (±DP)	LAE (±DP)	SM (±DP)
AE	126	126	126	126	126	126	126	126
N	76,79	77,18	62,11	71,90	62,62	73,61	78,04	84,54
Média	(20,26)	(32,25)	(22,24)	(18,72)	(19,86)	(25,06)	(34,04)	(15,92)
TE	75	75	75	75	75	75	75	75
N	78,40	79,33	62,33	74,88	64,67	72,50	80,89	85,07
Média	(17,88)	(32,20)	(23,42)	(17,56)	(19,58)	(23,34)	(33,41)	(17,25)
Enfermeiro	26	26	26	26	26	26	26	26
N	79,42	74,04	59,42	67,38	53,46	56,25	55,13	78,46
Média	(20,85)	(36,39)	(17,68)	(20,88)	(19,58)	(21,29)	(42,10)	(16,67)
p=	0,753	0,764	0,834	0,193	*0,044	*0,005	*0,004	0,185

AE- auxiliar de enfermagem; TE- técnico de enfermagem; CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; VT- vitalidade; AS- aspectos sociais; LAE- limitação por aspecto emocional; SM- saúde mental.

De acordo com a Tabela 15, os profissionais com piores condições de saúde são os enfermeiros, pois apresentaram escores inferiores aos técnicos e auxiliares de enfermagem em todos os domínios, exceto na “capacidade funcional”. Os domínios mais comprometidos são a vitalidade ($p=0,044$), os aspectos sociais ($p=0,005$) e as limitações por aspectos emocionais ($p=0,004$). Estes resultados podem ser atribuídos ao reduzido número destes profissionais

nesta instituição, o que gera acúmulo de função gerencial e assistencial e promove desgaste físico, emocional e social nestes servidores, reduzindo a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Em oposição, o estudo realizado por Pelliciotti e Kimura (2010) encontrou que enfermeiros e técnicos de enfermagem não apresentaram diferenças nos valores médios do SF-36.

A seguir, foi realizada análise de variância (ANOVA) para detectar possíveis associações entre a função exercida e o SF-36, em que se detectou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre limitações por aspectos emocionais ($p=0,004$), aspectos sociais ($p=0,005$) e vitalidade ($p=0,044$) para a função exercida, em que enfermeiros apresentam escores médios inferiores aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Uma possível forma de enfrentamento deste problema seria a abertura de concurso público para prover a falta de enfermeiros nesta instituição, não sendo, no entanto, objetivo deste estudo abordar esta questão. Assim sendo, será sugerida à instituição, a criação de um canal de comunicação e apoio a estes profissionais, para que as altas demandas de trabalho não repercutam sobre as condições de saúde deste segmento ocupacional.

A seguir, na Tabela 16 serão demonstrados os escores dos 08 domínios do SF-36 nos participantes que possuem um segundo vínculo empregatício.

TABELA 16 - Caracterização da amostra quanto a possuir outro vínculo empregatício e 08 domínios do SF-36.

Outro emprego	CF (±DP)	LAF (±DP)	DOR (±DP)	EGS (±DP)	VT (±DP)	AS (±DP)	LAE (±DP)	SM (±DP)
Não								
N	204	204	204	204	204	204	204	204
Média	78,19 (19,24)	77,45 (32,73)	62,23 (21,68)	73,03 (18,08)	62,89 (18,86)	72,73 (24,97)	76,47 (35,35)	84,41 (16,21)
Sim								
N	23	23	23	23	23	23	23	23
Média	72,61 (21,63)	78,26 (32,25)	58,74 (25,87)	66,43 (12,78)	56,52 (27,49)	61,41 (26,09)	75,36 (37,90)	80,52 (19,00)
p=	0,194	0,910	0,474	0,108	0,146	*0,048	0,888	0,285

CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; VT- vitalidade; AS- aspectos sociais; LAE- limitação por aspecto emocional; SM- saúde mental.

A Tabela 16 demonstra que os profissionais de enfermagem que possuem duplo vínculo empregatício apresentam piores escores em todos os domínios do SF-36, exceto para “limitações por aspectos físicos”, sendo que os domínios mais prejudicados são dor, vitalidade e aspectos sociais ($p=0,048$). Considerando que a dor é o domínio mais

comprometido nesta população, acrescenta-se que a variável “mais de um vínculo empregatício” que pode gerar uma jornada quádrupla de serviço, soma-se à jornada normal em ambos os empregos, plantão extra e jornada doméstica. É de se esperar que estes profissionais apresentem redução da vitalidade e também dos aspectos sociais, pela dor, cansaço, sono e esgotamento físico. Estudo realizado por Elias e Navarro (2006) com profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas na Universidade Federal de Minas Gerais corrobora o resultado encontrado no presente estudo, pois os profissionais de enfermagem com sobrecarga de trabalho e pouco tempo destinado ao descanso, atribuíram a estas variáveis o papel de geradoras de problemas na vida pessoal, nas relações interpessoais e no desempenho de suas atividades profissionais.

A seguir, foi realizada análise de variância (ANOVA) para detectar uma possível associação entre a variável “duplo vínculo empregatício” e domínios do SF-36, resultando em associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre possuir dois empregos e aspectos sociais, em que os profissionais de enfermagem que possuem duplo vínculo empregatício, apresentam menores escores para os aspectos sociais.

A seguir, serão demonstrados os valores encontrados nos componentes do SF-36, de acordo com a função exercida no outro emprego.

TABELA 17 - Caracterização da amostra quanto à função exercida no outro emprego e os 08 domínios do SF-36.

Função no outro emprego	CF (±DP)	LAF (±DP)	DOR (±DP)	EGS (±DP)	VT (±DP)	AS (±DP)	LAE (±DP)	SM (±DP)
TE								
N	2	2	2	2	2	2	2	2
Média	97,50 (03,54)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (14,14)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)
Enfermeiro								
N	10	10	10	10	10	10	10	10
Média	72,00 (23,83)	72,50 (34,26)	50,50 (20,58)	67,00 (20,28)	50,00 (23,57)	63,75 (22,40)	80,00 (35,83)	77,20 (16,44)
Outros								
N	11	11	11	11	11	11	11	11
Média	68,64 (19,38)	79,55 (33,20)	58,73 (26,12)	61,64 (24,79)	54,55 (27,15)	52,27 (25,51)	66,67 (42,16)	79,27 (22,69)
p=	0,228	0,558	*0,039	0,279	0,052	*0,047	0,476	0,186

CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; VT- vitalidade; AS- aspectos sociais; LAE- limitação por aspecto emocional; SM- saúde mental. TE- técnico de enfermagem

Os trabalhadores que exercem no segundo vínculo empregatício a função de técnicos de enfermagem, de acordo com a Tabela 17, apresentam um estado de saúde com escores acima de 90 em todos os domínios, portanto, um excelente estado de saúde. No entanto, os profissionais que exercem a função de enfermeiros e outras, apresentam escores muito inferiores. Em ambas as situações, os componentes mais prejudicados são a dor ($p=0,039$), a vitalidade e os aspectos sociais ($p=0,047$). Um fator agravante nesta população é o fato do plano de cargos e carreiras estimular o aprimoramento científico dos trabalhadores sem, no entanto, utilizar deste aperfeiçoamento dentro da instituição, o que faz com que esta mão de obra especializada seja absorvida pelo mercado de trabalho, que busca trabalhadores com experiência e boa formação. O prejuízo recai sobre a própria instituição federal, que assegura estabilidade ao trabalhador e tem um trabalhador cansado, esgotado e com baixa produtividade, e sobre a saúde deste trabalhador, que pelo desgaste físico e mental para o exercício de atividades distintas, apresenta maior percepção de dor, menor vitalidade e redução das relações interpessoais, lazer e descanso.

Considerando os resultados obtidos, foi realizada uma análise de variância (ANOVA) com as variáveis referentes ao cargo exercido no segundo emprego e os 08 domínios do SF-36, ocorrendo haver associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre exercer a função de enfermeiro ou outros, exceto técnico de enfermagem, e prejuízo nos aspectos sociais e presença de dor.

A seguir, será avaliado por meio de Regressão Linear Simples, o quanto ter filhos interfere em cada um dos domínios do SF-36.

TABELA 18 - Caracterização da amostra quanto a ter filhos e os 08 domínios do SF-36.

Filhos	Coefficiente regressão	p=
CF	-3,088	*0,015
LAF	-2,614	0,221
DOR	-2,505	0,083
EGS	-0,733	0,548
VITALIDADEAE	-0,388	0,766
AS	-1,050	0,524
LAE	-2,213	0,342
SM	-1,312	0,224

CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; VT- vitalidade; AS- aspectos sociais; LAE- limitação por aspecto emocional; SM- saúde mental.

