

**Avaliação da sintomatologia do estresse, níveis de resiliência e qualidade de vida dos trabalhadores da área da enfermagem da rede pública de saúde do município de Bauru/SP.**

**Autora:** Ana Vera Niquerito

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Belancieri.

**Banca Examinadora:**

Maria de Lourdes Merighi Tabaquim

Rinaldo Correr

**Bauru – 2009**

**Título: Avaliação da sintomatologia do estresse, níveis de resiliência e qualidade de vida dos trabalhadores da área da enfermagem da rede pública de saúde do município de Bauru/SP.**

**Resumo:** Diversos estudos comprovam as implicações do estresse sobre a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores da área da Enfermagem. Assim, este estudo teve como finalidade avaliar a sintomatologia do estresse, os níveis de resiliência e a qualidade de vida desses trabalhadores. Participaram do estudo 430 trabalhadores da área da Enfermagem da Rede Pública de Saúde, sendo os dados coletados por meio do Inventário de sintomas de estresse para adultos (LIPP, 2000); da Escala de Qualidade de Vida-WHOQOL-bref da OMS (WHOQOL GROUP, 1998, FLECK e Cols, 1999); do Questionário do Coeficiente de Resiliência-RQ (REIVICH E SHATTÉ, 2002), bem como da ficha de dados sócio-demográficos. Do total de 430 trabalhadores da área da Enfermagem, 229 responderam aos instrumentos de coleta de dados, ou seja, 53,2%, sendo 207 do sexo feminino (90,4%) e 22 do sexo masculino (9,6%). Em relação ao estresse, 40% apresenta sintomatologia, com predominância de sintomas psicológicos (58%), sendo que a maioria encontra-se na fase de resistência (85%) e 7% está numa fase crítica, ou seja de exaustão ou quase exaustão. Quanto aos níveis de resiliência constatamos que a maioria, apresenta uma discrepância entre os fatores Regulação de Emoções, que encontra-se abaixo da média (56,8%) e Controle de Impulsos, que está acima da média (83%), o que pode resultar num elevando consumo de energia, prejudicando as atividades laborais. Nos Fatores, Otimismo (79,5%), Análise Causal (77,8%), Empatia (66,8%), Auto-eficácia (47,2%) e Exposição (51,5%), a maioria encontra-se na média. Em relação a qualidade de vida, o único Domínio que se encontra na *Região de Sucesso* é o Físico, com média de 71,28%; os demais Domínios (psicológico, social e ambiental), encontram-se numa *Região de Indefinição*, ou seja, com uma média, respectivamente, de 69,9%, 68,52% e 56,23%. Esperamos com este estudo abrir caminhos para que novas investigações sejam realizadas, reunindo subsídios teórico-metodológicos e práticos para maior exploração do tema.

**Palavras-Chave:** 1. Enfermagem e saúde 2. Resiliência 3. Qualidade de Vida.

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema de pesquisa “Estresse, Resiliência e Qualidade de Vida em trabalhadores da área da Enfermagem”, se deve a duas razões.

A primeira se refere à uma solicitação do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo, subsede Bauru/SP, em que, segundo relato da Conselheira Mara Luiza Gonçalves da Silva *há uma preocupação constante com as condições de trabalho e de saúde do servidor, especialmente, dos Enfermeiros, uma vez que estes geralmente apresentam uma carga de trabalho que excede sua capacidade física e mental.*<sup>1</sup>

Condição essa, segundo a Conselheira, pode estar associada a baixa remuneração, o que muitas vezes, o obriga a dividir o tempo entre dois ou três empregos. Os Enfermeiros são trabalhadores que sofrem uma cobrança exacerbada e que servem como anteparo à outros profissionais de saúde, assumindo uma diversidade de papéis, inclusive burocráticos, em detrimento de sua função primordial, podendo muitas vezes, prejudicar suas atividades na área da saúde.

O segundo motivo se refere ao interesse científico dos pesquisadores/colaboradores<sup>2</sup>, uma vez que, todos são integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar (GEPPH-USC) que tem como linha de pesquisa o “Estresse e a Resiliência em grupos de saúde”.

Dentre os estudos realizados pelo grupo, especialmente, com a Enfermagem, podemos citar “*A morte e o morrer na formação do enfermeiro*” em que os resultados apontam para uma insuficiência de conteúdos que cuidam da questão do enfrentamento do sofrimento e morte no ambiente hospitalar, predispondo o estagiário/profissional a situações de intenso estresse (BELANCIERI e LEVORATO, 2005).

O estudo das reações e dos sentimentos do estagiário de enfermagem em relação ao sofrimento e a morte no contexto hospitalar, de Belancieri e Koyama (2001), apontam um percentual elevado de sentimentos de impotência, tristeza, angústia, ansiedade entre outros,

---

<sup>1</sup> Comunicação pessoal.

<sup>2</sup> Este estudo conta com a colaboração dos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar da Universidade do Sagrado Coração-GEPPH-USC (Ana Beatriz Sacomano Montassier, Daniela Vitti R. da Silva, Ederli Ap. Gasparelo, Marcella Carvalho Martins, Marli Luiz Beluci, Nilseia Meneguel Coltro, Priscila de Cássia Marques e Verônica Lima dos Reis).

considerados todos esses, sintomas do estresse e, outro estudo realizado por Belnacieri (2005) intitulado “*Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas*”, indicando elevados índices de estresse entre os enfermeiros.

Assim, neste estudo pretendemos **avaliar a sintomatologia do estresse, os níveis de resiliência e a qualidade de vida dos trabalhadores da área da Enfermagem, visando traçar um perfil de sua saúde ocupacional.**

Este estudo se justifica na medida em que, ao conhecer o perfil dos trabalhadores da área de Enfermagem no município de Bauru/SP; as conseqüências do estresse para sua saúde e qualidade de vida, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas, poderão instrumentalizar-nos na busca de alternativas, criando programas de redução do estresse e fortalecimento da resiliência, promovendo, dessa forma, a saúde e a qualidade de vida dos referidos trabalhadores.

O estudo poderá, ainda, subsidiar as discussões acerca da importância do auto-cuidado, bem como sobre a carga horária de trabalho, constituindo-se como um ponto de partida para a regulamentação das 30 horas, conforme Portaria 1.281/2006 e Projeto de Lei 2.295/2000 que tramita do Congresso. A jornada de 30 horas poderá resultar em melhorias não somente para os trabalhadores, mas também para os Serviços de Saúde e seus usuários. Além de melhorar a qualidade da assistência aos pacientes e a possibilidade do ganho técnico para os profissionais da área da Saúde. Outro aspecto importante a ressaltar é a produção de conhecimento na área, deslocando o foco da doença para a possibilidade de promoção da saúde e qualidade de vida.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O estresse entre os trabalhadores da área da Enfermagem**

A área da Enfermagem, de acordo com Belancieri (2005) é a categoria mais propensa ao estresse, uma vez que, constitui-se no maior grupo que presta cuidados à saúde, bem como, são os que mais contato tem com os usuários do sistema de saúde.

O termo estresse, ainda hoje, causa certa confusão quanto a sua definição, especialmente, no senso comum. Alguns, a entendem como um estímulo, outros como uma resposta a algo.

De origem latina, o vocábulo foi utilizado, primeiramente, para referir-se a "fadiga" e ao "cansaço (LIPP, 1996b; BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Na fisiologia, é sinônimo de tensão; estiramento de músculos, ou de qualquer outro tecido orgânico por uma contração, ou seja, uma sensação que acompanha esforço muscular e, na psicologia, caracteriza-se por um estado emocional que resulta da insatisfação das necessidades ou do bloqueio de uma atividade dirigida no sentido da realização de um propósito inadiável (CABRAL E NICK, 2000).

Historicamente, o termo aparece relacionado ao nome de Hans Selye, médico endocrinologista, considerado o pai da teoria do estresse. Pesquisando o efeito de diversos agentes agressores, sistematizou a teoria do estresse, com a formulação do conceito de *General Adaptation Syndrome* (Síndrome Geral de Adaptação). Assim, o conceito de estresse, para Selye (1952, 1956, 1965), consiste em uma reação inespecífica do organismo a qualquer demanda, que poderá desencadear alterações físicas no organismo sem seletividade.

Para o autor, o estresse se desenvolve em três fases: **fase de reação de alarme**: que se caracteriza pelo início do processo com manifestações agudas quando o indivíduo se depara com um estímulo estressor, deixando o organismo em estado de alerta preparando-o para enfrentar determinada situação; **fase de resistência**: onde o organismo é obrigado a utilizar uma reserva maior de energia, no sentido de “enfrentar” o estímulo estressor, podendo restabelecer ou não o equilíbrio. Nessa fase começam a aparecer as primeiras conseqüências mentais, emocionais e físicas do estresse crônico, como a perda de concentração, instabilidade emocional, depressão, palpitações cardíacas, suores frios, dores musculares ou cefaléias freqüentes. Se os estímulos se tornarem contínuos, desencadeará uma terceira fase, denominada de **fase de exaustão**, na qual o organismo capitula aos efeitos do estresse, com perda das reservas de energia dificultando a manutenção dos mecanismos de adaptação, levando à instalação de doenças psíquicas ou somáticas.

Baseando-se nas teorias de Hans Selye, Marilda Lipp, considerada uma das maiores estudiosas e pesquisadoras sobre o estresse no Brasil, acrescentou uma quarta fase ao estresse – a **Quase-Exaustão** - entre as fases de resistência e exaustão, onde as defesas do organismo

começam a ceder, não conseguindo mais resistir às tensões e restabelecer o equilíbrio (LIPP, 2005).

Todo o mecanismo fisiológico despertado pelo estresse, tem por finalidade preparar o organismo para respostas rápidas ou adaptativas no sentido de resistir aos estímulos que ameaçam o organismo.

É importante ressaltar que o estresse, nem sempre é negativo, como é entendido no senso comum. De acordo com Selye (1965) poderá ser positivo, se o sujeito reage bem ao estímulo estressor ao realizar uma tarefa, que lhe traga desenvolvimento e crescimento emocional e intelectual. Nesse sentido é denominado de eustresse, ou seja, um estresse bom. Por outro lado, descreve o distresse, ou seja, o estresse ruim, caracterizado pela resposta negativa do sujeito no processo adaptativo, tornando-se vulnerável a uma diversidade de enfermidades.

Ao definir o estresse, Selye, faz uso de um referencial biologicista. Neste estudo, utilizaremos num conceito mais abrangente, numa perspectiva biopsicosocial, na qual se observa uma interdependência entre as dimensões biológica, psicológica e social do ser humano, implicando numa reação interativa entre o sujeito e o contexto em que está inserido, ou seja, para análises futuras, nos pautaremos na concepção psicossomática de Homem e de saúde.

Assim, as causas do estresse poderão ser internas e externas. As primeiras, estão relacionadas ao modo de ser de cada um e de como interpretam suas experiências de vida e as externas, relacionadas ao meio em que se insere o sujeito. Nesse sentido, Lipp (2000) sugere a existência de um estresse físico e psicológico, sendo necessário distingui-los, uma vez que as condições externas que afetam o organismo, muitas vezes independem do mundo interno da pessoa, de sua vontade, como as mudanças político-econômicas e sociais, acidentes, mudanças no trabalho, entre outros.

Estudando a natureza e a magnitude do estresse sobre os médicos residentes, Nogueira-Martins e Jorge (1998), observaram três tipos de estresse: o estresse profissional, o situacional e o pessoal.

O estresse profissional está associado aos parâmetros do curso de profissionalização e da representação do papel do profissional da saúde na sociedade, estando vinculado a capacidade de administrar o peso da responsabilidade profissional; lidar com pacientes difíceis

e situações problemáticas; supervisionar estudantes e residentes mais jovens; gerenciar o crescente volume de conhecimentos médicos e planejar a carreira profissional.

O estresse situacional é decorrente de situações como a privação do sono, fadiga, excessivas cargas assistenciais, muitos pacientes difíceis, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente e problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional.

Já o estresse pessoal está vinculado a características individuais e situações pessoais, como sexo, características de personalidade, vulnerabilidades psicológicas (por exemplo, maior ou menor suscetibilidade à privação do sono, maior ou menor dificuldade em lidar com situações emergenciais e com determinados tipos de pacientes), situação socioeconômica, problemas familiares, eventos de vida, entre outros.

É importante ressaltar que estas categorias se superpõem com frequência, assim uma poderá estar relacionada à outra, ou mesmo com todas, tornando-se difícil diferenciá-las com exatidão, visto que dificilmente estará sendo causada por um fator isolado.

Quando a atenção estão voltadas as reações psicológicas vinculadas à tarefa assistencial, os estudos sobre o estresse na atividade médica, como observamos em Nogueira-Martins e Jorge (1998), afirmam que certos tipos de pacientes e/ou situações clínicas são muito angustiantes para os profissionais encarregados da tarefa assistencial.

As situações que costumam ser mais ansiogênicas, são aquelas que envolvem dilemas éticos, como a tomada de decisões sobre a manutenção ou descontinuidade de tratamento em casos graves; lidar com situações na qual o paciente não aceita continuar um tratamento e/ou se submeter a um procedimento; a comunicação de diagnósticos graves e/ou de morte para os familiares. Essas questões geram níveis variáveis de angústia e desconforto para os trabalhadores da área da saúde.

Para os autores, a depressão e a privação do sono aparecem na literatura como os mais significativos problemas que afetam os residentes e têm sido considerados como os principais fatores no desencadeamento do estresse.

Os autores concluem seus estudos, revelando que os fatores estressantes a que são submetidos os residentes durante seu treinamento, podem produzir efeitos danosos tanto para sua saúde, como para a qualidade da assistência prestada aos seus pacientes.

Com os trabalhadores da área da Enfermagem, o quadro não se apresenta muito diferente.

De acordo com Stacciarini e Tróccoli (2001) a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority*, como a quarta profissão mais estressante, no setor público.