A presença de filhos interfere em todos os domínios do SF-36, conforme demonstrado na Tabela 18. No entanto, o domínio mais afetado é a “capacidade funcional”, que apresenta uma associação estatisticamente significativa ($p=0,015$). Este resultado pode

ser atribuído ao fato da maioria da amostra ser do sexo feminino, principal provedor do lar, com extensa jornada de trabalho em virtude dos plantões extras, jornada doméstica e cuidado/educação domiciliar dos filhos. Mauro *et al* (2010) concluíram em um estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital universitário, que a complexa função das mulheres de serem mães e profissionais de enfermagem não é uma tarefa simples e que causa cansaço, estresse, sobrecarga a mulher e por consequência, problemas em sua saúde. Spindola (2000) avaliou mães que são profissionais de enfermagem e evidenciaram a dificuldade nas mesmas em assumir simultaneamente o papel de trabalhadora, responsável pela residência e principal referência na educação e acompanhamento dos filhos, reduzindo o número de filhos por casal e gerando uma sobrecarga nestas mulheres. Para amenizar esta problemática será ressaltada no relatório técnico enviado à chefia de enfermagem, a importância de a instituição disponibilizar creche e escola para as mães trabalhadoras, pois a proximidade dos filhos e um local adequado para deixá-los bem cuidados e atendidos em horário compatível com o de trabalho, muito provavelmente se reflita em uma melhor capacidade funcional destas mães trabalhadoras. Reitera-se que estes dados serão mostrados para dirigentes do hospital universitário e entidades sindicais representantes desta categoria, esperando-se que esta medida seja solicitada/aplicada nacionalmente a todos os hospitais universitários.

Após se obter as associações significativas entre o QSDO e o SF-36, por meio da análise descritiva dos dados, ANOVA e Regressão Linear Simples, foi realizada uma Regressão Linear Múltipla para identificar o quanto cada fator com associação estatisticamente significativa interfere nos domínios do SF-36.

TABELA 19 - Regressão Linear Múltipla dos fatores com associações significativas para os domínios do questionário SF-36.

Domínio	(D²)	R²	R² ajustado
Capacidade funcional			
Filhos	0,050	0,093	0,081
Sexo	0,024		
Idade	0,008		
Dor			
Função no outro emprego	0,277	0,277	0,205
Vitalidade			
Função	0,026	0,057	0,040
Sexo	0,024		
Outro emprego	0,009		
Aspectos sociais			
Função	0,044	0,288	0,210
Função outro emprego	0,015		
Outro emprego	0,242		
Limitação por Aspectos Emocionais			
Função	0,030	0,030	0,028

Na amostra de estudo, 05 domínios do SF-36, conforme Tabela 19, apresentam maior comprometimento, são eles capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais e limitações por aspectos emocionais. Em relação à capacidade funcional, os fatores responsáveis por sua piora foram: (i) presença de filhos, (ii) sexo e (iii) idade, sendo que os trabalhadores com filhos apresentaram 5% de perda da capacidade funcional, o sexo feminino reduziu em 2,4% e profissionais com mais de 60 anos 0,8%. Juntos, estes fatores responderam por uma perda de 9,3% da capacidade funcional.

A dor, entre todos os fatores analisados, foi o domínio que apresentou maior percentual (27,7%) relacionado à função exercida no outro vínculo empregatício. A percepção de dor é maior, conforme demonstrado anteriormente, em trabalhadores que exercem a função de enfermeiros e outras, que não técnico de enfermagem.

Na amostra investigada, a vitalidade foi prejudicada pela função exercida na instituição, sexo e ter outro emprego. A função exercida na instituição prejudicou em 2,6% a vitalidade. Conforme mostrado anteriormente, os enfermeiros apresentam menor vitalidade quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Já o sexo, foi responsável por 2,4% e possuir outro vínculo empregatício, 0,9%. Em relação ao sexo, os maiores prejuízos ocorrem no sexo feminino. Juntos, função exercida, sexo e vínculo empregatício são responsáveis por prejudicar em 5,7%, a vitalidade.

O domínio “aspectos sociais” é influenciado pela função exercida, possuir outro vínculo empregatício e pela função exercida no segundo emprego. Conforme demonstrado, os enfermeiros são os profissionais que apresentam maior comprometimento no domínio aspecto social, e a função exercida, responde pelo prejuízo de 4,4 % dos aspectos sociais. Possuir outro vínculo empregatício responde pelo decréscimo de 24,4% e exercer outra função que não técnico de enfermagem, redução de 1,5%. Juntos, estes fatores respondem pela diminuição de 28,8% dos aspectos sociais.

Já as limitações em 3% dos aspectos emocionais, são atribuídas à função exercida na instituição em que enfermeiros apresentam os menores escores, quando comparados ao técnico e auxiliar de enfermagem.

Pode-se dizer que na amostra de estudo os fatores de risco para a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde são: (i) ser do sexo feminino, (ii) exercer a função de enfermeiro, (iii) possuir outro vínculo empregatício e (iv) exercer função de enfermeiro ou outras que não técnico de enfermagem. Sabe-se que, do ponto de vista epidemiológico, cerca de 80% dos agravos a saúde, sobretudo o mental, ocorre no sexo feminino (ARAÚJO *et al*, 2003), havendo multicausalidade para esta ocorrência (PINHO; ARAÚJO, 2007). Quanto ao exercício da função, a enfermagem traz de forma implícita, o risco de exposição a inúmeros fatores: físico, químico, biológico, ergonômico, e os psicossociais que de forma uníssona, pesquisadores nacionais e internacionais se debruçam em construir modelos e decodificar cada vez mais, o diagnóstico dos mesmos, para diferentes grupos ocupacionais. O acúmulo de vínculos remunerados de trabalho parece ser uma questão intrinsecamente ligada à cultura de algumas profissões, entre as quais, a enfermagem. Mudar esta cultura é tarefa que requereria esforços nacionais, internacionais, políticos, entre outros, o que implicaria na realização de novos estudos para avançar nesta discussão.

A seguir, serão demonstrados os resultados das médias dos 08 domínios do SF-36, subdivididos nos componentes, físico e mental:

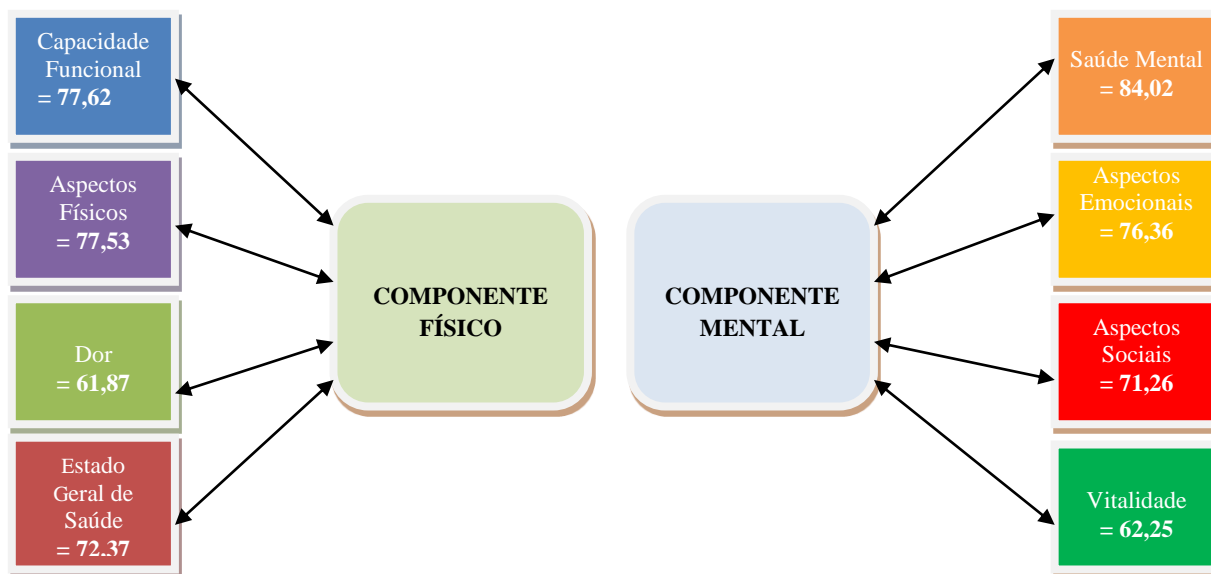


FIGURA 13 - Resultado das médias do SF-36, subdivididos em componentes físico e mental

No que se refere à subdivisão dos valores encontrados nos 08 domínios do SF-36 em 02 componentes, verifica-se que tanto a saúde física quanto mental, encontra-se comprometida, pois as duas piores médias encontradas, para dor e vitalidade pertencem aos componentes físico e mental respectivamente. Em seguida, o menor valor encontrado foi para aspectos sociais, pertencentes ao componente mental, e estado geral de saúde, incluído no componente físico. Assim sendo, nesta amostra tanto a saúde física, quanto a mental encontram-se prejudicadas e necessitando de maior atenção por parte dos gestores da instituição, por meio de ações como implantação de atividades físicas, acompanhamento psicológico e estabelecimento de um canal de diálogo entre trabalhador e administrador. Este resultado pode ser atribuído ao fato da enfermagem expor o profissional, tanto do ponto de vista físico pelo tipo de atividade desempenhada, quanto do emocional, pela intensa carga emocional característica da profissão. Nesta direção, Pisaniello, Winefield e Delfabbro (2012) relatam que a enfermagem é uma profissão complexa do ponto de vista emocional, pois exige do profissional um comportamento emocional em relação à organização e desempenho do seu papel, e um trabalho emocional na prática de cuidado com o paciente. Um estudo realizado por Cacciari *et al* (2013), em oposição, encontraram como mais prejudicado, o componente físico em profissionais de enfermagem, com médias inferiores nos domínios dor, capacidade funcional e aspectos físicos, respectivamente, e estes resultados foram atribuídos ao trabalho repetitivo, postura indevida, ruídos, ambiente insalubre e sobrecarga de trabalho.