Analisando diversos estudos sobre o estresse na área da Enfermagem, Bianchi (1999) classificou os eventos estressores nas seguintes categorias: a) **Relações humanas e comunicação**, compreendendo as relações da equipe com os superiores, pacientes, familiares, colegas e outros profissionais; a falta de suporte e o descontentamento e apatia para com os colegas; b) **Inerentes à unidade de trabalho**, que estão relacionados aos recursos físicos; ao ambiente; às mudanças tecnológicas e profissionais; à carga horária e pressão no trabalho; à monotonia em razão do trabalho repetitivo; à exposição constante a riscos; aos odores desagradáveis e aos recursos materiais e humanos insuficientes; c) **Assistência prestada**, ou seja, lidar com a morte e o morrer; doenças terminais; pacientes com dor; lidar com necessidades emocionais do paciente e família, como a agressividade por exemplo, bem como a incerteza quanto ao tratamento do paciente; d) **Interferência na vida pessoal**, em decorrência dos conflitos entre as responsabilidades do trabalho e de casa; o desenvolvimento da carreira; tomada de decisões quanto ao futuro e experiências anteriores e; e) **Atuação do enfermeiro**, no qual percebe-se a ambigüidade e o conflito de papéis; a falta de autonomia, treinamento e suporte administrativo, bem como a falta de oportunidade de crescimento na organização; o estilo de supervisão, salários insuficientes e o envolvimento.

Em estudo realizado por Belancieri (2003, 2005) com 300 trabalhadores da área da Enfermagem, visando à identificação dos fatores e dos níveis de estresse, bem como dos transtornos psicossomáticos auto-atribuídos, foi possível chegar aos seguintes resultados: 100% do trabalhadores apresentava estresse em algum nível. Em relação aos fatores desencadeadores de estresse, encontrou o controle excessivo por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais, inobservância da ética pelos colegas; atividades rotineiras e repetitivas; excessivo número de pacientes; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e reconhecimento pela instituição, entre outros. Os sintomas psicossomáticos predominantes foram: cansaço, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, dor lombar, ansiedade, tensão pré-menstrual, cefaléias, problemas de memória, depressão, entre outros.



Diante desses estudos, observamos que os trabalhadores da área da Enfermagem sofrem um impacto muito forte de estressores internos e externos, podendo comprometer sua saúde e qualidade de vida, bem como afetar seu desempenho profissional, colocando em risco a assistência aos usuários do sistema de saúde.

## **2.2 A Resiliência entre os trabalhadores da área da Enfermagem**

A Resiliência, é um termo relativamente novo, na área da saúde. Historicamente, surge associado aos estudos da Física e da Engenharia, referindo-se capacidade que um material tem ao absorver energia sem sofrer deformações permanentes (YUNES E SZIMANSKI, 2001). A Resiliência, em seu sentido original, pressupõe uma resistência do material, que ao sofrer um impacto ou choque com outros materiais não perdem suas propriedades.

Ferreira (2001) a define como “a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica”, ou seja, no sentido figurado, uma “resistência ao choque”.

Já na língua inglesa, apresenta um significado mais amplo. De acordo com o Logman Dictionary of Contemporary English (1995) a resiliência se refere a uma “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.; resiliência de caráter”.

Yunes e Szymaski (2001) revelam que o termo resiliência, aparece em contraposição aos termos invencibilidade e invulnerabilidade que apresentam características de resistência absoluta ao estresse. Em outro artigo Yunes (2001) ressalta que a resiliência consiste na habilidade de superar as adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso como sugere os termos de invulnerabilidade e invencibilidade.

Moraes e Rabinovich (1996) a define como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que ocorrem em um determinado tempo, dada a certas combinações benéficas de atributos individuais, familiares, ambientais, sociais e culturais. A resiliência então seria o desenvolvimento psicológico normal em situações consideradas difíceis.

Ao conceituar a resiliência, Lindstron (2001), complementa, levando em consideração três aspectos: 1) as características individuais, como a genética, a fase de desenvolvimento, o sexo, a constituição e a experiência de vida; 2) o contexto, como o suporte social, a classe

social, a cultura e o ambiente; 3) e a quantidade e qualidade dos eventos de vida, como o desejável, o controlável, a sua magnitude, duração no tempo e efeitos em longo prazo.

O autor revela ainda os fatores de proteção e de risco, que de acordo com Trombeta e Guzzo (2002), a presença de fatores de risco não prediz psicopatologias. Mas, por outro lado, a presença de fatores de proteção são preditivos de resiliência. Assim, “os fatores de proteção promovem, no indivíduo, ganho de controle sobre sua vida e incentivo ao bem-estar, à saúde psicológica, ainda que frente aos fatores de risco”. (p.32)

Para que o sujeito seja considerado resiliente, é necessário que exista um equilíbrio, ou uma combinação entre os fatores de risco e de proteção, sendo que de acordo com as autoras, os fatores de proteção estão associados às condições do próprio indivíduo, às condições familiares e às condições relacionadas ao apoio ou suporte do meio ambiente.

Com relação ao pólo oposto aos fatores de proteção, ou seja, os fatores de risco estão a pobreza crônica, temperamento difícil (tais como: mau humor, baixa tolerância à frustração, passividade, senso de inferioridade, comportamento destrutivo, auto-estima negativa, cinismo e hostilidade, habilidade de comunicação pobre, depressão, tentativa de suicídio e abuso de álcool e drogas), exposição a eventos estressantes ou traumáticos de vida e características ambientais (estruturas rigidamente organizadas e estruturas muito desorganizadas).

Apesar dos fatores de proteção e risco apresentarem características bem definidas e claras, o sujeito que convive com fatores de risco, não deixa de ser resiliente, mas a maneira como convive com tais riscos é que orienta a proteção e a possibilidade de ser resiliente frente às adversidades.

Junqueira e Deslandes (2003) ressaltam que essa capacidade pode ser desenvolvida a partir das relações que estabelecem vínculos afetivos e de confiança, porém, desenvolver a resiliência não significa que a pessoa superou todas as experiências traumáticas, podendo ser resiliente em algumas situações e não em outras.

Os riscos psicológicos mudam de acordo com as circunstâncias da vida e tem diferentes repercussões, dependendo de cada sujeito. É preciso identificar que processos ou mecanismos influenciaram um determinado ponto da história de cada pessoa (YUNES e SZYMANSKI, 2001).

Dessa forma, a resiliência refere-se a processos que ocorrem na presença do risco, produzindo maior adaptação e flexibilidade interna, obtendo melhor resposta em outras situações de risco.

Diversos autores, descrevem as principais características do sujeito resiliente (GROTBERG, 2005; REIVICH e SHATTÉ, 2002; NELSON, 1997; FLACH, 1997; POLK, 1997 e WOLIN e WOLIN, 1993). No entanto, nossas análises e discussões, estarão fundamentadas em Flach (1997) e Reivich e Shatté (2002).

Flach (1997), baseado em observações realizadas com amigos e pacientes, destaca algumas características do sujeito resiliente, a qual denomina de personalidade resiliente, como: ter forte e flexível senso de auto-estima; independência de pensamento e ação, sem medo ou relutância de depender dos outros; habilidade para dar e receber nas relações interpessoais, e um grupo estável de amigos pessoais, incluindo um ou mais que sejam confidentes; alto nível de disciplina pessoal e de responsabilidade; reconhecimento e desenvolvimento de seus próprios talentos; abertura e receptividade a novas idéias; disposição para sonhar; grande variedade de interesses; apurado senso de humor; percepção de seus próprios sentimentos e dos outros, bem como a capacidade de comunicá-los de forma adequada; capacidade de tolerar o sofrimento; concentração e forte compromisso com a vida em que as experiências pessoais possam ser interpretadas com significado e esperança, até mesmo nos momentos mais obscuros da existência. O autor enfatiza que a resiliência é uma força que a maioria das pessoas pode desenvolver com perseverança e prática. Embora este fenômeno não seja apenas psicológico, mas também físico, uma vez que ser resiliente demanda que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem efetivamente.

Reivich e Shatté (2002) ao construir o Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ-Test), ampliam essas características, organizando-as em sete fatores.

Assim, o primeiro fator consiste na **regulação das emoções**, caracterizado como a capacidade do sujeito manter-se calmo diante das adversidades. Pessoas resilientes usam um conjunto de capacidades bem desenvolvidas que as auxiliam a controlar suas emoções, atenção e comportamento. A auto-regulação é importante para formar relações íntimas, para ter sucesso no trabalho e manter a saúde física.

É importante ressaltar, que nem toda emoção necessita ser reparada ou controlada. Ao contrário, a expressão das emoções, negativas e positivas, poderá ser saudável e construtiva. A expressão emocional de maneira adequada é um dos indicadores da Resiliência.

Algumas pessoas são mais propensas a experienciar maiores quantidades de ansiedade, tristeza e raiva que outras e têm maior dificuldade de recuperar o controle quando estão nervosos. Provavelmente, estes serão menos efetivos para lidar com a adversidade e resolver problemas. Além disso, essas pessoas acham impossível chegar aos outros e fazer novas experiências quando estão sendo mantidos cativos por suas emoções.

O **Controle de Impulsos** está associado ao comportamento de agir impulsivamente, comprometendo o ajuste das emoções. O Controle de Impulsos e a Regulação das Emoções estão intimamente relacionados. Pessoas que são fortes no fator controle de impulsos, tendem a ter alta regulação de emoção. Assim, se o controle de impulso é baixo, a pessoa aceitará sua primeira crença impulsiva sobre a situação como verdadeira e agirá de acordo com ela. Com frequência, isso poderá produzir conseqüências negativas que bloqueiam a Resiliência. Ao desafiar as próprias crenças, a pessoa será capaz de acionar seu controle de impulso e gerar pensamentos mais precisos que a levará a uma melhor regulação da emoção, resultando num comportamento mais resiliente.

O **Otimismo** implica a crença de que temos a capacidade de lidar com as adversidades presentes e aquelas que poderão surgir futuramente. Pessoas otimistas acreditam que tudo pode mudar para melhor, têm esperança no futuro e acreditam que ter o controle e a direção de suas vidas. Comparadas aos pessimistas, os otimistas são fisicamente mais saudáveis, têm menos probabilidade de sofrer de depressão, tem melhor desempenho na escola, são mais produtivas no trabalho e vencem mais nos esportes.

Os autores mostram que o otimismo e a auto-eficácia, geralmente caminham de mãos dadas. O otimismo unido à verdadeira auto-eficácia desperta a motivação necessária para se procurar soluções e para continuar se empenhando para melhorar a situação.

A **Análise Causal** consiste na capacidade das pessoas de identificar e avaliar com precisão as causas de seus problemas. Apresentam flexibilidade cognitiva e conseguem significar todas as causas de adversidades que enfrentam, sem cair na armadilha de qualquer estilo de explicação específico. São realistas e não culpam outras pessoas por seus erros, para preservar sua auto-estima ou se absolverem de culpas. Não gastam seu tempo pensando em

problemas, que estão fora de seu controle, canalizando seus recursos na solução para àqueles que pode controlar (REIVICH e SHATTÉ, 2002).

A **Empatia** refere-se à capacidade de perceber os sinais não verbais, relativos a estados emocionais de outras pessoas. Pessoas empáticas são pessoas capazes de se colocar no lugar de outros, interpretando e compreendendo o que está pensando e sentindo. Quando se é incapaz de ler, as “dicas” não verbais podem dificultar as relações pessoais, nas quais as pessoas precisam sentir-se compreendidas e valorizadas. As pessoas de baixa empatia, mesmo as bem intencionadas, tendem a repetir os mesmos velhos padrões não-resilientes de comportamento, passando por cima, como um trator, sobre as emoções dos outros e seus desejos.

A **Auto-eficácia** representa o senso de ser eficaz na resolução dos problemas de forma competente e ser bem sucedido. Em situações da vida real, como no trabalho, as pessoas que acreditam em sua capacidade de resolver problemas emergem como líderes, enquanto aquelas que não têm confiança em sua eficácia se sentem perdidas.

E a **Exposição** refere-se a capacidade de expor-se, explorando seus verdadeiros limites, buscando a atenção e o investimento de outras pessoas. Alcançar o que se quer de outras pessoas fica comprometido pelo medo de explorar os verdadeiros limites de suas capacidades.

A Resiliência, de acordo com Flach (1997), não se constitui em um fenômeno psicológico apenas, mas também é físico. Assim, para ser resiliente, é necessário que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem efetivamente, sendo que a Resiliência poderá ser desenvolvida com perseverança e prática.

Acreditamos que a Resiliência possa ser desenvolvida ao longo da existência, quando o sujeito apropria-se de sua realidade e a transforma, transformando a si mesmo, num movimento dialético.

Dessa forma, conhecer as características resilientes propostas por Flach (1997) e, principalmente por Reivich e Shatté (1995), poderão nos auxiliar na elaboração de programas, visando a promoção da Resiliência, em que os sujeitos possam se apropriar de sua condição de saúde, construindo novos sentidos e ações, buscando a superação e a transformação das condições atuais de saúde e de trabalho a que estão submetidos, visando melhorar sua qualidade de vida.

### **2.3 A Qualidade de Vida entre os trabalhadores da área da Enfermagem.**

A qualidade de vida está intrinsecamente ligada às experiências cotidianas, por representar fatores determinantes nas relações humanas e no bem estar individual. Efetiva e indispensável, esta se apresenta como resultado das perspectivas, avaliações e preocupações do sujeito diante de seus anseios e necessidades frente às relações e interações sociais. Tais ações norteiam as alterações de componentes vitais como o ambiente moral, profissional e pessoal, e quando são positivas e adequadas, revelam a satisfação do indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1998). Tal definição vem corroborar com a idéia de que em um mesmo ambiente, cada pessoa percebe-o de forma distinta e abriga elementos que podem favorecer ou não a sua saúde, dependendo da interação e postura frente às adversidades em busca desta temática.

Acreditamos que só as diferentes interpretações, que diferentes indivíduos ou grupos desenvolvem acerca de uma mesma situação, permitindo que se recupere a dinâmica da situação estudada, dinâmica esta que se expressa no processo vivenciado pelos indivíduos envolvidos e no relato das representações e interpretações de suas experiências, atitudes, crenças e valores (VIEIRA, 1996, p. 53)

A literatura apresenta-nos diversos conceitos referentes à qualidade de vida. Silva e Marchi (1997) ressaltam a Qualidade de Vida que vai além dos aspectos biológicos, sendo que a expressão é muito vivenciada atualmente, mas nem sempre é bem empregada. A vida humana exige um plano a ser realizado, o qual desencadeia outra necessidade: a de se estabelecer graus de importância às ações que a permeiam, como os próprios autores revelam "Para nós, médicos e psiquiatras, ela pode ser entendida como o nível alcançado por uma pessoa na consecução dos seus objetivos de uma forma hierarquizada e organizada" (SILVA e MARCHI, 1997, p.25). Todas essas expectativas relativamente se confrontam com a sensação de controle que se faz necessária para haver a qualidade de vida e a felicidade.