A seguir, para verificar se há correlação entre os domínios do SF-36, foi realizada a correlação de Pearson, que obteve os seguintes resultados para as associações estatisticamente significativas:

TABELA 20- Correlação de Pearson entre os 08 domínios do SF-36

Correlação entre Domínios SF-36	CF	LAF	DOR	EGS	VITALIDADE	AS	LAE
LAF	0,310						
DOR	0,462	0,471					
EGS	0,508	0,412	0,514				
VITALIDADE	0,480	0,539	0,635	0,635			
AS	0,391	0,470	0,568	0,541	0,705		
LAE	0,159	0,475	0,383	0,327	0,468	0,520	
SAÚDE MENTAL	0,368	0,419	0,419	0,480	0,638	0,618	0,419

CF- capacidade funcional; LAF- limitação por aspecto físico; EGS- estado geral de saúde; AS- aspectos sociais; LAE- limitações por aspectos emocionais

A tabela 20 demonstra o quanto cada um dos domínios do SF-36 se correlacionou entre si, neste estudo. Quanto mais perto do valor 01, no caso das correlações positivas, mais forte foi o resultado; no caso das correlações negativas (não encontradas neste trabalho), quanto mais próximas de -1, mais forte a correlação.

O componente que se correlacionou mais fortemente com a capacidade funcional, foi o estado geral de saúde. Um profissional com o estado geral de saúde comprometido, muito provavelmente terá sua capacidade funcional prejudicada, principalmente por conta do tipo de trabalho desempenhado pela enfermagem. Nesta amostra, o comprometimento deste domínio pode estar associado ao excesso de horas trabalhadas, trabalho em turnos, forma de organização do trabalho, percepção de alta demanda e pouco apoio social.

Já o domínio “limitações por aspectos físicos” esteve mais fortemente associado à vitalidade, e quem apresentou limitações, apresentou concomitantemente redução substancial da vitalidade possivelmente porque estes profissionais de enfermagem, necessitam de um bom desempenho físico para realizar suas atividades profissionais e pessoais satisfatoriamente. O prejuízo a estes componentes pode ser atribuído ao trabalho em turnos, com longas jornadas de trabalho e pouco descanso, sobrecarregando o sistema biológico deste profissional, sobrecarga física do trabalho da enfermagem, amostra predominantemente feminina,

convivendo com múltiplos papéis sociais e profissionais de enfermagem, em sua maioria acima de 40 anos, apresentando desgaste físico coerente com a idade.

O domínio “dor” está fortemente associado ao estado geral de saúde e aspectos sociais, de tal forma, que sua presença prejudica o estado geral de saúde e os aspectos sociais. Assim sendo, é possível afirmar que a presença da dor, reduz a percepção do estado de saúde nestes trabalhadores e enfraquece as relações interpessoais, relacionamento familiar e atividades de lazer. A dor, nesta amostra, pode ser resultado das longas jornadas de trabalho aliada a pouco descanso, função exercida na instituição, dupla jornada de trabalho, população predominantemente feminina, com jornada doméstica acrescida a jornada de trabalho remunerado e função desempenhada no outro vínculo empregatício.

O domínio “estado geral de saúde” apresentou uma correlação mais forte com a vitalidade e os aspectos sociais, ou seja, o estado geral de saúde apresenta uma relação diretamente proporcional à vitalidade e aos aspectos sociais. Considerando que na amostra estudada estes domínios apresentaram escores regulares, é possível afirmar que o comprometimento na saúde reduz a vitalidade para atividades de vida diária e profissional e prejudica a vida social destes trabalhadores. O comprometimento no estado geral de saúde destes profissionais pode ser atribuído ao fato de serem, em sua maioria, do sexo feminino, convivendo com a atividade profissional e gerenciando os papéis de dona de casa, mãe e esposa, trabalho normal e horas extras, duplo vínculo empregatício, trabalho em turnos, população trabalhadora acima dos 40 anos, longo tempo de serviço na instituição, forma de organização de trabalho, elevada demanda de trabalho e baixa percepção de apoio social.

A vitalidade apresentou correlação estatisticamente forte com os domínios aspecto social e saúde mental, de tal forma que o prejuízo da mesma está associado a prejuízos no aspecto social e saúde mental. A baixa vitalidade pode ser consequência, do longo tempo de serviço na instituição, tornando a atividade profissional monótona e rotineira, longas jornadas de trabalho e pouco descanso, gerando sensação de cansaço, esgotamento e pouca energia.

Os aspectos sociais apresentaram correlação com as limitações por aspectos emocionais e saúde mental, sendo que nesta amostra, os menores escores encontrados para aspectos sociais devido a limitações físicas, decorreram também de limitações por aspectos emocionais e saúde mental prejudicada. Os baixos escores para aspectos sociais podem ser atribuídos à sobrecarga física do trabalho da enfermagem, dupla ou tripla jornada de trabalho numa amostra predominantemente feminina e com idade superior a 40 anos, gerando cansaço, esgotamento físico e mental e convívio rotineiro com doença, morte, dor e sofrimento.

O domínio “limitações por aspectos emocionais” se correlacionou com saúde mental, de tal forma que, nesta amostra, indivíduos com prejuízo nos aspectos emocionais apresentaram conjuntamente prejuízo na saúde mental. Este resultado é esperado, haja vista, o trabalho contínuo com situações de morte e de morrer, as emergências, ao convívio com falta de materiais e equipamentos, ao trabalho estratificado e hierarquizado da enfermagem desde a origem, a baixa percepção de apoio social, as altas demandas e em muitas situações, poucos recursos para supri-los, à quantidade insuficiente de trabalhadores gerando sobrecarga de trabalho e excesso de horas extras, a falta de política de aproveitamento dos trabalhadores com mão de obra especializada, ao trabalho em turnos, a falta de uma política institucional de apoio social e psicológico ao trabalhador e a adequação da estrutura física para um melhor desempenho da atividade profissional.

A população estudada é composta predominantemente por mulheres, com idade entre 41 e 50 anos, que possuem cônjuge ou companheiro, que têm em média 02 filhos, que estão cursando nível superior, são as principais provedoras do lar, em sua maioria não são fumantes e nunca ingerem bebida alcoólica.

A maioria dos participantes (55,5%) é auxiliar de enfermagem, 33% técnicos de enfermagem e 11,5% enfermeiros. Trabalham predominantemente nos setores que prestam atendimento ao paciente cirúrgico, 42,7% trabalham na instituição entre 11 e 20 anos, 28,6% trabalham no período noturno, 63,4% realizam entre 06 e 10 plantões por mês, tanto no período diurno, quanto no noturno, 52,4% possuem uma renda mensal entre 05 e 07 salários mínimos e 89,9% não possuem outro vínculo empregatício.

Em relação ao JSS, encontrou-se que 60,8% vivenciam altas demandas psicológicas no trabalho, 71,8% alto controle sobre a atividade desempenhada e 85,5% possuem baixo apoio social tanto da chefia quanto dos colegas de trabalho.

Da amostra, 44,5% vivenciam um trabalho ativo (alta demanda e alto controle); 27,5% um trabalho de baixo desgaste (baixa demanda e alto controle); 16,3%, um trabalho de alto desgaste (alta demanda e baixo controle) e 11,9% trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle).

Quando associou-se o QSDO e os itens no JSS, foram encontrados os seguintes resultados: enfermeiros vivenciam maior demanda no trabalho ($p=0,007$) e auxiliar e técnico de enfermagem menor apoio social ($p=0,001$). Quanto ao tempo de trabalho, foi verificado que nesta amostra, este é diretamente proporcional ao controle sobre a atividade desempenhada ($p=0,001$). Os extremos de idade, 20 a 30 anos e acima de 60 anos, percebem menor apoio social no trabalho ($p=0,015$). Quanto ao sexo, o feminino apresenta menor pontuação para apoio social ($p=0,031$). Os servidores que realizam plantões, tanto no período diurno, quanto no noturno vivenciam menor apoio social ($p=0,046$) e os trabalhadores que possuem outro vínculo empregatício e exercem a função de técnicos de enfermagem no segundo emprego, apresentam menores valores para apoio social ($p=0,04$).

A função exercida na instituição responde por 4,3 % da demanda; o tempo de trabalho é responsável por 6,4% do controle e sexo, função exercida, período em que realiza plantões, função desempenhada no outro emprego e faixa etária, respondem juntos por 49,2% do apoio social.

O melhor escore no SF-36 foi para saúde mental, 84,02 e os piores escores para vitalidade 62,25 e dor 61,87. Quando comparada a saúde atual à de 01 ano, a maioria, 51,2% da amostra a considera praticamente a mesma, ou seja, inalterada. Em relação à idade,

verificou-se que há uma relação inversamente proporcional com a capacidade funcional, pois conforme a idade aumenta, a capacidade funcional diminui ($p=0,007$). O sexo feminino apresentou menores escores para vitalidade ($p=0,028$) e capacidade funcional ($p=0,002$). Os enfermeiros apresentaram menores escores para limitações por aspectos emocionais ($p=0,004$), aspectos sociais ($p=0,005$) e vitalidade ($p=0,044$). Os servidores que possuem outro vínculo empregatício apresentaram maior comprometimento nos aspectos sociais ($p=0,048$). Trabalhadores que exercem no segundo vínculo empregatício a função de enfermeiro ou outra que não técnico de enfermagem, apresentam menores escores para aspectos sociais ($p=0,047$) e dor ($p=0,039$). Em relação a filhos verificou-se que o fato de possuir filhos, reduz a capacidade funcional ($p=0,015$).

A capacidade funcional recebe influencia da presença de filhos, sexo, e idade que juntos a reduzem em 9,3%. O comprometimento de 27,7% do domínio dor decorreu da função exercida no segundo emprego. A vitalidade foi prejudicada pela função exercida, sexo, e possuir outro vínculo empregatício, que juntos interferiram em 5,7% neste domínio. Quanto aos aspectos sociais, seu prejuízo de 28,8% é advindo da função exercida na instituição, possuir outro vínculo empregatício, função exercida neste outro emprego. As limitações por aspectos emocionais foi prejudicada em 3%, de acordo com a função exercida na instituição.

Os domínios do SF-36 apresentaram boas correlações entre si. O domínio capacidade funcional apresentou correlação estatisticamente forte com estado geral de saúde e vitalidade nesta amostra, as limitações por aspectos físicos se correlacionaram com vitalidade e limitações por aspectos emocionais; a dor correlacionou-se com a vitalidade e aspectos sociais; o estado geral da saúde com vitalidade e aspectos sociais; vitalidade correlacionou-se com aspectos sociais e saúde mental; aspectos sociais com limitações por aspectos emocionais e saúde mental; e limitação por aspectos emocionais correlacionou-se com saúde mental.

Em resumo, a hipótese 01 de estudo foi rejeitada pois a amostra em sua maioria vivencia um trabalho ativo, caracterizado por alta demanda e alto controle. Já a hipótese 02 foi confirmada, pois 85,5% da amostra considera possuir baixo apoio social na instituição, tanto em relação aos colegas de trabalho, quanto dos supervisores. A hipótese 03 também foi confirmada, uma vez que o melhor resultado obtido nesta amostra com o SF-36 foi para saúde mental (84,02). Todos os outros domínios obtiveram menores valores, sendo possível afirmar que esta amostra apresenta comprometimento da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. A hipótese 04 foi confirmada parcialmente, pois se esperava que os piores resultados no SF-36 fossem para limitações por aspectos físicos, dor e limitações por aspectos emocionais; no entanto, os piores resultados foram para dor, vitalidade e aspectos sociais. A hipótese 05

também foi confirmada parcialmente, pois se esperava melhores resultados para vitalidade e capacidade funcional. Entretanto, os melhores resultados encontrados foram para saúde mental e capacidade funcional.

As condições de trabalho têm sido amplamente estudadas nas últimas décadas para compreender e determinar o processo de saúde e doença dos trabalhadores. Na enfermagem não tem sido diferente. Vários estudos nacionais e internacionais têm sido conduzidos para identificar potenciais fatores de risco no processo de trabalho destes profissionais, capazes de interferirem na atuação profissional e na gênese de diversos problemas de saúde física e mental.

Nesta direção, este estudo investigou fatores psicossociais de risco para o estresse ocupacional, utilizando o Modelo Demanda e Controle proposto por Karasek e verificou que 44,5% dos trabalhadores estão expostos a um risco intermediário de estresse, vivenciando um trabalho caracterizado por alta demanda e alto controle. No entanto, estudos atuais já têm demonstrado que nem sempre este alto controle é capaz de minimizar os danos provocados pela vivência contínua de alta demanda no trabalho. Quando esta realidade é estendida para a atividade profissional da enfermagem, maiores reflexões precisam ser feitas, uma vez que as altas demandas são de cuidado contínuo a indivíduos doentes, em risco iminente de morte, vivenciando situações de sofrimento físico e psicológico. Além disso, estes profissionais, constituídos em sua maioria pelo sexo feminino, convivem constantemente com um desgaste físico pelo tipo de trabalho desempenhado, que envolve manuseio de clientes em delicada situação de saúde. Além disso, considerando que a população estudada constitui-se majoritariamente por mulheres, metodologias de investigação do estresse que levem em consideração a sobrecarga doméstica de trabalho poderiam ser aplicadas. Outro dado importante detectado e agravante para a situação de risco intermediário de estresse é que 85,5% dos trabalhadores perceberam baixo apoio social no trabalho, situação preocupante, haja vista, esta variável ser importante amortecedor das situações de estresse no trabalho.

O grupo mais predisposto ao estresse nesta instituição é o corpo de enfermeiros, que vivencia uma alta demanda e um baixo controle em sua atividade laboral diária, constituindo-se portanto, nos profissionais que deveriam ser estudados a parte, para uma melhor compreensão dos fatores responsáveis pelas altas demandas psicológicas e baixo controle sobre a atividade desempenhada.

Em relação à qualidade de vida no âmbito da saúde, verificou-se que todos os domínios estão comprometidos, no entanto, os que merecem maior atenção são a dor, a redução da vitalidade e o comprometimento dos aspectos da vida social destes participantes, em virtude das limitações por aspectos físicos. Profissionais que executam uma atividade profissional visando à promoção da saúde da população e um atendimento isento de riscos derivados de imperícia, imprudência e negligência, não podem vivenciar uma rotina de

trabalho com limitações físicas, pela presença de dor e falta de ânimo e vigor, pois é incoerente com a prática de humanização da assistência. Outro aspecto relevante identificado é que os enfermeiros novamente apresentaram menores valores para 07 dos 08 domínios do SF-36, quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem, demonstrando uma fragilidade maior, neste grupo de trabalhadores. O sexo feminino, em função da multiplicidade de tarefas desempenhadas, tanto no âmbito do trabalho, quanto no domicílio, apresentam valores menores em todos os domínios do SF-36, exceto para limitações por aspectos físicos, quando comparados ao sexo masculino e, portanto constitui-se em uma categoria exposta ao risco para o desenvolvimento de problemas físicos e mentais.

Durante a coleta dos dados desta pesquisa, os trabalhadores ressaltaram o fato de não serem disponibilizadas na instituição, atividades de apoio como ginástica laboral nos setores de trabalho, acompanhamento psicológico, orientação nutricional, campanhas de prevenção de acidentes, campanhas de incentivo ao abandono do tabaco e maior proximidade dos gestores dos profissionais de enfermagem para minimizar os riscos inerentes à prática profissional. Em adição, elogiaram a iniciativa de, que pela primeira vez foram questionados sobre Estresse Ocupacional e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

No entanto, apesar da participação maciça dos servidores, esta pesquisa teve as seguintes limitações: o fato de ser um estudo transversal e, portanto demonstrar apenas um retrato momentâneo da realidade experimentada pelos trabalhadores de enfermagem deste hospital universitário. Além disso, o Modelo Demanda e Controle, por meio do JSS é um instrumento genérico e que, portanto, não considera aspectos específicos do trabalho da enfermagem, como o envolvimento e o relacionamento constante com pessoas doentes na gênese do estresse, restringindo o alcance da presente pesquisa. Nesta direção, sugere-se em sequência, a realização de estudos qualitativos e/ou longitudinais que avaliem aspectos não estudados neste trabalho e que possam contribuir para uma melhoria da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Outro fator a se apontar é a diferença de metodologia utilizada pelos pesquisadores na investigação do estresse e da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, que restringiu comparações com populações semelhantes e melhor conhecimento das situações potenciais de riscos detectados nestes estudos.