Inserida no campo do trabalho, a qualidade de vida concerne na melhoria das relações de trabalho e em sua organização, a qual se relaciona com a produtividade e a satisfação dos trabalhadores. Possui um amplo conceito que se liga a fatores pessoais entendidos como necessidades e a expectativas baseadas em diferentes enfoques (BÚRIGO 1997). As condições favoráveis, tidas como necessárias, refletem o confronto que o indivíduo faz em busca de sua saúde e segurança. Outra vertente apresentada pela autora é a função da Qualidade de vida como tema de pesquisa em estudos organizacionais, os quais buscam a humanização das relações do trabalho, seguindo um rumo contrário à sistematização negativa do taylorismo, ligada as negligências em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico (RODRIGUES, 1994).

Rodrigues (1994), em seu livro “Qualidade de Vida no Trabalho”, organiza oito categorias, vislumbrando a Qualidade de Vida. Essas categorias se resumem na remuneração digna, condições de segurança e saúde, desenvolvimento da capacidade humana, crescimento contínuo, integração social e sua organização, efeitos do trabalho nas demais esferas da vida e aplicações na auto-estima do indivíduo. Todas essas questões devem ser discutidas com afincamento a fim de se estabelecer um padrão estável de bem-estar, termo que, conforme o dicionário de língua portuguesa Aurélio, significa “estado de perfeita satisfação física ou moral”.

Saupe (2004), revela que os diversos conceitos encontrados na literatura representam uma síntese característica do fim do milênio, na qual transmite um sentido polissêmico, ou seja, de um lado, a qualidade de vida relaciona-se com o modo e estilo de vida; e de outro ao desenvolvimento sustentável, a ecologia e direitos humanos e sociais que participam de uma construção coletiva de padrões previamente estabelecidos diante de boas condições de trabalho e à satisfação pessoal.

Devido a um mau gerenciamento destas ações e ao descontrole diante das mudanças, surgem diversos conceitos como o estresse, que traduzem um descompasso entre a velocidade das mudanças e a capacidade humana de adaptar-se a elas (VILA, 2005).

Isso provoca reações como a insatisfação generalizada com o modo de vida, o tédio, a angústia, as ambigüidades, a ansiedade, a despersonalização, a frustração e a alienação no trabalho, entre outras. Esses fatores constituem-se

na essência de mecanismos de autodefesa do homem, evidenciando, assim, a deterioração da qualidade de vida nos dias atuais (VILA, 2005, p. 12).

Na área de enfermagem, percebe-se que grande parte dos conceitos já apresentados neste trabalho se torna foco de análises e preocupações dos profissionais, que por vivenciarem um ambiente muitas vezes insalubre e estressante, podem desencadear diversos problemas que afetam a sua saúde. De acordo com Belancieri (2005), estes profissionais podem alienar-se no interior de suas atividades, seja pela fragmentação das funções, rígida disciplina ou rotina intensa, implicando até mesmo a auto-responsabilidade por conflitos que surgem no interior das equipes.

De acordo com Vila (2005) “os enfermeiros são pessoas antes de serem profissionais, e sua qualidade de vida é de suma importância para o desenvolvimento da prática e da condução de sua vida”. Assim, esse trabalhadores, cuja função primordial é o cuidar do outro, transparece muitas vezes a inadequação do estilo de vida, que pode relacionar-se com características próprias de seu trabalho como os múltiplos turnos de trabalho, jornadas duplas, sobrecarga de trabalho, alimentação e sono inadequado, exposição a situações limítrofes como vida/morte.

Além do Assédio Moral, sofrido pelos trabalhadores da área da Enfermagem, visando sua exclusão por meio de pressão deliberada constante. Praticada de modo prolongado e repetitivo, pode provocar manifestações como a angústia, a tristeza, depressão, transtorno do pânico, entre outros.

De acordo com Barreto (2000), as principais formas de assédio moral na Enfermagem são as humilhações em público ou reservadas, com as portas fechadas, visando ameaça. Depreciar ou denegrir a imagem do profissional, distorções de informações, boatos maldosos e falsos, além dos insultos diversos, como gritos, críticas constantes, depreciação dos métodos de trabalho. Cerceamento de direitos, restrições, limitações, censura, cerceamento e/ou retirada de autonomia da Enfermagem, bem como a atribuição de tarefas não condizentes com o cargo ou a função, entre outros.

Analisando todos esses aspectos, surge a necessidade de se avaliar os níveis com que tais agentes interferem na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores da área de enfermagem, para propor estratégias, favorecendo as mudanças necessárias, uma das



motivações da realização deste estudo. Esperamos, assim, contribuir com o surgimento de novos paradigmas que conduzam a qualidade de vida na área da Enfermagem ao patamar, por nós, almejado.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

**3.1 Campo de estudo:** Este estudo foi realizado na Rede Básica e Serviços de Urgência e Emergência e Unidades e Serviços Especializados, no município de Bauru/SP, localizada a 343 Km da capital do Estado, na Região Centro-Oeste.

Mantidos pelo poder municipal a Rede Básica e Serviços de Urgência e Emergência, compreende 21 unidades, compostas por 19 unidades básicas, três unidades integradas de saúde (Pronto Socorro + Unidade Básica de Saúde) e um Pronto Socorro Central. Os Serviços Especializados conta com 8 Unidades, constituídos no Banco de leite, Orientação e prevenção do câncer, Saúde mental (Residência terapêutica, CAPS i, CAPS ad, CAPS I), Saúde do trabalhador, Centro de referencia/SAE, Atendimento ao Idoso, Centro de testagem e aconselhamento e o Centro de controle de zoonoses.

**3.2 Participantes:** trabalhadores da área da Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da Rede Pública de Saúde, contratados por meio de concurso público municipal.

#### **3.3 Instrumentos:**

**a) Ficha de dados sócio-demográficos:** preenchido pelos participantes, visando a coleta dos dados pessoais, como idade, estado civil, escolaridade, religião, número de filhos, moradia, bem como dados sobre a situação de trabalho, como o setor, turno e tempo de trabalho na Enfermagem, carga horária e faixa salarial, se tem outra atividade remunerada. Foram incluídas ainda, duas questões sobre a saúde dos participantes.

**b) Inventário de sintomas de stress para adultos-ISSL (LIPP, 2000).**

A utilização do inventário visou identificar, de modo objetivo, a sintomatologia do estresse, o tipo de sintoma, se físico ou psicológico e a fase em que os trabalhadores da área da enfermagem se encontram.

É um instrumento auto-aplicável, composto de três quadros que se referem às quatro fases do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). No quadro 1, são

apresentados 12 sintomas físicos e três psicológicos, que referem-se a primeira fase do estresse (alerta), em que o respondente deve assinalar àqueles sintomas que experimentou nas últimas 24 horas. O quadro 2, é composto por 10 sintomas físicos e 5 psicológicos, experimentados durante a última semana, sendo utilizado para avaliar as fases II e III do estresse, ou seja, a resistência e a quase exaustão. E o quadro III, compõem-se de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, referentes aos sintomas experienciados durante o último mês, avaliando-se a III fase do estresse, a exaustão. No total, o instrumento, inclui 37 sintomas de natureza somática e 19 sintomas psicológicos.

A correção e avaliação do instrumento foi realizada utilizando-se o método padronizado disponibilizado no Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (LIPP, 1998).

**c) Questionário do Coeficiente de Resiliência-RQ-Test (REIVICH E SHATTÈ, 2002).**

O questionário é auto-aplicável e consta de 56 quesitos, que visam identificar possíveis características resilientes, em que o respondente deverá, em 10 minutos, avaliar o quanto cada item é verdadeiro para si, pontuando numa escala tipo Likert de 1 (nunca verdade) a 5 (sempre verdade). Os fatores que este instrumento pretende avaliar são: a administração das emoções, controle dos impulsos, otimismo, análise causal, empatia, auto-eficácia e exposição. Para cada fator, o questionário apresenta quatro quesitos positivos e quatro negativos.

A avaliação e interpretação dos dados, foram realizados por meio de procedimentos recomendados pelos autores do instrumento (REIVICH e SHATTÈ, 2002).

**d) Escala de Qualidade de Vida, proposta pela Organização Mundial de Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref - *World Health Organization Quality of Life*).**

O WHOQOL-bref é uma versão simplificada do WHOQOL-100 e no Brasil foi desenvolvida sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Consta de 26 questões, sendo que duas são gerais e vinte e quatro representam as facetas que compõem o instrumento original. Essas questões são divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1998).

Os dados oriundos do WHOQOL-Bref, foram descritos e analisados quantitativamente. A pontuação dos escores foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), com a sintaxe disponibilizada pelo autor do instrumento.

Assim, as duas primeiras questões gerais que revelam a percepção do sujeito em relação a sua qualidade de vida e de saúde, foram examinadas separadamente. E o perfil da qualidade de vida, oriundos da pontuação das 24 questões, foram transformados e convertidos em escores brutos em uma escala de 4 a 20, conforme tabela de referência, revelando um escore único para a qualidade de vida nos 4 domínios. De acordo com Fleck (2000), quanto mais alto o valor obtido, melhor é a qualidade de vida do sujeito.

Assim, para facilitar a descrição e análise dos dados, utilizamos nesse estudo, uma escala representada por um número real, compreendido no intervalo 0-100, que correspondem aos mesmos valores que resultam no final da aplicação de todas as equações, ou seja, o escore transformado 0-100 considera os valores entre 0 e 40 como **Região de Fracasso**, de 41 a 70, corresponde à **Região de Indefinição** e, acima de 71 à uma **Região de Sucesso** (SAUPE; NIETCHE; CESTARI; GIORGI; KRAHL, 2004).

### **3.4 Procedimentos:**

Para a viabilização do projeto, primeiramente, foi solicitado à Secretaria de Saúde do Município de Bauru/SP, autorização para realização do estudo. Após autorização, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme artigo 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado em 20.03.2007, sob o protocolo nº 11/07.

Após os trâmites legais e éticos os procedimentos constituíram da seguinte maneira:

- a) Foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde, um levantamento dos trabalhadores da área da Enfermagem contratados na Rede Básica e Serviços de Urgência e Emergência e das Unidades e Serviços Especializados.
- b) De posse da listagem com nomes, foi realizado um primeiro contato com as Unidades Básicas e Serviços de Urgência e Emergência e com as Unidades Especializadas, visando discutir os objetivos do projeto e agendar data e horário para a aplicação dos instrumentos de pesquisa.
- c) Em data e horário, previamente agendados, foram aplicados os instrumentos, individualmente ou pequenos grupos, conforme as condições do momento.

A coleta foi realizada, por 16 (dezesseis) pessoas, entre alunos e estagiários do curso de psicologia e enfermagem, professores e psicólogos, todos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar da Universidade do Sagrado Coração (GEPH-USC), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Algumas dificuldades foram sentidas durante a coleta de dados, especialmente, quanto a participação dos sujeitos. Observamos certa resistência por parte destes, inclusive de enfermeiros(as) responsáveis pela equipe, alegando falta de tempo pela grande demanda de pacientes ou outras atividades burocráticas.

d) O tratamento dos dados, oriundos dos instrumentos utilizados, foram realizados de acordo com parâmetros de avaliação padronizada de cada autor, seguindo uma metodologia quantitativa.

### **3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este estudo teve como objetivo avaliar a sintomatologia do estresse, os níveis de resiliência e a qualidade de vida dos trabalhadores da área da Enfermagem da Rede Pública de Saúde no município de Bauru/SP, visando traçar um perfil de sua saúde ocupacional.

Assim, a apresentação dos resultados encontra-se dividida em quatro tópicos: o primeiro se refere aos dados sócio-demográficos, que serão demonstrados nas tabelas de 1 a 12; no segundo tópico encontram-se os resultados referentes à sintomatologia do estresse, representados nos gráficos de 1 a 3. O terceiro tópico foi reservado para os níveis de resiliência, que poderão ser observados no gráfico 4 e tabela 13 e, os resultados sobre a Qualidade de Vida, encontram-se nas tabelas de número 14 a 19 do quarto tópico, com as respectivas discussões.

#### **4.1 Dados sócio-demográficos**

Neste primeiro tópico, apresentamos os resultados quanto aos dados sócio-demográficos, visando conhecer o perfil pessoal e profissional dos participantes. Assim, do total de 430 trabalhadores da área da Enfermagem da Rede Pública de Saúde do município de Bauru/SP, 229 responderam aos instrumentos de coleta de dados, ou seja, 53,2%, sendo 207 do sexo feminino e 22 do sexo masculino, representando, respectivamente 90,4% e 9,6% da população estudada.

A maioria dos estudos na área da Enfermagem confirmam esses dados (BELANCIERI, 2007; 2006a; 2006b; 2005; 2003; FERRAREZE, FERREIRA e CARVALHO, 2006, VILA;

2005; BIANCHI; 2000). De acordo com Belancieri (2005), a feminilização da profissão está associada as suas origens histórico-culturais.

Quanto a categoria, encontramos na Rede Municipal de Saúde 15,7% de Enfermeiros e 84,3% de auxiliares de Enfermagem e nenhum técnico de Enfermagem. É interessante ressaltar que, a ausência de Técnicos de Enfermagem na Rede Municipal de Saúde deve-se à não criação do cargo nos concursos realizados pela Prefeitura Municipal de Bauru-SP.<sup>3</sup>

**Tabela 1 – Distribuição de frequência quanto à idade relacionada ao gênero**

Idade/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr (%)
<b>20 a 30a</b>	5	22,7	19	9,3	24	10,5
<b>31 a 40a</b>	6	27,3	62	29,9	68	<b>29,7</b>
<b>41 a 50a</b>	5	22,7	76	36,7	81	<b>35,3</b>
<b>51 a 60a</b>	6	27,3	39	18,8	45	19,6
<b>+ 61a</b>	0	0,0	10	4,8	10	4,4
<b>Sem dados</b>	0	0,0	1	0,5	1	0,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a tabela, a maioria dos participantes está concentrada na faixa etária de 31 a 50 anos. É interessante observar que entre os participantes do sexo masculino, não se define uma frequência específica, uma vez que, temos valores semelhantes entre os 20 e 60 anos. Observamos uma população mais madura neste estudo, o que contrasta com os dados encontrados na literatura. Estudos de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), realizado com 126 trabalhadores da área da Enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem) de unidades de terapia intensiva constatou uma média de idade de 30,9 anos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Belancieri (2007), concentrando-se a faixa etária entre 20 e 35 anos.

É interessante ressaltar outro estudo realizado 6 anos antes, por Belancieri (2003) no mesma região com trabalhadores da área da enfermagem, tendo caracterizado um rejuvenescimento da enfermagem de 2003 para 2007, uma vez que anteriormente a faixa etária concentrava entre 36 e 45 anos.

**Tabela 2 – Distribuição de frequência quanto ao estado civil relacionada ao gênero .**

<sup>3</sup> Comunicação pessoal: Informação colhida com o Enfermeiro Natanael da Costa, Conselheiro do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEESP), sub-sede Bauru/SP, em 27/07/2008. Site [www.sindenfermeiro.org.br](http://www.sindenfermeiro.org.br).

Estado Civil/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
Solteiro	5	22,7	55	26,6	60	26,2
Casado	14	<b>63,7</b>	111	<b>53,6</b>	125	<b>54,7</b>
Divorciado/Sep	3	13,6	30	14,5	33	14,4
Viúvo	0	0,0	9	4,3	9	3,9
Sem dados	0	0,0	2	1,0	2	0,8
Total	22	100,0	207	100,0	229	100,0

Observamos na tabela 2 que, independente do gênero, a maioria é casada, representando 54,7% dos participantes. Esses resultados, comparados aos dados encontrados por Belancieri (2007) e Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), são divergentes, uma vez que, em ambos a maioria são solteiros.

No entanto, em estudos realizados em 2003, por Vila e Belancieri, os resultados vão ao encontro aos nossos, em que houve um predomínio de casados com 62,24% e 58,67%, respectivamente.

**Tabela 3 – Distribuição de frequência quanto ao número de filhos**

Nº filhos	Fa	Fr (%)
1	24	10,5
2	68	<b>29,7</b>
3	81	<b>35,4</b>
4	45	19,6
Mais de 4	10	4,4
Sem dados	1	0,44
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

A tabela acima demonstra que a maioria dos participantes, tem de 2 a 3 filhos, o que vai ao encontro dos estudos realizados por Belancieri (2003) em que 53% dos trabalhadores da área da Enfermagem tem até 2 filhos.

O predomínio de uma população mais madura, casada e com filhos, permite-nos tecer duas considerações: a primeira, é que estes encontram-se dentro dos padrões ainda hoje valorizados pela sociedade, ou seja, o casamento e a reprodução. E a segunda, refere-se a maturidade, em que, geralmente, é conquistada a estabilidade profissional e afetiva, podendo favorecer relacionamentos mais estáveis, com a constituição de família.

**Tabela 4 – Distribuição de freqüência quanto a religião, relacionada ao gênero.**

Religião/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
<b>Católica</b>	10	45,5	115	55,6	125	<b>54,6</b>
<b>Evangélica</b>	7	31,8	64	30,9	71	31
<b>Outras</b>	0	0,0	17	8,2	17	7,4
<b>Sem dados</b>	5	22,7	11	5,3	16	7
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Em relação à crença religiosa a maioria é católica, representando 54,6% dos participantes, o que vai de encontro com nossa cultura, conforme ressalta Belancieri (2007).

**Tabela 5 – Distribuição de freqüência quanto à escolaridade relacionada ao gênero.**

Escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
<b>Ens. Fundam.</b>	2	9,1	13	6,3	15	6,5
<b>Ens. Médio/téc</b>	14	63,6	140	67,6	154	<b>67,3</b>
<b>Ens. Superior</b>	6	27,3	52	25,1	58	25,3
<b>Especialização</b>	0	0,0	2	1	2	0,9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Quanto a escolaridade, a maioria cursou o ensino médio ou o correspondente nível técnico (67,3%), sendo que 25,3% cursou uma faculdade. Esses dados são confirmados por Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), no que se refere ao nível técnico e por Belancieri (2003), em que a maioria dos participantes de seu estudo (60,67%) cursou até o ensino médio, 20% realizaram o ensino fundamental, somente 15% concluíram o curso superior.

Esses dados podem estar associados à exigência diante dos concursos e contratação, uma vez que, na Rede Pública de Saúde encontramos, exclusivamente, o nível médio e superior de escolaridade, que possibilita a contratação de auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

De acordo com Almeida e Rocha (1986) e Melo (1986), a maior absorção de auxiliares de Enfermagem no sistema de saúde, cumpre a uma finalidade, ou seja, a redução de custos.

Dados estatísticos são apresentados por Bulhões (1994). Dos 643.380 trabalhadores da área da Enfermagem existentes no Brasil em 1992, apenas 8,42% eram enfermeiros, 6,6% técnicos e auxiliares constituíam 84,98%, situação semelhante foi encontrada em todas as referências consultadas.

**Tabela 6 – Distribuição de freqüência quanto ao tempo de formação acadêmica relacionada ao gênero.**

Tempo de formação	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
Até 2 anos	2	9,1	17	8,2	19	8,3
De 3 a 6a	5	<b>22,7</b>	36	17,4	41	17,9
De 7 a 9a	4	18,2	16	7,7	20	8,7
De 10 a 13a	4	18,2	38	18,4	42	18,4
De 14 a 16a	1	4,5	23	11,1	24	10,5
+ de 17a	4	18,2	67	<b>32,4</b>	<b>71</b>	<b>31</b>
Sem dados	2	9,1	10	4,8	12	5,2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tempo de formação acadêmica, no total, a maioria apresenta mais de 17 anos, representando 31% dos participantes, sendo que a maior porcentagem em relação ao tempo de formação para o gênero masculino, concentra-se entre 3 e 6 anos. Já para o gênero feminino, a porcentagem do tempo de formação é superior a 17 anos.

Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) e Bianchi (2000), constatam que os trabalhadores da área da Enfermagem, de forma geral, ou seja, sem especificar o gênero, têm um tempo de formação de até 10 anos, representando 83,4% e 59,3%, respectivamente.

A partir dos dados coletados na pesquisa em questão, podemos constatar que o tempo de formação dos participantes é maior, se comparada aos estudos supra-citados. Fato este que pode ser justificado pela faixa etária encontrada, ou mesmo pela competitividade para ingressar e permanecer no mercado de trabalho, visto que este, cada vez mais exige aperfeiçoamento e qualificação profissional.

**Tabela 7 - Distribuição de freqüência quanto ao Setor de trabalho.**



A maioria, de acordo com a tabela 7, trabalha em Unidades Básicas de Saúde, representando 42,9% (Gasparini, Beija Flor, Europa, Otávio Rasi, Vila Falcão, Mary Dota, Geisel, Cárdua, Vila Dutra, Jd. Godoy, Centro, Redentor, Tibiriçá e Vista Alegre); 29,3% nas Unidades de Urgência e Emergência (PS Central, PS Bela Vista e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU) e, 26,5% nas Unidades Especializadas ( Caps Infantil, Caps A-D, Caps I, Ambulatório, Secretária Municipal de Saúde, Centro de Referência-Serviço de Assistência Especializada em Moléstias Infecciosas-CR-SAE, Centro de Referência em Saúde de Trabalhador-CEREST, Programa Municipal de Atendimento ao Idoso-PROMAI, Departamento de Saúde Coletiva e Departamento de Vigilância Epidemiológica). E apenas,

Setor de trabalho	Fa	Fr (%)
Unidades Básicas de Saúde	98	42,9
Unidades de urgência e emergência	67	29,3
Unidades de serviços especializados	61	26,5
Sem dados	3	1,3
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

1,3% não respondeu o setor de trabalho.

**Tabela 8 - Distribuição de frequência quanto ao Tempo de trabalho na Enfermagem.**

Tempo de trabalho	Fa	Fr (%)
Até 2 anos	16	7
De 3 a 6 anos	25	10,9
De 7 a 9 anos	14	6,1
10 a 13 anos	36	15,7
14 a 16 anos	23	10
Mais de 17 anos	115	50,3
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a tabela 8, mais da metade dos participantes trabalha na área da Enfermagem há mais de dezessete anos, sendo que 25,7% trabalham de dez a dezesseis anos, 15% de dois a nove anos e somente 7% estão na área a menos de dois anos.

É interessante observar que estes dados convergem com a faixa etária e o tempo de formação acadêmica. Esses resultados podem relacionar-se ao fato de que o funcionalismo público, aqui representado pelo servidor público da área da enfermagem, são regidos pelo sistema estatutário, que lhes confere alguns direitos, como o plano de carreira e estabilidade no emprego. Assim, é o tipo de trabalho onde o servidor permanece até aposentar-se, portanto, há uma elevação da faixa etária e tempo de serviço.

Os dados apresentados por Belancieri (2003) se assemelham aos nossos, uma vez que em seu estudo 69,66% trabalham na área da Enfermagem há mais de 10 anos.

**Tabela 9- Distribuição de frequência quanto ao Turno de trabalho.**

<b>Turno</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr (%)</b>
<b>Diurno</b>	165	<b>72,1</b>
<b>Manhã</b>	28	12,2
<b>Tarde</b>	19	8,3
<b>Noturno</b>	15	6,5
<b>Sem Dados</b>	2	0,9
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao turno de trabalho, a maioria trabalha no período diurno, representando 72,1% dos participantes, que pode estar associado aos resultados da tabela anterior, ou seja, a maioria trabalha em Unidades Básicas de Saúde. Nessas unidades o horário de trabalho é fixado entre 7h00 e 17h00, podendo haver alguma variabilidade conforme dados provenientes dos períodos manhã ou tarde. Aqueles que trabalham no turno noturno referem-se às Unidades de Urgência e Emergência que funcionam 24 horas ininterruptas.

Embora não tenhamos encontrado na literatura dados específicos que confirmem esses resultados na Rede Pública de Saúde, Belancieri (2003; 2005; 2007), em estudo realizado em Hospital Universitário do interior Paulista, encontra resultados semelhantes, ou seja, 40% trabalham no período diurno e somente 0,67% trabalha no turno noturno.

**Tabela 10 – Distribuição de freqüência quanto a carga horária de trabalho relacionada ao gênero.**

C.H./Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
<b>30 hs</b>	0	0	10	4,8	10	4,4
<b>40 hs</b>	12	<b>54,5</b>	162	<b>78,3</b>	174	<b>76</b>
<b>50 hs</b>	0	0	5	2,4	5	2,2
<b>60 hs</b>	0	0	1	0,5	1	0,4
<b>70 hs</b>	2	9,1	6	2,9	8	3,5
<b>+ 70 hs</b>	8	<b>36,4</b>	23	11,1	31	13,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Quanto a carga horária de trabalho, a maioria trabalha 40 horas semanais, representando 76%. É preocupante que 13,5% trabalham mais de 70 horas semanais, sendo a freqüência, maior entre os sujeitos do sexo masculino (36,45). Resultados semelhantes foram encontrados por Belancieri (2003) em estudo com trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário. Esses dados podem estar associados à aspectos sócio-culturais, ou seja, o homem deve ser o provedor do lar. Assim, submete-se a dois ou mais vínculos de emprego, visando suprir as necessidades econômicas e financeiras da família.

É interessante, ressaltar que 25,8% dos participantes exerce outra atividade remunerada, na mesma área ou não. Nos estudos de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) a maioria dos trabalhadores da área da Enfermagem (90,2%), possui dois empregos. Embora seja a minoria, esses dados tornam-se preocupantes, uma vez que, trabalhadores da área da saúde que possuem uma carga horária de trabalho excessiva, poderiam contribuir para a degradação de sua própria saúde, assim como prejudicar a assistência à saúde dos usuários do sistema de saúde. Estes dados, podem ainda, estar relacionados a má remuneração na área da saúde.

**Tabela 11– Distribuição de freqüência quanto ao salário relacionada ao gênero.**

Salário/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr %
<b>Até 500,00</b>	4	18,1	26	12,6	30	13,1
<b>De 600, a 1000,</b>	2	9,1	74	<b>35,7</b>	76	<b>33,2</b>
<b>De 1100, a 1500,</b>	9	<b>41</b>	59	28,5	68	<b>29,7</b>
<b>De 1600, a 2000,</b>	2	9,1	17	8,2	19	8,3
<b>De 2100, a 2500,</b>	1	4,5	17	8,2	18	7,9
<b>De 2600, a 3000,</b>	4	18,2	13	6,3	17	7,4
<b>Sem dados</b>	0	0	1	0,5	1	0,4

<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>299</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------	------------	--------------	------------	--------------

A tabela 11, demonstra, de modo geral, que a maioria dos participantes estão na faixa salarial de 600,00 a 1.500,00 reais.

De acordo com Ribeiro (2003), o salário inicial do Enfermeiro consiste em torno de dois a dez salários mínimos.

Na região de Bauru/SP, o piso salarial para o Enfermeiro é de R\$ 1.089,22 (hum mil e oitenta e nove reais e vinte e dois centavos) e do Auxiliar de Enfermagem de 522,08 (quinhentos e vinte e dois reais e oito centavos), com os acréscimos referentes a insalubridade e outros benefícios<sup>4</sup>.

É importante ressaltar que dependendo da unidade de trabalho há um acréscimo diferenciado. Por exemplo: Para os Enfermeiros que trabalham em Unidades Básicas de Saúde são acrescidos 20% em seu salário. Já nas Unidades de Saúde Mental, o acréscimo é de 60% do salário e nos Serviços de Urgência e Emergência são acrescidos ao salários mais 125%. Para os Auxiliares de Enfermagem, os acréscimos são semelhantes, diferindo somente para aqueles que atuam em Unidades Básicas de Saúde, em que são acrescidos somente 10% em seu salário. Diante dessa explanação, podemos afirmar que nossos dados estão em consonância com o piso salarial dos trabalhadores da área da Enfermagem.