Os objetivos propostos por esta pesquisa foram satisfatoriamente alcançados. Assim sendo, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir, para a promoção da saúde e da qualidade de vida no âmbito da saúde destes profissionais de enfermagem, que tragam como repercussão uma atividade profissional prazerosa e com menos possibilidades de erros,

proporcionando bem estar, tanto a este segmento ocupacional, quanto à clientela por ele atendida, refletindo-se na manutenção da excelência dos serviços prestados. Desta forma, recomenda-se a realização de mais pesquisas com outros delineamentos, verificando até que ponto as altas demandas aliadas ao alto controle nesta amostra em longo prazo, não esgotam os recursos individuais de enfrentamento de cada trabalhador e não afetam seu equilíbrio fisiológico.

ABUALRUB, R. F. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 36, n. 1, p. 73-78, 2004.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho*. Bélgica, 2007.

ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. 103p.

ALBUQUERQUE, L. G.; FRANÇA, A. C. L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. *Revista de Administração*, São Paulo, v.33, n.2, p.40-51, abr./jun. 1998.

ALVES, M. G. M. *et al.* Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.

AMARAL, T. R. *Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas*. 2006. 115f. Dissertação (mestrado em enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ANATCHOKVA, M. D.; WARE, J. E. Jr.; BJORNER, J. B. Assessing the factor structure of a role functioning item bank. *Springer*, v. 20, p. 745-758, 2011.

ANDRADE, T. *et al.* Síndrome de *burnout* e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados. *Revistaoes*, Salvador, v. 19, n. 61, p. 231-251, abr./jul. 2012.

ARAÚJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

_____; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda - Controle. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.4, p. 991-1003, 2003.

_____; KARASEK, R.A. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, n.6, p. 52-59, 2008.

AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A.Q. Transformações no mundo do trabalho: a inserção da qualidade total. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: casa do psicólogo, v.2, 2004. p. 229-246.

ARISTÓTELES; PESSANHA, J. A. M. (Org.). *Ética a Nicomaco*. São Paulo: Nova Cultural, 1991.281 p. (série os pensadores v.2).

ARRONSSON, G.; GUSTAFSSON, K.; DALLNER, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presentism. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 54, p. 502-509, 2000.

ARTAZCOZ, L.; BORREL, C.; BENACH, J. Gender inequalities in health among workers: the relation with Family demands. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 55, p.639-647, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Origem da enfermagem*. Pernambuco, 2012. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/?categoria=textoinstitucional_02>. Acesso em: 28 mar. 2013.

AUQUIER, P. *et al.* 1997. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 12, 2000.

BAAH, K.D.; AMOAKO, G.K. Application of Frederick Herzberg's two- factor theory in assessing and understanding employee motivation at work: a Ghanaian Perspective. *European Journal of Business and Management*, v.3, n.9, p. 1-8, 2011.

BAKKER, A. B.; BEMEROUTI, E. The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, v.22, n.3, p. 309-328, 2007.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital escola. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar./abr. 2003.

BARROS, C.A.; GUIMARÃES, L. A. M. Lesões por esforços repetitivos- LER: Aspectos Psicológicos. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do psicólogo, v.1, 2003. p. 59-65.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o estresse. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 4, p. 390-394, dez. 2000.

BLAZZI, F. J. O trabalho e as organizações na perspectiva sócio-técnica. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.33, n.1, p. 30-37, jan./fev. 1994.

BORGES, L. O.; GUIMARÃES, L. A. M.; SILVA, S. S. Diagnósticos e promoção da saúde psíquica no trabalho. In: BORGES, L. O.; MOURÃO, L. *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia*. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 581-618.

BRASIL. Decreto nº 5824 de 29 de Junho de 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jan. 2010.

BRASIL. Decreto nº 7082 de 27 de Janeiro de 2010. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 Jan. 2010.

BRASIL. Decreto nº 7186 de 27 de Maio de 2010. *Diário oficial da República Federativa do Brasil*, Casa Civil, Brasília, DF, 27 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Universidade Federal do Mato Grosso do Sul: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian*, 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/humaria.pdf>> Acesso em: 17 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de acidentes do trabalho*. Brasília, 2011, 722p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, 2001, 290p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Censo demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração resultados da amostra*. Rio de Janeiro, 2012, 346p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílio: tabagismo 2008*. Rio de Janeiro, 2009, 128p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Perfil das mulheres responsáveis pelo domicílio no Brasil 2000*. Rio de Janeiro, 2002, 75p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas*. Rio de Janeiro, 2012, 24p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Assédio moral e sexual no trabalho*. Brasília, 2013, 41p.

BRASIL. *Plano nacional de segurança e saúde no trabalho*. Brasília, 2012, 62p.

BRASIL. *Política nacional de segurança e saúde do trabalho*. Brasília, 2004, 16p.

BRASIL. Secretaria de assuntos estratégicos da presidência da república. Instituto de pesquisa econômica aplicada. Mulher e trabalho: avanços e continuidades. *Boletim IPEA*, n. 40, 2010, 19p.

BULHÕES, I. *Riscos do trabalho em enfermagem*. 2.ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998, 278p.

CACCIARI, P. *et al.* Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 6, p. 860-865, nov./dez. 2013.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais que podem levar ao estresse: uma análise na literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n.2, p. 232-240, abr./jun. 2008.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2003, p.73-74.

CASSIOLATO, R. A. *Stress e identidade do profissional de enfermagem: um estudo de caso*. 2003. 150f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade São Camilo, São Paulo, 2003.

CATALDI, M. J. G. Stress e fadiga mental no âmbito do trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. (coods). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*, Goiás: Cir Gráfica, 2013, p. 403-414.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. E. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 217-221, jan. 2006.

CHAN, K. B. *et al.* Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science and Medicine*, v. 50, p. 1415-1432, 2000.

CHANDOLA, T. *et al.* Does conflict between home and Work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *International Journal of Epidemiology*, v. 3, n. 4, p. 884-893, may 2004.

CHIAVENATO, I. *Introdução a teoria geral da administração*. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003, p. 133-143.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. 1997, 120f. Tese (Doutorado em medicina)- Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF- 36 (Brasil SF- 36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai./jun. 1999.

CLENDON, J.; WALKER, L. The health of nurses aged over 50 in New Zealand. *Contemporary Nurse*, v. 45, n.1, p. 85-94, aug. 2013.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 56.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 3, p. 345-348, mai./jun. 2005.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. humanização e trabalho na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar./abr. 2003.

COLTRO, A. *A abordagem comportamental: o homus administrativus*. Universidade de São Paulo, 2006. 37p.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad*. Bruselas, 2002, 18p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Lei 7498 de 25 de Junho de 1986*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução 293 de 21 de Setembro de 2004*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem*. São Paulo, 2010 Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/node/34635>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *Legislação e Normas*. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.corenmg.org.br>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

COOPER, C.; SLOAN, S. J.; WILLIAMS, S. *Occupational Stress Indicator: Test Sources of Pressure in Job*. England: Windsor, 1988.

COOPER, C.; SWANSON, N. *Workplace in the health sector: state of the art*. Geneva, 2002, 67p.

COSTA, M. A. S. *O estresse no trabalho e a auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergência da secretaria municipal de saúde de Campo Grande/MS, 2010*. 2010. 66f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

COSTI, M. *A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares*. Porto Alegre: Editora EDIPUCRS, 2002, 250p.

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. F. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 35-40. jan./mar. 2009.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Ferreira Leal. 5.ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992. p. 37-47.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Tradução: Maria Irene Stocco Betiol e Maria José Tonelli. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, p. 43.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. A mulher chefe de domicílio e a inserção feminina no mercado de trabalho. *Boletim Dieese*, São Paulo, 08 mar. 2004, 14p. Edição especial.

DESCARTES, R. *Regras para a direção do espírito*. Tradução de João Gama, Portugal: Edições 70, 2007, 65p.

DISSEN, C. M. *et al.* Characterization of absenteeism-disease in nursing workers of a hemodialysis service. *Journal of Nursing*, v. 8, n. 2, p. 272-278, 2014.

DORRIAN, J. *et al.* A pilot study of the Safety implications of Australian nurse' sleep and work hours. *Chronobiology International*, v. 23, n. 6, p. 1149-1163, 2006.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

ENGELS, F. *O papel do trabalho na transformação do macaco em homem*. 4.ed. São Paulo: Global, 1990, 57p.

ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; TENÍAS-BURILLO, J. M. Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *Occupational Environment Health*, v. 77, p. 401-408, 2004.