Há que se discutir ainda, a questão do duplo vínculo empregatício, em que 25,8% dos participantes mantém dois ou mais empregos, visando complementar a renda familiar. Que, de acordo com Belancieri (2003), poderá comprometer a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida do trabalhador da área da Enfermagem

Outro aspecto interessante a observar é, embora pequena, a diferença salarial para o sexo feminino, considerada mais baixa, ou seja, uma faixa de R\$ 600,00 à 1000,00 para R\$ 1100,00 a 1500,00 para o sexo masculino. Este dado é confirmado por Medeiros (2000), ressaltando que os salários das mulheres enfermeiras são 20% menores em relação aos homens enfermeiros.

---

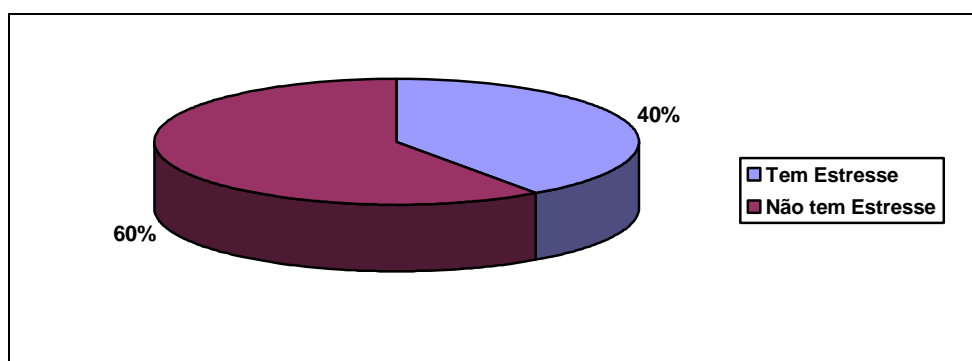
<sup>4</sup> Comunicação pessoal: Informação colhida com o Enfermeiro Natanael da Costa, Conselheiro do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEESP), sub-sede Bauru/SP, em 27/07/2008. Site [www.sindenfermeiro.org.br](http://www.sindenfermeiro.org.br).

A maioria dos participantes mora em casa própria, representando 84,7% dos trabalhadores. Uma das preocupações da população em geral é com a aquisição de casa própria, sendo este um aspecto discutido por Fleck (1998) visando a qualidade de vida.

A título de síntese, observamos um encadeamento coerente dos dados no perfil socio-demográfico dos sujeitos em estudo, ou seja, a maioria constitui-se numa faixa etária mais madura, casados, com filhos, católicos e com nível médio/técnico de escolaridade. A maioria trabalha, no período diurno, há mais de 17 anos na Enfermagem, com carga de 40 horas semanais, e apresentam um salário concentrado na faixa de R\$ 600,00 à R\$ 1.500,00.

#### 4.2 Sintomatologia de estresse entre os trabalhadores da área da Enfermagem.

Os resultados referentes à sintomatologia do estresse e a fase em que os trabalhadores encontram-se, será nosso alvo neste tópico.



**Gráfico 1 – Presença do estresse entre os trabalhadores da área da Enfermagem(n=229)**

Observamos, no gráfico 1 que, dos 229 trabalhadores da área da Enfermagem que participaram do estudo, 40% apresenta sintomatologia de estresse, sendo que 60% não apresenta qualquer sintoma de estresse. Esses resultados contrariam a maioria dos estudos sobre o estresse em trabalhadores da enfermagem, uma vez que, encontramos altos índices de estresse nessa população.

Malagris e Fiorito (2006) em seu estudo sobre a avaliação do nível de estresse em técnicos da área de saúde, no Rio de Janeiro, revelou que 76,4% apresentava sintomas de

estresse e, 23,6% não apresentava qualquer sintoma. Dentre os indicados como “estressados” estão todos os técnicos de enfermagem que participaram do estudo.

Em consonância com este estudo está o de Camelo e Angerami (2004) que investigaram a ocorrência de estresse em trabalhadores de cinco núcleos de saúde da família, em Ribeirão Preto/SP. Dos sujeitos pesquisados, 62% apresentou sintomas de estresse, sendo que 38% não apresentou nenhum sintoma. Dos sujeitos investigados, doze era da área de enfermagem.

Os resultados encontrados em nosso estudo, divergem destes, observando-se uma inversão. Todavia, consideramos que 40% de uma amostra representativa de trabalhadores da área da Enfermagem do interior paulista, mereça uma atenção cuidadosa, uma vez que são profissionais que estão, diariamente, prestando assistência, em uma relação direta e estreita, com outras pessoas, em situação de sofrimento e dor.

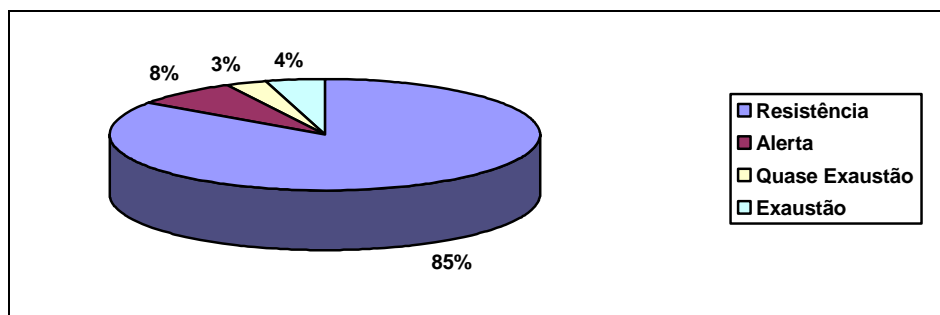
Como aponta Belancieri (2005) o trabalho na Enfermagem é bastante desgastante e preocupante. Em estudo realizado com 300 trabalhadores da área da Enfermagem, a autora encontrou, em todos os setores pesquisados, 100% “estressados” em algum nível. Os fatores desencadeadores de estresse, mais citados pelos trabalhadores foram: o controle excessivo por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais, quanto à falta de lealdade e cooperação, inobservância da ética por determinados colegas; atividades rotineiras e repetitivas; excessivo número de pacientes; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e reconhecimento pela instituição, entre outros. E em relação aos transtornos psicossomáticos auto-atribuídos, houve uma predominância da dor lombar, cansaço, tensão pré-menstrual, nervosismo, ansiedade, tensão muscular, transtornos do sono, irritabilidade, dores de cabeça, enxaqueca, depressão, entre outros de menor frequência.

Estudos de Pafaro e Martino (2004) confirmam tal condição de risco para a saúde dos trabalhadores da Enfermagem, em que constatou a presença de estresse em 70,8% de sua amostra. Assim, como Carmo et al (2006), em que 66,7% dos sujeitos apresentava níveis consideráveis de estresse.

Uma reflexão aqui, é necessária: qual a qualidade da assistência prestada aos usuários dos sistema de saúde que estão sob os cuidados desses 40% que apresentam estresse?

Considerando que cada trabalhador da área da enfermagem têm uma quantidade excessiva de pacientes sob seus cuidados, é ainda mais preocupante.

Acreditamos, ser necessárias medidas que minimizem as situações de risco a que estão submetidos os trabalhadores da saúde, em especial da área da enfermagem, sendo adotadas medidas preventivas para a proteção da equipe (CARMO et al, 2006), de maneira a valorizar o trabalhador em seu ambiente de trabalho e em relação às suas especificidades (PAFARO e MARTINO, 2004), conscientizando os dirigentes das unidades de saúde, diretores clínicos e corpo administrativo das instituições quanto a estas importantes e urgentes medidas preventivas e minimizadoras do estresse (MANGOLIN et al, 2003). Podendo, assim, vislumbrar uma melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da área da enfermagem, influenciando positivamente no ambiente de saúde e na qualidade do trabalho de cada profissional (MALAGRIS e FIORITO, 2006). Os resultados de tais cuidados serão revertidos para a melhoria da assistência aos usuários do sistema de saúde e qualidade de vida do trabalhador.



**Gráfico 2 – Fases do estresse em que se encontra os trabalhadores da área da Enfermagem (n=170)**

Dos 40% que apresentam sintomatologia para o estresse, de acordo com o gráfico 4, 85% dos trabalhadores da área da Enfermagem, encontram-se na fase de resistência, 8% na fase de alerta, 3% na fase de quase exaustão e 4% estão numa fase crítica, ou seja, a exaustão.

Resultados semelhantes foram encontrados por Malagris e Fiorito (2006), Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006), Camelo e Angerami (2004) e Pafaro e Martino (2004). Os primeiros autores, revelam que dos sujeitos avaliados, 77% encontra-se na fase de resistência e 23% na fase de quase-exaustão. Nas fases de alerta e exaustão, não foram encontrados nenhum sujeito. É interessante comentar que nas investigações de Camelo e Angerami (2004), também não foram identificadas as fases de alerta e exaustão. No entanto, assim como

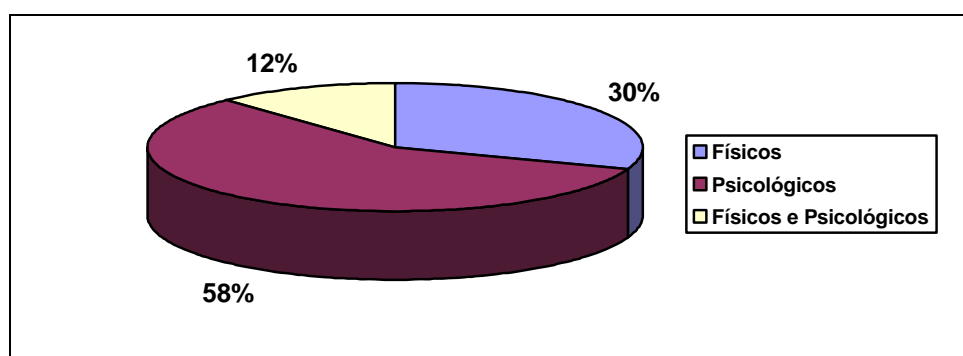
nos estudos anteriores, a maioria encontra-se na fase de resistência, representando 83% dos trabalhadores da Enfermagem, seguido da fase de quase-exaustão, com 17% dos sujeitos.

Pafaro e Martino (2004) encontraram, na fase de resistência, 65% dos trabalhadores da área da Enfermagem, 8,3% na fase de quase-exaustão e exaustão, sendo que 29,2% não apresentavam estresse.

Assim, observamos, nesses estudos um fator comum, ou seja, um elevado índice de trabalhadores, na fase de resistência do estresse

Nesta fase, como nos lembra Lipp (1996) e Selye (1956) o organismo é obrigado a utilizar uma reserva maior de energia para enfrentar o estímulo estressor, no sentido de tentar restabelecer o equilíbrio, começando a aparecer as primeiras manifestações do estresse, tanto físicas como psicoemocionais.

Lipp (2000) identificou, na II fase do estresse, dois momentos distintos caracterizados não por sintomas diferenciados, mas pela quantidade e intensidade dos sintomas. Dessa forma a fase de resistência refere-se ao seu início e a fase de quase-exaustão à parte fina, quando a resistência da pessoa está realmente se esgotando, tornando-o vulnerável à doenças.



**Gráfico 3 – Sintomatologia do estresse entre os trabalhadores da área da Enfermagem (n=170)**

Em relação à sintomatologia do estresse, observamos no gráfico 3, uma predominância dos sintomas psicológicos, representando 58% dos participantes, sendo que 30% apresentam sintomas físicos e 12% apresentam uma sintomatologia física e psicológica.

Estes resultados são confirmados nos estudos realizados por Malagrís e Fiorito (2006), em que 69% dos sujeitos avaliados apresentava sintomas psicológicos, 27% sintomas físicos e, 4% os sintomas físicos e psicológicos concomitantemente. Camelo e Angerami (2004)



também identificaram uma predominância de sintomas psicológicos em suas investigações, representado 48% dos sujeitos, sendo 39% para os sintomas físicos e 13% para sintomas físicos e psicológicos.

De acordo com Lipp (1996), o estresse deve ser estudado, sempre, em seus aspectos físicos e psicológicos, uma vez que a reação hormonal, presente na resposta ao estresse, desencadeia uma série de modificações no organismo.

Na dimensão psicoemocional, poderá desencadear apatia, depressão, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade, ansiedade e até mesmo surtos psicóticos e crises neuróticas.

O estresse poderá contribuir, ainda, de acordo com a autora, para o surgimento ou agravamento de diversas doenças graves, afetando a qualidade de vida do sujeito. Dentre as doenças produzidas pelo estresse, encontram-se a hipertensão arterial essencial, úlceras gastroduodenais, câncer, psoríase, vitiligo, retração das gengivas, entre outras.

Belancieri (2005; 2003) em seus estudos sobre estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da Enfermagem, classificou os sintomas físicos e psicológicos, de acordo com as fases do estresse. Assim, em ordem de predominância tem-se:

a) Na fase de alarme:

- Sintomas físicos: tensão muscular, distúrbio do sono, dor lombar, tensão pré-menstrual, dor de estômago, distúrbio da alimentação, palpitações/opressão peitoral, alteração da pressão arterial, sudorese e bruxismo.

b) Na fase de resistência:

- Sintomas físicos: cansaço, problemas de memória, distúrbios da alimentação, queda de cabelo, dor de estômago e alergia.
- Sintomas psicológicos: irritabilidade, dificuldade sexual e agressividade.

c) Na fase de exaustão:

- Sintomas físicos: cefaléia/enxaqueca, distúrbio do sono, distúrbios da alimentação, dificuldade sexual, queda de cabelo, alergia e asma.
- Sintomas psicológicos: cansaço, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, depressão, isolamento e discussões frequentes.

É interessante ressaltar em nosso estudo que, na fase de alerta, os sintomas físicos predominantes foram: a tensão muscular, mudança de apetite, insônia, bruxismo e boca seca.

Em relação aos sintomas psicológicos predominou a vontade súbita de iniciar novos projetos. Já na fase de resistência e quase exaustão, os sintomas físicos que predominaram foram: o desgaste físico, o mal estar geral, cansaço constante e tontura. E na sintomatologia psicológica houve predomínio da sensibilidade emotiva excessiva, pensamento constante em um só assunto, irritabilidade excessiva. Os sintomas físicos que predominaram na fase de exaustão foram: a insônia e excesso de gases. E os sintomas psicológicos foram: o cansaço excessivo, irritabilidade sem causa aparente, vontade de fugir de tudo e angústia/ansiedade diária.