EUROPEAN COMMUNITIES. *Annual review of working conditions in the EU 2007-2008*. Luxembourg, 2008, 87p.

EVANS, A.; STEPTOE, A. Social support at work, heart rate, and cortisol: a self-monitoring study. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 6, n. 4, p. 361-370, 2001.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*. v.22, p. 502-508, 1995.

FELLI, V. E. A.; KURCGANT, P. A saúde do trabalhador de enfermagem: um estudo no enfoque do materialismo histórico e dialético. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 41-48, set./ dez. 2000.

FERNANDES, E. C. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. 3. ed. Salvador: Casa da qualidade, 1996. 108p.

FERREIRA, R. C. *et al.* Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 259-268, 2012.

FERREIRA R. C. *Apoio social no trabalho e absenteísmo doença em trabalhadores de enfermagem*. 2010. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2010.

FERREIRA, S. S.; ELSANGEDY, H. M.; SILVA, S. G. Alterações fisiológicas durante o envelhecimento: a importância da atividade física. *Revista Digital*, Buenos Aires, a. 16, n. 163, dic. 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd163/alterações-fisiologicas-durante-o-envelhecimento.htm>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- 100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FOCAULT. M.; MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do Poder*. 23.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008, 295p.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 139-144, mar./abr. 2005.

FRANKENHAUSER, M. The psychophysiology of sex differences as relate to Occupational status. In: FRANKENHAUSER, M.; LUNDBERG, U.; CHESNEY, M. *Women, work and stress: stress and opportunities*. New York: Plenum Press, 1991, p. 39-61. Disponível em: <http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-3712-0_3> Acesso em: 2 jan. 2014.

FRANKENHAUSER, M.; GARDELL, B. Underload and overload in working life: outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress*, v. 2, p. 35-46, 1976.

FREITAS, A. R. *A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de burnout, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos*. 2013. 175f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde)- Fundação Pio XII-Hospital de câncer de Barretos, 2013.

GALDURÓZ, J. C. F. *et al.* Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, n. 13, p. 888-895, set./out. 2005. Número especial.

GEOVANINI, T. *et al.* *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2005, p. 5-48.

GERBERICH, S. G. *et al.* An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurse's study. *Occupational Environmental Medicine*, Minnesota, v. 61, p. 495-503, 2004.

GIORDANI, A. T. *Humanização da Saúde e do Cuidado*. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2008, 192p.

GIOVANETTI, R. M. Saúde e apoio no trabalho: estudo de caso de professores de educação básica pública. 2006. 156f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GREINER, A. Na economic modelo of work related stress. *Journal of Economic Behavior & Organization*, v. 66, p. 335-346, 2008.

GRIEP, R. H. *et al.* Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 145-152, 2011.

GUEDES, E. M.; MAURO, M. Y. C. Revisitando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 144-151, mai./ago. 2001.

GUIACHELLO, A. L. Health outcomes research on hispanics/ latinos. *Journal & Medical Systems*, v. 20, n. 5, p. 235-253, 1996.

GUIDO, L. A. *et al.* Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, p. 1434-1439, 2011.

GUIMARÃES, L. A. M. Fatores psicossociais de risco no trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. (coords). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*, Goiás: Cir Gráfica, 2013, p. 273-282.

_____; CAMARGO, D. A.; CAETANO, D. Assédio sexual no trabalho: aspectos psicológico-psiquiátrico. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 3, 2004, p. 265-280.

_____; FREIRE, H. B. G. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 2004, p. 29-49.

_____; MACFADDEN, M. A. J. Validação para o Brasil do SWS Survey©- Questionário sobre estresse, saúde mental e trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2003, p. 153-166.

_____; RIMOLI, A. O. “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 183-191, mai./jun. 2006.

_____; TEIXEIRA, A.; CAMARGO, D. A. Violência no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.3, 2004, p. 245-264.

_____; VASCONCELOS, E. F. Breves notas sobre mobbing (assédio psicológico-moral) no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 4, 2008, p. 127-135.

HABIBA, M. *et al.* Limited role of multi attribute utility scale and SF- 36 in predicting management outcome of heavy menstrual bleeding. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 148, p. 81-85, 2010.

HART, P. M.; COOPER, C. L. Occupational stress: toward a more integrated framework. In: ANDERSON, N. N. *et al.* *Handbook of industrial, work and organizational psychology*, London, v. 2, p. 93-110, 2001.

HAYS, R.D.; SHERBOURNE, C.D.; MAZEL, R. M. *User’s manual for the medical outcomes study (MOS) core measures of health-related quality of life*. Santa Monica: RAND, 1995. 172p.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. *Stress and psychological disorders*. Inglaterra, 2011.

HESKETH, J. L.; COSTA, M. T. P. M. Criação de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 59-68, jul./set. 1980.

HSU, M. Y.; KERNOHAN, G. Dimensions of hospital nurse` quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, v. 54, n. 1, p. 120-131, apr. 2006.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva, 2005, 132p.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Work-related violence and its integration into existing surveys*. Geneva, 2013, 48p.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Nurse, occupational health. *International Hazard Datasheets on Occupation*. Geneva, 2000, 04p.

INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace*, Geneva, 2012, 118p.

INTERNATIONAL QUALITY OF LIFE ASSESSMENT, 1994. Disponível em: <<http://www.iqola.org>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

ISASTUR. *Manual de seguridad e instrucciones de trabajo*. Chile, 2010. Disponível em: <http://www.grupoisastur.com/manual_isastur/data/es/1/1_9.htm>. Acesso em: 8 fev. 2014.

JOHN, E.; WARE, J. E. Jr. Improvements in short- form measures of health status: introduction to a series. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 61, p. 1-5, 2008.

JOHNSON, P. R. The impact of workplace social support, job demands and work control. *Environmental and organizational psychology research reports*, v. 1, 1986.

JOHNSON, P. R.; HALL, E. M. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross sectional study of random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, v. 78, p. 1336-1342, 1988.

KARASEK, R. A. El modelo de demanda/ control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Enciclopedia de salud y seguridad em el trabajo*, Genebra, v. 2, 1998, p. 34.6-34.15.

_____; Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, p. 285-308, 1979.

_____. *et al.* The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational health Psychology*, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KELLER, S.D. *et al.* Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*. v. 51, n. 11, p. 1179-1188, 1998.

KIMURA, M.; SILVA, J.V. índice de qualidade de vida de Ferranz e Powers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 43, p. 1098-1104, 2009.

LANE-SPOONER, R. *The Influence of Work Stress and Work Support on Burnout in Public Hospital Nurses*. 2004. 431f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Queensland University of Technology, Austrália, 2004.

LEITE, P. C.; SILVA, A. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 6, n. 1, p. 95-102, jan./mar. 2007.

LEKA, S., GRIFFITHS, A.; COX, T. Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representative. *World Health Organization*, 2003, 27p.

LENTZ, R. A. *et al.* O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, p. 7-14, ago. 2000.

LEVI, L. Comissão Europeia. *O Stress no Trabalho: Sal da Vida ou Morte Anunciada?* Luxemburgo, 2002, 20p.

LEVI, L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, Ginebra, v. 2, 1998, p. 34.3-34.6.

LEVI, L. Stressors at the workplace: theoretical models. *Occupational Medicine*, Philadelphia, v. 15, p. 69-99, jan./ mar. 2000.

_____; SAUTER, S. L.; SHYMOMITSU, T. Work- related stress: It's time to act. *Journal Occupational health Psychology*, Washington, v. 4, p. 394- 396, 1 out. 1999. Disponível em: <<http://www.deepdyve.com>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

LIMA, M. E. A. *O significado do trabalho humano: mito e ilusões do homem moderno*. 1986. 318f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1986.

LIN, J. D. *et al.* Physical and mental health status of staff working for people with intellectual disabilities in Taiwan: measurement with the 36- item short- form (SF- 36) health survey. *Research in Developmental Disabilities*, v. 30, p. 538-546, 2009.

LIRA, N. F.; BOMFIM, M. E. S. *História da enfermagem e legislação*. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1989, p. 1-22.

LISBOA, T. C. Breve História dos hospitais da antiguidade a idade contemporânea. *Notícias Hospitalares: gestão de saúde em debate*, v. 4, n. 37, jun./jul. 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

LOPES, K. J. C. *A representação social do enfermeiro em suas ações de assistência, na visão do usuário atendido na Atenção Primária a Saúde, no Programa Saúde da Família, Capelinha, MG*. 2010. 35f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2010.

LUCHMAN, J. N.; MORALES, M. G. G. Demands, control, and support: a meta- analytic review of work characteristics interrelationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 18, n. 1, p. 37- 52, 2013.

MAGNAGO, T. S. B. S. *Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem*. 2008. 201f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2008.

MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Condições de trabalho de profissionais de enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda- controle. *Acta Paulista Enfermagem*, v. 23, n.6, p. 811-817, 2010.

MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Intensidade del dolor musculo-esqueletico y la (in) capacidade para el trabajo em la enfermería. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 9, p. 1-9, nov./dic. 2012.

MARTINS, L. A. N. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina no Trabalho*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set. 2003.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, p. 99-117, jan. 1998.

MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dez. 2000.

MAURO, M. Y. C. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.14, p. 13-18, jan./mar. 2010.

MAURO, M. Y. C. *et al.* Riscos ocupacionais em saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 338-345, 2004.

MEEBERG, G.A. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v.18, p. 32-38, 1993.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

MICHEL, O. R. *Alcoolismo e drogas de abuso: problemas ocupacionais e sociais: a realidade do trabalhador brasileiro*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, 318p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7 – 18, 2000.

MIQUELIN, L. C. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS, 1992, 241p.

MIRANDA, C. M. L.; GARCIA, T. R.; SOBRAL, V. R. S. Um estudo sobre a construção da identidade profissional da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 4, p. 117-124, abr. 1996.

MONTEIRO, C. M.; BENATTI, M. C. C.; RODRIGUES, R. C. M. Occupational accidents and health-related quality of life: a study in three hospitals. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 101-107, jan./fev. 2009.

MOTKE, M. B.; FRANCO, G. P. Qualidade de vida em saúde da equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Contexto e Saúde*, a.3, n.5, p. 129-148, jul./dez. 2003.

MUSSHAUSER, D. *et al.* The impact of sociodemographic factors vs. gender roles on female hospital workers` health: do we need to shift emphasis? *Journal of Occupational Health*, v. 48, p. 383-391, 2006.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. *Stress at work*, 1999, 22p.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. *Exposure to stress: Occupational Hazards in Hospitals*, 2008, 20p.

OGUISSO, T. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 2.ed. São Paulo: Manole, 2007, p. 5-118.

_____; FREITAS, G.F. Nursing History: reflections on teaching and research at undergraduate level. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 15, jan./ fev., p. 174-176, 2007.

OLER, F. G. *et al.* Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arquivo de Ciências de saúde*, v. 12, n. 2, p. 102-105, abr./jun. 2005.

OLIVEIRA, C. M. S. *et al.* *Plano de reestruturação do hospital universitário*. Brasil, 2010. Disponível em: <http://nhu.ufms.br/v1/documentos/pdi_completa.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *O que é trabalho decente*. Brasil, 2011, 2p. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: uma evolução para a prevenção*. Genebra, 2008, 161p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Brasil, 2010, 20p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Uma globalização justa: criando oportunidades para todos*, Brasil, 2005, 166p.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales*, Ginebra, 2009, 43p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial da saúde*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, Lisboa, 2002, 25p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*, México, 2008, 50p.

OSTERMANN, R. F. *SWS-Survey model*. Paramus: N. J. Fairleigh Dickinson University, 1989.

PADILHA, M. C. I. S.; BORENSTEIN, M. S.; ALVAREZ, A. M. A construção social da ABEN: papel histórico e social das suas primeiras seções. *ABEN*, out./ nov./ dez. 2005.

_____; MANCIA, J.R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 6, nov./ dez., p. 723-726, 2005.

PAIXÃO, W. *História da enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio Carlos Reis Livraria, 1979. 135p.

PELLICIOTTI, J. S. S. *Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicações em unidades de terapia intensiva*. 2009. 164p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 6, p. 1-9, nov./dez. 2010.

PINHO, O. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PISANIELLO, S. L.; WINEFIELD, H. R.; DELFABBRO, P. H. The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, v. 80, p. 579-591, 2012.

POISSONNET, C. M.; VÉRON, M. Health effects of work schedules in healthcare professions. *Journal of Clinical Nursing*, v. 9, n.1, p. 13-23, jan. 2000.

POPPER, K. *A lógica da pesquisa científica*. Tradução de Leonidas Hegenberg e Octanny S. Mota. São Paulo: Cultrix, 1972. 282p.

PORTO, F.; AMORIM, W (orgs.). *História da enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos*. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. 441p.

REES, D.; COOPER, C. The occupational stress indicator locus of control scale: should this be regarded as a state rather than a trait measure? *Work and Stress*, v. 6, p. 45-48, 1992.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. G. Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

ROBERTSON, I. T.; COOPER, C. L.; WILLIAMS, J. The validity of the occupational stress indicator. *Work and Stress*, v. 4, n. 1, p. 29-39, 1990.

RODRIGUES, M.V. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 11. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 208p.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? *Educação e Realidade*, v. 26, n. 1, p. 33-54, 2001.

SALLES, E.P. *Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs*. 2005. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2005.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-862, nov./dez. 2009.

SAMPAIO, A. N. P.; GUIMARÃES, L. A. M. Modelo teórico esforço-distress de Marianne Frankenhauser e o conceito de carga de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 2004, p. 85-99.

SANTOS, O. M. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. *Revista Bioética*, v. 19, n. 3, p. 683-695, 2011.

SAUTER, S. L. *et al.* Factores psicosociales y organizativos. In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Ginebra, v. 2, 1998, p. 34.2.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, abr./jun. 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, v. 20, n.2, p. 580-588, mar./ abr. 2004.

SELINGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 211p.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. Departamento nacional. *Perfil do trabalhador formal brasileiro*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Sesi/in, 2005, 146p.

SELYE, H. *The stress of life*. Tradução de Frederico Branco. 2.ed. São Paulo: IBRASA, 1965, 321p.

SIEGRIST, J. Adverse health of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 1, p. 27-41, 1996.

SIEGRIST, J.; PETER, R. Threat to occupational status control and cardiovascular risk. *Israel Journal of Medical Science*, v. 32, p. 179, 1996.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. O adoecimento da equipe de enfermagem e o adoecimento doença. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 1, p. 133-136, 2002.

SINDICATO DE ENFERMERÍA. *Resultado preliminares de la incidencia de mobbing en los profesionales de enfermeiras españolas*. Universidad de Alcalá de Henares, oct. 2002, 25p.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande. UCDB, 1999.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 4, p. 351-361, dez. 2000.

STECK, J. M. Brasil gasta até 4% do PIB com acidentes e doenças do trabalho. *Jornal do Senado Federal*, 2012. Disponível em: <www.12senado.gov.br/noticias/jornal/edições/2012/04/24/brasil> Acesso em: 2 nov. 2012.

SULLIVAN, M.; KARLSSON, J.; WARE, J. E. Jr. The Swedish SF- 36 health survey- I. Evolution of dates quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1349-1358, 1995.

TALHAFERRO, B.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N, A. M. Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de material e esterilizações. *Revista ciências médicas*, v. 15, n. 6, p. 495-506, nov./dez. 2006.

TEIXEIRA, M. G. *Estresse e sintomas psiconeuróticos na equipe de enfermagem*. 2011. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 415-421, 2009.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. *The new England Journal of Medicine*, v. 334, n. 13, p. 835-840, mar. 1996.

THEÖRELL, T. *et al.* Changes in job strain in relation to changes in physiological state. A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, v. 14, n. 3, p. 189-196, 1988.

THEÖRELL, T.; KARASEK, R. A. Current issue relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 1, n. 1, p. 9-26, 1996.

TIEMI-MUROFUSE, N.; PALUCCI-MARZIAE, M. H. Transtornos mentales y de comportamiento em trabajadores de enfermeira de 23 instituciones de salud en Brasil. *Revista Enfermaria*, v. 13, n. 3, p. 133-140, 2005.

VAISSMAN, M. *Alcoolismo no trabalho*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, 218p.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v.8, n. 1, p. 23-34, jan./mar. 2001.

VASCONCELLOS, I. R. R. *et al.* Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 40-47, 2012.

VECINA NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VIEIRA, L. C.; GUIMARÃES, L. A.M.; MARTINS, D. A. O. O estresse ocupacional dos enfermeiros. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2003. p. 169-179

WARE, J. E. Jr. Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee- for- service care. *The Lancet*, v. 327, n. 8488, p. 1017-1022, 1986.

_____; Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 84, p. 43-51, 2003.

_____; GANDEK, B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA project approach. *Journal Clinical Epidemiology*, v. 51, n. 11, p. 945-952, 1998.

_____; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. SF- 36 physical and mental health summary scale. *A user's manual Boston: the health institute lab.*, 1994.

_____; *SF-36® Health Survey Update*, 2003. Disponível em: <<http://www.sf-36.org>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____; SF-36® Health Survey Update. *Spine*. v. 25, n. 24, p. 3130-3139, 2000.

_____; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36- Item short- form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Medical Care*, v. 30, p. 473-482, 1992.

_____; Standards for validating health measures: definition and content. *Journal Chronic Disease*, v. 40, n.6, p. 473-480, 1987.