Carmo et al (2006) revelam em seu estudo que os sintomas físicos e psicológicos, na fase de resistência, mais evidentes entre os trabalhadores da Enfermagem foram, a sensação de desgaste físico constante e cansaço em 87,5% e a irritabilidade excessiva em 62,5%, respectivamente. E na fase de exaustão, em relação aos sintomas físicos, encontraram a mudança extrema de apetite e excesso de gases em 50% e, a incidência maior para os sintomas psicológicos foi cansaço constante e excessivo em 87,5% dos trabalhadores da Enfermagem.

Esses estudos concordam entre si, demonstrando que a dimensão, do trabalhador da área da Enfermagem, mais afetada pelo estresse é a psicológica. Nogueira-Martins e Jorge (1998) reafirmam, revelando que o estresse se vincula às características individuais, de personalidade e situações pessoais, sendo que suas conseqüências se mostram onde o indivíduo é mais vulnerável, ou seja, neste estudo, na dimensão psicológica.

É interessante observar uma associação preocupante, ou seja, o predomínio de sintomas psicológicos e a fase de resistência. Os sintomas psicológicos, de maneira geral, não são levados em consideração, na maioria das consultas médicas, uma vez que não “aparecem” objetivamente como os sintomas físicos, portanto, é como se não existissem.

Nesse sentido, os trabalhadores da área da enfermagem precisam lançar mão de estratégias, sejam elas positivas ou negativas, para enfrentar ou simplesmente resistir aos estímulos estressores.

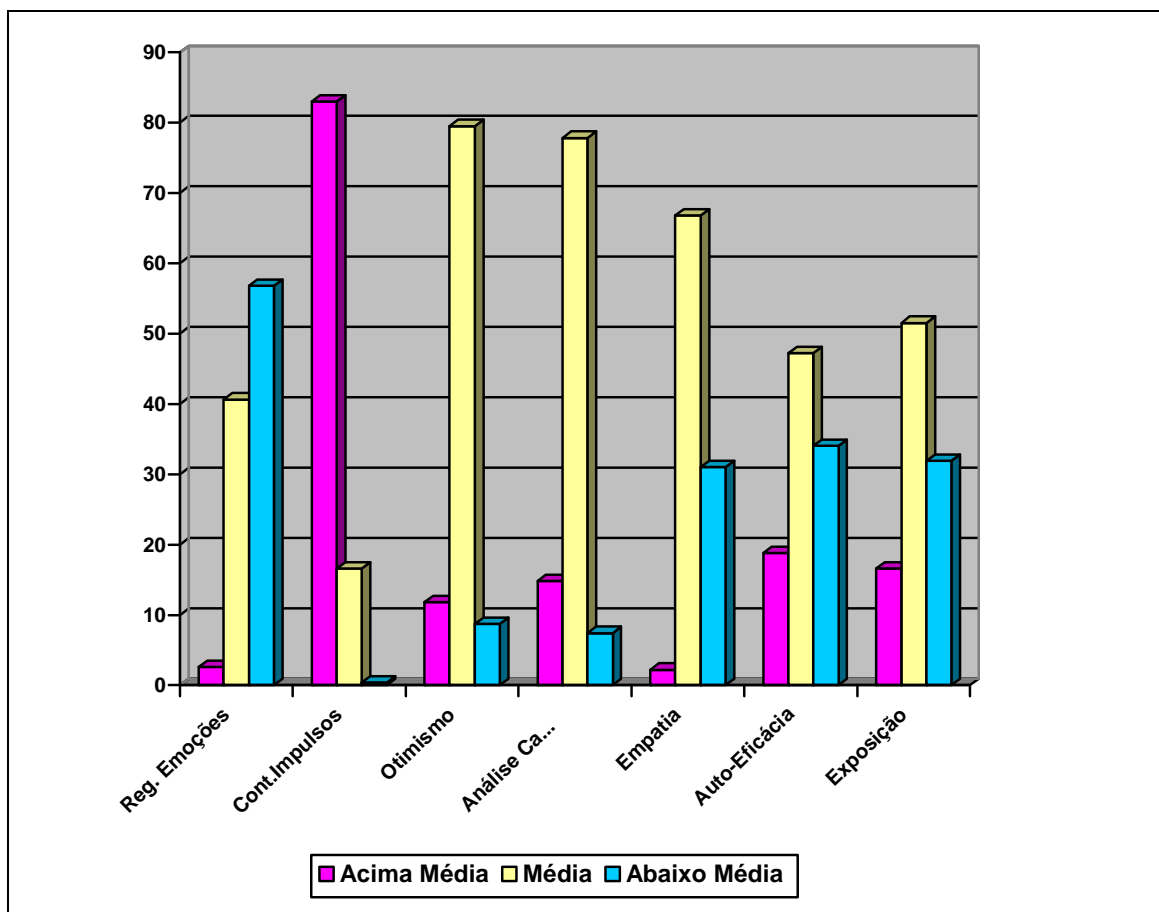
O estresse, de acordo com Belancieri (2005), pode ser desencadeado por estímulos internos ou externos. Estes últimos podem ser decorrentes do ambiente de trabalho em que os trabalhadores da Enfermagem estão inseridos. Na área da Saúde, seja na Rede Básica ou Hospitalar, os trabalhadores submetem-se às condições e a uma organização do trabalho, pautadas em normas inflexíveis e muitas vezes punitivas. Foucault (1996) ressalta que, as instituições de saúde, especialmente, as hospitalares, se caracterizam pela rigidez de normas, a

vigilância e a pressão sobre os trabalhadores, o tempo todo, provocando situações de conflito e ansiedade, possivelmente desencadeando estresse.

O que de acordo com Barboza e Soler (2003), poderá contribuir para o afastamento do trabalho. Em seu estudo verificou que dos 662 episódios de afastamento ocorridos durante o ano de 1999, 585 foram por agravos à saúde (licença-saúde), sendo que os principais problemas estavam relacionados a problemas geniturinários (18,8%), doenças dos órgãos dos sentidos (19,3%), infecciosas e parasitárias (16,1%, do sistema respiratório: 16,1% e doenças mal definidas (18,6%) em 50,9% dos enfermeiros, 71,4% dos técnicos de enfermagem e 36,7% dos auxiliares de enfermagem.

#### **4.3 Níveis de resiliência dos trabalhadores da área da Enfermagem**

Neste bloco de resultados apresentamos os níveis de resiliência, constituídos de sete fatores: regulação das emoções, controle dos impulsos, otimismo, análise causal, empatia, auto-eficácia e exposição, em seus aspectos positivos e negativos.



**Gráfico 4 - Níveis de resiliência dos trabalhadores da área da Enfermagem quanto aos 7 fatores (n=229).**

De acordo com o gráfico 4 e a tabela abaixo, a maioria dos participantes, em relação ao Fator Regulação de Emoções, encontra-se abaixo da média (56,8%). No Fator Controle de Impulsos, a maioria está acima da média (83%). E nos Fatores, Otimismo (79,5%), Análise Causal (77,8%), Empatia (66,8%), Auto-eficácia (47,2%) e Exposição (51,5 %), a maioria encontra-se dentro da média.

Tabela 13 – Resultado geral para os sete fatores de resiliência (n=229)

Fatores	Abaixo Média		Média		Acima Média	
Regulação emoções	130	56,8%	93	40,6	6	2,6
Controle impulsos	1	0,4%	38	16,6%	190	83%
Otimismo	20	8,7%	182	79,5%	27	11,8%
Análise causal	17	7,4%	178	77,8%	34	14,8%
Empatia	71	31%	153	66,8%	5	2,2%
Auto eficácia	78	34%	108	47,2%	43	18,8%
Exposição	73	31,9%	118	51,5%	38	16,6%

De acordo com os resultados, a maioria dos participantes, em relação ao Fator **Regulação de Emoções**, encontra-se abaixo da média (56,8%), demonstrando que a capacidade de resiliência, neste fator, encontra-se enfraquecida.

Reivich e Shatté (2002), autores do RQ-Test, utilizado nesta investigação, revelam que, sujeitos à quem falta a habilidade de regular suas emoções, apresentam dificuldades de construir e manter relacionamentos, especialmente, amizades. Existem provavelmente muitas razões para que isso ocorra. Delas, a mais básica, é a negatividade. Ninguém gosta de gastar seu tempo com quem é rude, mal humorado e ansioso. Não apenas é um desgaste, mas as emoções são contagiosas. Quanto mais se associa com a raiva, o mal humor e a ansiedade, mais raivoso, mal humorado e ansioso se torna o sujeito. Para ser resiliente, as emoções precisam ser expressas de maneira adequada, sejam elas positivas ou negativas.

O fator regulação das emoções pode estar relacionado às três categorias citadas por Trombeta e Guzzo (2002): condições do próprio indivíduo, condições familiares, e condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente. No caso dos trabalhadores da área da enfermagem, embora não descartemos as características próprias do sujeito, o ambiente de trabalho parece consistir na principal categoria relacionada ao estresse da profissão, como afirma Vila (2005).

Para Reivich e Shatté (2002), a resiliência não é apenas ultrapassar as adversidades, mas também capacitar-se a enfrentá-las e superá-las, melhorando os aspectos positivos da vida. Assim, a resiliência é a fonte para alcançar-se os objetivos propostos.

A regulação das emoções e o controle dos impulsos estão intimamente relacionados, sendo que, sujeitos que são fortes no fator **Controle dos Impulsos**, tendem a ter alta regulação

das emoção. Os autores, ressaltam que, esses dois fatores estão embasados em sistemas de crenças similares. Assim, quando o controle dos impulsos se apresentar abaixo da média, o sujeito aceitará sua primeira crença impulsiva como verdadeira, e agirá de acordo com ela, produzindo, com frequência, conseqüências negativas que bloqueiam sua resiliência.

O excessivo controle de impulsos aliado à dificuldade na administração das emoções poderá resultar em grande consumo de energia por parte do sujeito, uma vez que, essas emoções não podem ser exteriorizadas, especialmente, no ambiente de trabalho, o que poderá justificar um alto índice de estresse entre os trabalhadores da área da Enfermagem.

Corroborando com essa discussão, Pinheiro (2004), resalta que a reflexão e a interpretação dos fatos, são características fundamentais em sujeitos resilientes, acentuando-se a questão do individual e do singular, uma vez que, as pessoas podem responder de maneiras diferentes diante de adversidades semelhantes.

Diante das condições estressantes a que estão submetidos os trabalhadores da área da enfermagem, aliados a dificuldade na Regulação das emoções e do excessivo Controle dos Impulsos, pode-se ter como resultado uma redução da capacidade resiliente.

Embora, dependa da visão que o indivíduo tem da situação, da sua interpretação do evento gerador do estresse, e do sentido a ele atribuído, é que teremos ou não a condição de estresse, acreditamos que há necessidade de discutir a resiliência não somente com os trabalhadores, mas também, nas instituições, nos grupos e, especialmente, nos ambientes de saúde, visando uma amplitude na atenção à saúde e condições de trabalho.

Para Reivich e Shatté (2002), os sujeitos considerados resilientes são otimistas, uma vez que, acreditam que as coisas podem melhorar sempre. Assumem o controle e a direção de suas vidas e têm esperança no futuro. Conforme centenas de estudos controlados, os otimistas são fisicamente mais saudáveis, têm menos probabilidade de sofrer de depressão e são mais produtivos no trabalho que os pessimistas.

Os autores demonstram em seus estudos, que o **otimismo e a auto-eficácia**, geralmente, caminham juntos, resultando na motivação para a busca de soluções às suas dificuldades. No trabalho, sujeitos otimistas, que acreditam em sua capacidade de resolver problemas emergem como líderes.

O Fator **Análise Causal**, segundo Reivich e Shatté (2002), refere-se à capacidade das pessoas de identificar as causas de seus problemas. Pessoas que não são capazes de avaliar as

causas de seus problemas com precisão, destinam-se a repeti-los infinitamente. Os sujeitos resilientes possuem flexibilidade cognitiva e conseguem especificar todas as causas significativas de adversidades que enfrentam. São realistas e não culpam outras pessoas por seus erros, visando preservar sua auto estima, bem como não gastam suas reservas ruminando sobre eventos ou circunstâncias que estão fora de seu controle.

No fator **Empatia**, Reivich e Shatté (2002), se refere ao quanto uma pessoa é capaz de ler os indícios de estados emocionais de outras pessoas. Algumas pessoas apresentam maior facilidade para interpretar a linguagem não-verbal dos outros (expressões faciais, tom de voz, linguagem corporal) compreendendo seu pensamento e sentimento. Já outras pessoas não desenvolveram essas habilidades, sendo incapazes de se colocar no lugar dos outros. Essa incapacidade de ler as dicas não verbais pode dificultar as funções de gerenciamento, cujo trabalho compreende a identificação de técnicas para motivação de funcionários, bem como a valorização do outro, não se importando com emoções e desejos.

Em nosso estudo, a capacidade empática encontra-se na média, demonstrando que, os trabalhadores da área da enfermagem são capazes de ler os indícios não verbais das outras pessoas, referentes a seus estados emocionais.

O Fator **Exposição** refere-se à capacidade de expor-se, explorando seus verdadeiros limites, na busca da atenção e o retorno de outras pessoas. (Reivich e Shatté, 2002). Capacidade esta, que encontra-se dentro da média nos sujeitos do presente estudo.

É interessante ressaltar que resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Embora, somente o estudo de Belancieri (2007) tenha sido realizado com Enfermeiras, consideramos importante citar também os estudos de Affonso (2007), desenvolvido com educadores e adolescentes em liberdade assistida, a investigação de Barbosa (2007) com professores do ensino fundamental e o estudo de Belancieri e Catharin (2007) realizado com idosos do programa Universidade Aberta a Terceira Idade.

Belancieri e Cappo Bianco (2004), e Sória (2006), sugerem como estratégia para melhorar a capacidade resiliente dos trabalhadores da área da Enfermagem, a reflexão do processo saúde-doença desde sua formação expandindo para a especialização e aprimoramentos desenvolvendo assim, suas habilidades internas necessárias para o fortalecimento da resiliência. Bianchini e Dell'aglio (2006) defende mudanças nestas características internas e também nas externas, com o objetivo de incentivar o

desenvolvimento de novas estratégias, mais eficazes, de enfrentamento, das situações estressantes, através da promoção do processo de resiliência no ambiente hospitalar. Sendo significativo para o redimensionamento das pesquisas em Enfermagem conforme afirma Sória (2006).

E investigando sobre a resiliência na enfermagem e em outras áreas, Sória (2006) cita que estudos recentes demonstram uma lacuna no que tange a utilização do conceito de resiliência na área da Enfermagem na América Latina, fato que agrega valor à sua abordagem neste estudo.

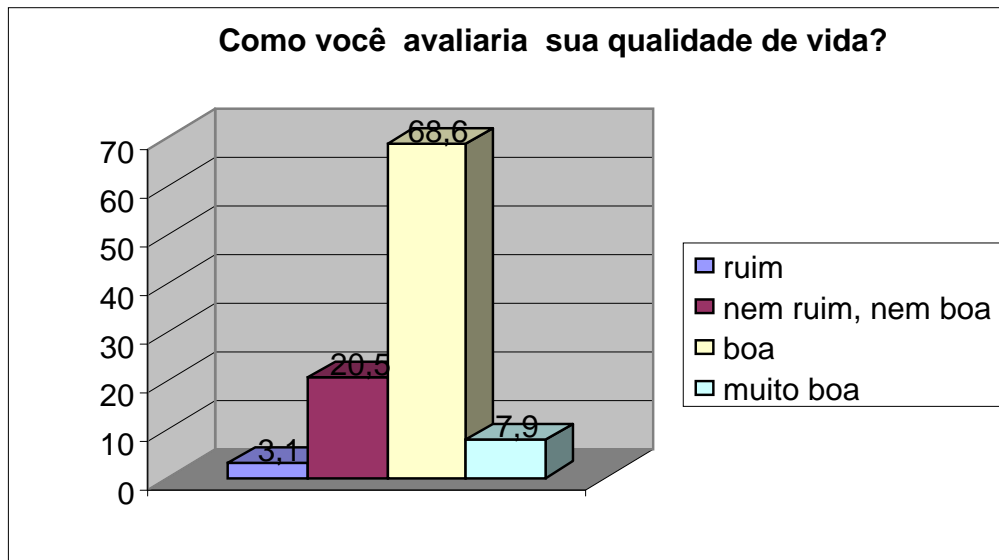
A mesma autora demonstra ser interessante a instrumentalização das enfermeiras para a capacitação e formação de equipes, a fim de que possam identificar fatores de resiliência na clientela assistida, de modo a colaborar na adesão ao plano de cuidados de Enfermagem. E no mundo contemporâneo, composto de mudanças amplas, profundas e aceleradas, como os que estamos vivendo nos dias de hoje, o conhecimento sistemático da resiliência é um instrumento válido e eficaz para todos os que se propõem a aperfeiçoar seu campo profissional, favorecendo o enfrentamento da situação adversa.

#### **4.4 Qualidade de vida dos trabalhadores da Enfermagem.**

Neste bloco apresentamos os resultados referentes a Qualidade de Vida dos trabalhadores da área da Enfermagem, nos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Entretanto, primeiramente, discutiremos as duas questões gerais do Instrumento WHOQOL-Bref. E embora, tenhamos nos pautado em dados objetivos na coleta de dados, há que se considerar os aspectos subjetivos das respostas, uma vez que, além do instrumento utilizado ser auto-aplicável, a avaliação da qualidade de vida é dependente das percepções dos sujeitos, envolvendo suas experiências e história de vida.

Assim, no gráfico 1 mostramos o resultado da primeira questão: *Como você avaliaria sua qualidade de vida?*

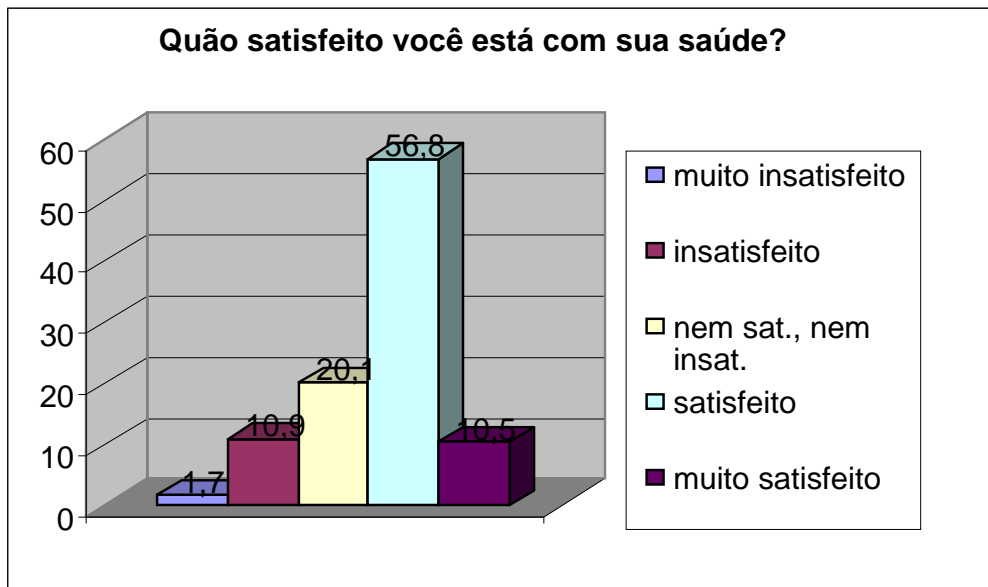




**Gráfico 5 - Questão 01: Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

De acordo com o gráfico, a maioria (68,6%) respondeu ter uma **boa** qualidade de vida, seguidos por aqueles que a consideram **nem ruim, nem boa**, constituindo 20,5%. Enquanto, que 7,9% respondeu ser **muito boa**. Somente, 3,1% considera sua qualidade de vida **ruim**. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Martins (2002) e Vila (2003). O primeiro, encontrou 69,64% dos trabalhadores da enfermagem que consideram boa sua qualidade de vida. E o segundo, em estudo realizado na mesma região, ou seja, no município de Bauru/SP, 62% consideram boa sua qualidade de vida. Isso nos leva a considerar que, mesmo, a enfermagem sendo considerada a quarta profissão mais estressante, estes tem uma percepção otimista de sua qualidade de vida.

Quanto a segunda questão: “*Quão satisfeito você está com sua saúde?*” apresentamos os resultados no gráfico abaixo.



**Gráfico 6 – Questão 02: *Quão satisfeito você está com a sua saúde?***

Em relação a sua saúde, observamos que 56,8% dos trabalhadores da área da Enfermagem, apresentam-se satisfeitos, sendo que 20,1% respondeu não estar satisfeito e nem insatisfeito; 10,9% está insatisfeito, 10,5% está muito satisfeito com sua saúde e, somente, 1,7% responderam estar muito insatisfeitos. Estes resultados são semelhantes àqueles encontrados por Martins (2002), que obteve 55,9% para satisfeitos e 16,7% para nem satisfeitos nem insatisfeitos. Entretanto, está abaixo dos escores encontrados por Vila (2005), em que, 62% dos participantes disseram estar satisfeito com sua saúde.

Miranda (2006) identificou, em seu estudo, mais de 60% dos trabalhadores da área da Enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares, satisfeitos com sua saúde, considerando boa sua qualidade de vida. Os trabalhadores acreditam possuir energia suficiente para o trabalho, chegando a afirmar que mesmo com dor são capazes de desempenhar bem suas funções, não os impedindo de desenvolver as ações necessárias. Isso nos leva a refletir sobre a história da enfermagem, onde o cuidado estava ligado a doação, caridade e dedicação.

É interessante, mencionar que em questão à parte do WHOQOL-Bref, 67,2% dos trabalhadores da área da enfermagem relatou consultar o médico periodicamente, demonstrando uma preocupação com a própria saúde. No entanto, mesmo sendo a minoria, 32,8% não costuma ir ao médico periodicamente, fazendo uso de medicamentos, muitas vezes sem prescrição médica (46,7%). Destes, a maioria é para hipertensão (43,9%), seguidos por outros medicamentos, conforme demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 14 - Distribuição de frequência quanto ao tipo de medicamentos que faz uso.**

<b>Tipo de medicamento</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr (%)</b>
<b>Antihipertensivo</b>	47	43,9
<b>Ansiolítico</b>	13	12,1
<b>Antidepressivo</b>	8	7,5
<b>Antilipênico</b>	6	5,6
<b>Antiasmático</b>	4	3,7
<b>Outros</b>	29	27,1
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tempo em que faz uso de medicamentos, a maioria (62,7%), dos trabalhadores da área da Enfermagem, faz uso dos medicamentos de um mês até 4 anos, seguido daqueles que usam há mais de 8 anos (20,5%). Sendo que a maioria faz uso de 1 ou 2 medicamentos, representando 79,4%.

Na literatura, a maioria dos estudos publicados sobre a automedicação referem-se à médicos ou à estudantes de enfermagem e medicina.

A automedicação, de acordo com Paulo e Zanine (1998) caracteriza-se por um procedimento em que, por iniciativa própria, um doente ou seu responsável faz uso de um produto, visando obter ou produzir um efeito, que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas. Tal prática é considerada inadequada, uma vez que poderá ter conseqüências indesejáveis, como iatrogenias, mascaramento de doenças evolutivas entre outras.

Segundo os autores, esta prática está relacionada ao nível de instrução e informação dos usuários dos medicamentos, bem como a acessibilidade no sistema de saúde, como é o caso dos trabalhadores da área da Enfermagem.

Em estudo realizado com 329 profissionais, distribuídos em 39 unidades de saúde (32 UBS e 7 CAPS), Tomasi et al (2007) verificaram que 40% dos entrevistados apresentava problemas de saúde, com destaque para a hipertensão (27%) e problemas osteomusculares (18%). Destes, 67% fazia uso de medicação regularmente, sendo que os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (34%) e os anti-inflamatórios (12%). Independentemente de apresentarem problemas de saúde, 47% referiu uso de medicamentos nos últimos 15 dias, especialmente, os analgésicos (27%).

A automedicação, de acordo com as autoras, é uma prática freqüente, principalmente, entre os médicos. Em segundo lugar estão os enfermeiros e os odontólogos, representando 32% da amostra, sendo que aqueles que tinham mais de um vínculo empregatício referiu automedicar-se duas vezes mais do que aqueles que trabalhavam somente na rede básica.

**Tabela 15 - Valores mínimos, máximos e média para os quatro domínios da Qualidade de Vida (n=229)**

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Físico	25	100	71,3	15,17
Psicológico	20,8	100	69,9	14,07
Social	16,7	100	68,52	16,06
Ambiental	18,75	93,7	56,23	14,65

Como podemos observar na tabela 15, o único Domínio que se encontra na **Região de Sucesso**, é o Físico, com média de 71,3%; o valor mínimo individual encontrado foi de 25% e o máximo de 100%. Os demais Domínios (Psicológico, Social e Ambiental) encontram-se na **Região de Indefinição**.

Saupe et al (2004) considera os valores entre 0 (zero) e 40 (quarenta) como **Região de Fracasso**, de 41 (quarenta e um) a 70 (setenta), correspondendo a uma **Região de Indefinição**, e acima de 71 (setenta e um) como tendo atingido a **Região de Sucesso**. É interessante ressaltar que, embora, os Domínios Psicológico e Social estejam numa Região de Indefinição, se aproximam da Região de Sucesso, obtendo uma média, de 69,9% e 68,5%, respectivamente. No entanto, se levarmos em consideração os valores mínimos e máximos (0-100) propostos por Fleck (2000), a qualidade de vida dos trabalhadores da área da Enfermagem é relativamente baixa.

A média mais baixa foi em relação ao Domínio Ambiental (56,2%). Tal domínio está relacionado à segurança, lazer, moradia, transporte, serviços de saúde, salários, ambiente físico (FLECK, 2000). Todos esses aspectos são considerados fundamentais para uma vida com qualidade, no entanto, não dependem somente do sujeito para serem solucionados.

Encontramos em Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), Vila (2005) e Saupe et al (2004), resultados semelhantes aos nossos.

De acordo com Belancieri (2003) as atividades dos trabalhadores da área da Enfermagem é marcada por constante convivência com situações de adversidades, relativas às condições e organização do trabalho, que poderá resultar em ansiedade e tensão, evidenciando sintomatologia de estresse. Tal situação poderá causar prejuízos na assistência à saúde dos usuários, bem como à própria saúde e qualidade de vida do trabalhador

É interessante ressaltar que, encontramos uma coerência entre os resultados para o estresse, resiliência e qualidade de vida, ou seja, 40% dos trabalhadores da área da Enfermagem apresentam sintomatologia de estresse, especialmente, psicológica. A maioria encontra-se na fase de resistência, o que vai ao encontro dos resultados encontrados no que se refere a resiliência.

Embora, a maioria esteja dentro da média nos fatores Otimismo, Análise Causal, Empatia, Auto-eficácia e Exposição; no fator Controle de Impulsos, estão acima da média e no fator Regulação das Emoções abaixo da média.

De acordo com Belancieri (2005), o excessivo controle de impulsos associado à dificuldade na administração das emoções, poderá acarretar um grande consumo de energia por parte do trabalhador, uma vez que, as emoções, nem sempre poderão ser exteriorizadas, especialmente no ambiente de trabalho, justificando a fase do estresse em que se encontram, ou seja, de resistência.

Nesta fase, como ressaltam Lipp (2000) e Selye (1956), o organismo é obrigado a utilizar uma reserva maior de energia para enfrentar o estímulo estressor, no sentido de tentar restabelecer o equilíbrio, começando a aparecer as primeiras manifestações do estresse, tanto físicas como psicológicas.