WHEELER, H. H. Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*, v. 3, n. 10, p. 527-534, 1997.

WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1404, 1995.

WOOD- DAUPHINE. Assessing Quality of Life in Clinical Research: From Where Have We Come and Where Are We Going?. *Journal Clinical Epidemiology*, v.52, n.4, p. 355-363, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health*. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_health/en>. Acesso em: 20 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Worker's Health: Global Plan of Action*. Geneva, 2007,32p.

ZAPF, D. Emotion work and psychological well-being a review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource management Review*, v. 12, p. 237-268, 2002.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

1. IDADE:

☐ 20-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61 ou mais

2. SEXO:

☐ Masculino ☐ Feminino

3. ESTADO CIVIL:

☐ Solteiro ☐ Casado/ Amasiado ☐ Separado ☐ Viúvo

4. TEM FILHOS?

☐ Sim ☐ Não **Quantos?** -----

5. SETOR DE ATUAÇÃO:

<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Cirúrgica I/ II/ ou III
<input type="checkbox"/> UTI Adulto	<input type="checkbox"/> UCO
<input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Unidade Renal
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> DIP
<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Maternidade
<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico e Pré Parto
<input type="checkbox"/> CTI Pediátrico	<input type="checkbox"/> Berçário

6. TRABALHA NESTA INSTITUIÇÃO COMO:

☐ Auxiliar de Enfermagem ☐ Técnico de enfermagem ☐ Enfermeiro

7. FORMAÇÃO:

<input type="checkbox"/> Ensino fundamental	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Mestrado completo
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Doutorado incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Mestrado incompleto	<input type="checkbox"/> Doutorado completo
<input type="checkbox"/> Especialização incompleta	<input type="checkbox"/> Especialização completa	

8. TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:

☐ até 05 anos ☐ entre 6 e 10 anos
☐ entre 11 a 20 anos ☐ acima de 20 anos

9. NESTA INSTITUIÇÃO O SEU HORÁRIO DE TRABALHO É:

☐ Manhã ☐ Tarde ☐ 12x 60 dia
☐ 12x 36 dia ☐ Noturno

10. NESTA INSTITUIÇÃO, REALIZA PLANTÕES? QUANTOS:

- ☐ Não ☐ Até 05/ mês
☐ Entre 06 e 10/ mês ☐ Acima de 10

11. QUAL O PERÍODO EM QUE REALIZA PLANTÕES:

- ☐ Diurno ☐ Noturno ☐ Ambos

12. QUAL SUA RENDA MENSAL NESTA INSTITUIÇÃO:

- ☐ Até 4 salário mínimos ☐ entre 5 e 7 salários mínimos
☐ Entre 8 e 10 salários mínimos ☐ acima de 10 salários mínimos

13. VOCÊ É O PRINCIPAL PROVEDOR FINANCEIRO DA CASA:

- ☐ Sim ☐ Não

14. VOCÊ POSSUI OUTRO EMPREGO?

- ☐ Sim ☐ Não

15. SE SIM, QUAL FUNÇÃO EXERCE NESTE OUTRO EMPREGO?

- ☐ Auxiliar de enfermagem ☐ Técnico em enfermagem ☐ Enfermeiro

16. VOCÊ FUMA?

- ☐ Não ☐ Sim

17. VOCÊ INGERE BEBIDA ALCOÓLICA?

- ☐ Nunca ☐ Socialmente
☐ 1 vez na semana ☐ Mais de uma vez na semana

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Título do projeto pesquisa: Estresse Ocupacional e Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário de Campo Grande/ MS.

Pesquisadora: Aline Moraes da Silva

Telefone: (67) 3385- 8514 e Celular (67) 8116- 2018

E-mail: lili_moore@hotmail.com

Orientadora: Professora Doutora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães- Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Telefone: (67) 3321- 3605

Esta pesquisa faz parte da dissertação para fins de obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde, junto à Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Seu objetivo é avaliar o Estresse ocupacional e a Qualidade de Vida do pessoal de enfermagem de um Hospital Universitário de Campo Grande/ MS.

O procedimento de coleta de dados se dará por meio da aplicação conjunta dos seguintes instrumentos de pesquisa: Questionário de demanda e controle de Karasek (D/C), Qualidade de vida relacionada à saúde (SF- 36) e questionário sócio demográfico.

Esta pesquisa não oferece nenhum risco aos participantes. Será mantida toda a questão ética de pesquisa, bem como sigilo dos nomes dos participantes. Antes de responder os questionários, os entrevistados receberão orientação sobre os mesmos.

Os resultados individuais, caso sejam de interesse do participante, poderão ser solicitados via e-mail da pesquisadora (lili_moore@hotmail.com) ou por meio do e-mail pessoal não institucional fornecido pelo trabalhador a pesquisadora. Os resultados gerais do grupo de participantes serão enviados ao Diretor de Enfermagem da Instituição para ciência, divulgação e auxílio na tomada de medidas visando a promoção de saúde dos trabalhadores.

Considerando as informações constantes neste termo, e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, consinto, de forma livre e esclarecida a participação na presente pesquisa, na condição de participante, ciente de que:

1. A participação na pesquisa é voluntária e não implica em quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro.
2. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa.
3. É garantido o anonimato.
4. Os dados coletados serão utilizados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos.
5. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda.
6. O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2013.

Nome participante		RG participante
Aline Moraes da Silva Pesquisadora		RG Pesquisadora

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Campo Grande, 21 de Junho de 2013.

Para: Eleandro Almeida- Diretor de Enfermagem do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian

De: Aline Moraes da Silva – Enfermeira inscrita sob o COREN/ MS 124886

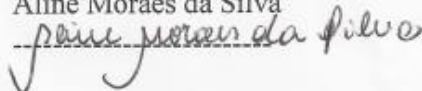
Prezado Senhor:

Eu, Aline Moraes da Silva, enfermeira mestranda, residente e domiciliada em Campo Grande/MS, venho por meio desta, solicitar sua autorização para realizar um estudo acerca do Estresse Ocupacional, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e *Locus* de Controle com os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) lotados sob sua responsabilidade, nos setores que exercem atividade de enfermagem nas 24 horas ininterruptamente. Este trabalho será submetido à apreciação da plataforma Brasil, e somente após sua aprovação terão os dados coletados. Este estudo será orientado e supervisionado pela Professora Doutora Liliana A. M. Guimarães vinculada ao Programa de Mestrado de Psicologia- área de concentração Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco. Após o término da pesquisa, os resultados obtidos serão encaminhados ao senhor em forma de relatório.

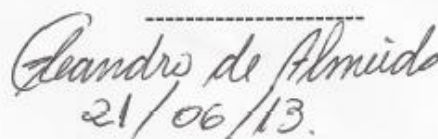
Certa de sua atenção desde já antecipo meus sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Aline Moraes da Silva



Eleandro Almeida



21/06/13.

Eleandro de Almeida
Diretor de Enfermagem
DRE/DRG/NHU
COREN 163189 MS

ANEXO A**JOB STRESS SCALE**

nº-----

Responda as perguntas a seguir marcando a alternativa que melhor define o seu sentimento em relação ao item perguntado.

1- Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

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

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

3- Seu trabalho exige demais de você?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

4- Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

5- O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

6- Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

7- Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

8- Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

9- No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

10- Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

11- Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () Frequentemente | 3. () Raramente |
| 2. () Às vezes | 4. () Nunca ou quase nunca |

12- Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

13- No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

14- Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

15- Se eu não tiver um bom dia, meus colegas me compreendem.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

16- No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

17- Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Concordo totalmente | 3. () Discordo mais do que concordo |
| 2. () Concordo mais do que discordo | 4. () Discordo totalmente |

ANEXO B

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Nº _____

SCORE: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente _____ 1
 Muito boa _____ 2
 Boa _____ 3
 Ruim _____ 4
 Muito ruim _____ 5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**
 (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás _____ 1
 Um pouco melhor agora que há um ano atrás _____ 2
 Quase a mesma de um ano atrás _____ 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás _____ 4
 Muito pior agora que há um ano atrás _____ 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de	1	2	3

pó, jogar bola, varrer a casa.			
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilometro .	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?
(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma _____ 1

Ligeiramente _____ 2
 Moderadamente _____ 3
 Bastante _____ 4
 Extremamente _____ 5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas quatro semanas**?

(circule uma)

Nenhuma _____ 1
 Muito leve _____ 2
 Leve _____ 3
 Moderada _____ 4
 Grave _____ 5
 Muito grave _____ 6

8. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma _____ 1
 Um pouco _____ 2
 Moderadamente _____ 3
 Bastante _____ 4
 Extremamente _____ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6

c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou os problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo _____ 1

A maior parte do tempo _____ 2

Alguma parte do tempo _____ 3

Uma pequena parte do tempo _____ 4

Nenhuma parte do tempo _____ 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5