Assim, podemos considerar que estes resultados tem uma relação direta com a Qualidade de Vida dos trabalhadores da área da Enfermagem, em que neste estudo, está longe de ser o ideal.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos nesse estudo, é possível tecer algumas considerações:

- A maioria dos trabalhadores da área da Enfermagem é constituída de mulheres, representando 90,4%, indo ao encontro do perfil em nosso país.
- Que 40% dos trabalhadores da área da Enfermagem apresenta sintomatologia para o estresse, sendo que, que a maioria apresenta sintomas psicológicos, representando 58% dos participantes, 30% apresenta sintomas físicos e 12% apresenta uma sintomatologia tanto física como psíquica. Quanto as fases do estresse, 85% dos participantes encontra-se na fase de resistência, 8% na fase de alerta e 3% na fase de quase exaustão e 4% estão numa fase crítica, ou seja, a exaustão.
- Em relação aos níveis de resiliência, a maioria dos participantes, apresenta uma discrepância entre os fatores Regulação de Emoções, que encontra-se abaixo da média (56,8%) e Controle de Impulsos, que está acima da média (83%), o que pode resultar num elevando consumo de energia, prejudicando as atividades laborais. Nos Fatores, Otimismo (79,5%), Análise Causal (77,8%), Empatia (66,8%), Auto-eficácia (47,2%) e Exposição (51,5%), a maioria encontra-se dentro da média.
- Quanto a Qualidade de Vida, os escores obtidos não foram satisfatórios, uma vez que o único Domínio que se encontra na Região de Sucesso, é o Físico, com média de 71,3%. Os demais Domínios (Psicológico, Social e Ambiental) encontram-se na Região de Indefinição, sendo que o Meio Ambiente, foi o domínio que apresentou escores mais baixos.
- Estes resultados podem estar associados ao perfil sócio-demográfico, especialmente no que se refere a carga horária de trabalho e salários, sendo urgente o engajamento da categoria em movimentos, visando a aprovação do Projeto de Lei 2.295/2000, que tramita no congresso, visando aprovar e regulamentar a jornada de 30 horas semanais de trabalho na área da enfermagem.
- É evidente que não podemos responsabilizar, globalmente, a Rede Pública de Saúde ou simplesmente os trabalhadores da área da Enfermagem quanto à esses resultados, mas ter acesso à informações e conhecimentos sobre os aspectos que

comprometem a saúde e qualidade de vida do trabalhador, bem como seu desempenho de suas atividades laborais, nos permite elaborar e implementar medidas preventivas por meio de programas de redução de estresse e promoção de resiliência e qualidade de vida na área da Enfermagem.

- Outro aspecto que julgamos interessante destacar é a resistência encontrada entre os trabalhadores da área da Enfermagem, em responder aos instrumentos de pesquisa, inclusive os responsáveis pela equipe. Embora, compreendendo a rotina intensa de trabalho e a grande demanda de pacientes, entendemos que tal condição sugere o não envolvimento coletivo para a construção de uma categoria profissional mais forte, engajada nos novos rumos em que a área profissional está tomando. Um dos aspectos que acreditamos estar relacionado a melhoria das condições de trabalho e de saúde é o compromisso com o caráter acadêmico-científico na produção de conhecimentos que subsidiem nossa prática. Neste aspecto, discutir o caráter social e político na prática dos trabalhadores da área da Enfermagem, refletindo sobre a importância da participação nos rumos da própria profissão.
- Essas medidas, com certeza, serão revertidas na melhoria da Qualidade de Vida dos trabalhadores da área da Enfermagem, bem como da assistência à saúde dos usuários da Rede Municipal de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- AFFONSO, C. *A liberdade assistida de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e seus fatores de proteção: uma análise sob o olhar da Psicologia Sócio-Histórica*. 2007, 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- ANGELO, M.; FORCELLA, H.T.; FUKUDA, I. M. K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*. v. 29, n. 2, p. 211-223, ago. 1995.
- BARBOSA, G. S. *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “Questionário do índice de Resiliência – adultos – Reivich-Shatté/Barbosa*. 2006, 313 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- BARBOZA, D. B., SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v. 11, n. 2, 2003, p. 178-183.
- BARRETO, M. M. S. *Violência, Saúde e trabalho: Uma Jornada de humilhações*. [Dissertação]. Mestrado em Psicologia Social. PUC/SP, 2000.

BELANCIERI, M. F. *Promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras: uma possibilidade?* 2007, 209 f. Tese (Psicologia Clínica – Psicossomática e Psicologia Hospitalar) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BELANCIERI, M. F. e CATHARIN, L. C. Resiliência e saúde na terceira idade. Anais do Fórum de Iniciação Científica da Universidade do Sagrado Coração, 2007. BELANCIERI, M. F. Trabalhadores da Enfermagem: o estresse e as repercussões na sua saúde. *Revista COREN-SP*. n. 62, p 16, Mar/abr, 2006a.

BELANCIERI, M. F. Enfermagem: estresse e adoecimento ou Resiliência e saúde. *Rev. Conexão SEESP*. p. 22, Abr/mai, 2006b.

BELANCIERI, M. F.; LEVORATO, A. M. *A morte e o morrer na formação do aluno de enfermagem*. In Anais do XII Fórum de Iniciação Científica da Universidade do Sagrado Coração. 2005.

BELANCIERI, M.F. *Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas*, Bauru, SP: EDUSC, 128p. 2005.

BELANCIERI, M.F.; CAPPO BIANCO, M. H. B.; Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*. v. 1, n. 13, jan-mar 2004, p. 124-131.

BELANCIERI, M. F. *Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário*. 2003. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP.

BELANCIERI, M. F. e KOYAMA, R. E. *Sofrimento e Morte sob a ótica dos estagiários do curso de enfermagem da USC-Bauru*. Disponível em <<http://www.psicologiahospitalarmfb.hpg.com.br>> Acesso em: 28 de dezembro de 2001.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. e MORENO-JIMÉNEZ, B. O burnout em um grupo de psicólogos brasileiros. In BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 157-185.

BIANCHI, E. R. F. *Stress entre enfermeiros hospitalares*. 1999. 101 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

BIANCHI, E.R.F. Enfermeiro Hospitalar e o stress. *Rev. Esc. Enf. USP*. V.34, n. 4, p. 390-4, dez.2000.

BIANCHINI, D. C. S; DELL'AGLIO, D. D. Processos de Resiliência no Contexto de Hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 35, p. 427-436, 2006.

BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1994.

BÚRIGO, C. C. D. *Qualidade de vida no trabalho: dilemas e perspectivas*, Florianópolis, SC: Insular, 184p. 1997.

CABRAL, A.; NICK, E: *Dicionário Técnico de Psicologia*, Editora Cultrix, São Paulo, 2000.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000100003-&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100003-&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Mar 2008.

CAPPO BIANCO, M. H. Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru/SP: Edusc, 2000.

CARMO, T. M. D.; GOMES, M. S. G.; AGOSTINHO, T. A.; SOUZA, N. R.; NASCIMENTO, E. Trabalhadores de enfermagem: os sintomas de estresse ocupacional em um Centro de Terapia Intensiva. Anais do IX Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, 2006, Ribeirão Preto. Os novos velhos desafios da saúde mental, 2006. v. 1. p. 1-294.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). *Principais Legislações: para o exercício da enfermagem*. São Paulo: Plenário 1999-2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1451/95. Disponível em: <http://www.widukind.net/urgenciaemergencia.htm> . Acesso em: 20 jul 2008.



- COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.553-555, abr./jun. 2000.
- COZBY, P.C. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.
- FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19. n. 3, São Paulo Jul/set, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000300009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300009&lng=pt). Acesso em: 21 jul 2008.
- FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- FLACH, F. *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva, 1997.
- FLACK, M. P. A. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 5 n. 1. Rio de Janeiro, 2000.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- GEOVANINI, T. *Historia da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; SUÁREZ-OJEDA, E. N. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 15-22.
- HORTA, W. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*. R.J. . 19, n. 1, p. 227-235 jan/fev, 2003.
- LINDSTRON, B. O Significado de resiliência. *Rev. Adolesc. Latinoamericana* v.2 n.3 Porto Alegre abr. 2001. p.
- LIPP, M. N.. *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus, 1996.
- LIPP, M. N. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LONGMAN DICTIONARY OF CONTEMPORARY ENGLISH, 1995.
- MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 4, 2006 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2006000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 Mar 2008.
- MANGOLIN, M.; NUNES, N. A.; ZOLA, T. R. P. ; FERREIRA, A. P. F.; DEANDRADE, C. B. Avaliação do nível de estresse emocional na equipe de enfermagem de Hospitais de Lins/SP. *Saúde em Revista*, v. 10, n. 5, 2003, p. 21-28.
- MARTINO, M. M. F.; MISKO, M. D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.38, n.2, p. 161-7, 2004.
- MARTINS, M. M. *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos*. 2002. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MEDEIROS, S. M. *As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde: estudo em Natal-RN*. 2000. 215 f. Tese (Escola de Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MELO, C. *Divisão social do trabalho em enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MIRANDA, E P.de. *Qualidade de vida de profissionais que atuam em Centro Cirúrgico*. 2006. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- MORAES, M. C. L. e RABINOVICH, E. P. Resiliência: uma discussão introdutória. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v.6 n.1/2, p. 10-13, 1996.
- MOREIRA, A. *História da Enfermagem, Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda,

1995.

- NELSON, R. *Bounce back ! Creating resilience from adversity*. Toronto: Words Worth professional communications, 1997.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na Resistência Médica. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.44 n.1 São Paulo jan./mar. 1998.
- PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. de. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.38, n.2, p. 152-60, 2004.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo Whoqol-Group. Genebra, Suíça, 1994.
- PAIXÃO, W. *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro, 5ª edição, 1979.
- PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. V. 20, n. 3, São Paulo, ju/set 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso: 15 mai 2008.
- PAULO L.G.; ZANINE A.C. Automedicação no Brasil. *Revista de Assistência Médica Brasileira*, n. 34, p. 69-75, 1998.
- PEREIRA, A. M. S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In TAVARES, J. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em discussão. *Revista Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.
- POLK, L. V. Toward a middle-range theory of resilience. *ANS. Advances in Nursing Science*. v. 19, n. 3, mar. 1997.
- RALHA-SIMÕES, H. Resiliência e desenvolvimento pessoal. In. TAVARES, J. (org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- REIVICH, K.; SHATTÉ, A. *The Resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles* New York- USA: Broadway Books- Random House, 2002.
- REZENDE, A. L. M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1989.
- RIBEIRO, F. *Área de enfermagem abrirá 25 mil vagas de trabalho nos próximos três anos*. (2003) Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>> Acesso em: 18 dez 2004.
- RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*, Petrópolis, RJ: Vozes, 206p. 1994.
- SAUPE R.; NIETCHE E. A.; CESTARI M. E.; GIORGI M. D. M.; KRAHL M. Qualidade de Vida dos Acadêmicos de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. V, 12 n.4 Rib. Preto jul/ago.2004.
- Schmidt, D.R.C.; Dantas, R.A.S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.14, n.1, Jan-Fev, 2006, p.54-60
- SELYE, H. *The story of the adaptation syndrome*. Montreal: Acta, 1952.
- SELYE. *The stress of life*. New York: MacGrawHill, 1956.
- SELYE. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa, 1965
- SILVA, M. A. D., MARCHI, R. *Saúde e qualidade de vida no trabalho*. São Paulo, SP: Best Seller, 181p. 1997.
- SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.
- SÓRIA, D. A. C. *A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T: O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.09 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2001.

TOMASI, E.; SANT'ANNA, G. C.; OPPELT, A. M.; PETRINI, R. M. ; PEREIRA, I. V. ; SASSI, B. T. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007.

TROMBETA, L. H. A. P. GUZZO, R. S. L. *Enfrentando o cotidiano adverso - estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas: Editora Alínea, 2002.

VIEIRA, A. *A qualidade de vida no trabalho e o controle total*. Florianópolis: Insular, 1996.

VILA, S. G. *Qualidade de vida em enfermeiros de Bauru*. Dissertação (mestrado em odontologia), Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP, 2005.

WOLIN S. J.; WOLIN, S. *The resilient self. How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books, 1993.

WHOQOL GROUP. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL, 1998). Disponível em [www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html). Acesso: nov 2005.

YUNES, M. A. M. *A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda*. 2001. Tese (doutorado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

YUNES, M. A. M. e SZIMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In TAVARES, J. (org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

**Resumo:** Diversos estudos comprovam as implicações do estresse sobre a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores da área da Enfermagem. Assim, este estudo teve como finalidade avaliar a sintomatologia do estresse, os níveis de resiliência e a qualidade de vida desses trabalhadores, visando traçar um perfil de sua saúde ocupacional. Participaram do estudo 430 trabalhadores da área da Enfermagem da Rede Pública de Saúde, sendo os dados coletados por meio do Inventário de sintomas de estresse para adultos (LIPP, 2000); da Escala de Qualidade de Vida-WHOQOL-bref da OMS (WHOQOL GROUP, 1998, FLECK e Cols, 1999); do Questionário do Coeficiente de Resiliência-RQ (REIVICH E SHATTÉ, 2002), bem como da ficha de dados sócio-demográficos. Do total de 430 trabalhadores da área da Enfermagem, 229 responderam aos instrumentos de coleta de dados, ou seja, 53,2%, sendo 207 do sexo feminino (90,4%) e 22 do sexo masculino (9,6%). Em relação ao estresse, 40% apresenta sintomatologia, com predominância de sintomas psicológicos (58%), sendo que a maioria encontra-se na fase de resistência (85%) e 7% está numa fase crítica, ou seja de exaustão ou quase exaustão. Quanto aos níveis de resiliência constatamos que a maioria, apresenta uma discrepância entre os fatores Regulação de Emoções, que encontra-se abaixo da média (56,8%) e Controle de Impulsos, que está acima da média (83%), o que pode resultar num elevando consumo de energia, prejudicando as atividades laborais. Nos Fatores, Otimismo (79,5%), Análise Causal (77,8%), Empatia (66,8%), Auto-eficácia (47,2%) e Exposição (51,5%), a maioria encontra-se na média. Em relação a qualidade de vida, o único Domínio que se encontra na *Região de Sucesso* é o Físico, com média de 71,28%; os demais Domínios (psicológico, social e ambiental), encontram-se numa *Região de Indefinição*, ou seja, com uma média, respectivamente, de 69,9%, 68,52% e 56,23%. Esperamos com este estudo abrir caminhos para que novas investigações sejam realizadas, reunindo subsídios teórico-metodológicos e práticos para maior exploração do tema.

**Palavras-Chave:** 1. Enfermagem e saúde 2. Resiliência 3. Qualidade de Vida.