



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**RISCO E PROTEÇÃO NA ATUAÇÃO EM SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE ESTRESSE E RESILIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS**

**Viviane Ferro da Silva Sousa**

**Brasília, abril de 2014**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**RISCO E PROTEÇÃO NA ATUAÇÃO EM SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE ESTRESSE E RESILIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS**

**Viviane Ferro da Silva Sousa**

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

**ORIENTADORA: Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**

Brasília, abril de 2014.



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente  
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

---

Prof. Sebastião Benício da Costa Neto  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO  
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - HC/UFG

---

Profa. Elizabeth Queiroz  
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

---

Prof. Maurício Robayo Tamayo (membro suplente)  
Faculdade de Ceilândia - Saúde Coletiva - Universidade de Brasília

Brasília, abril de 2014.

À minha mãe, meu porto seguro.

Ao Napoleão, pelo amor e companheirismo.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, pela paciência e companheirismo na condução desse processo e pela oportunidade de desenvolver esse trabalho.

Aos membros da banca, Prof. Sebastião Benício da Costa Neto, Profa. Elizabeth Queiroz e ao Prof. Maurício Robayo Tamayo, pela disponibilidade e importantes contribuições.

Às queridas colegas Graciana, Telma Noletto, Hérica e Grazy – companheiras de viagem – obrigada pelas trocas que realizamos no decorrer desse trajeto.

A todos os profissionais de saúde da UFG, pela confiança e disponibilidade em compartilhar um pouco da sua história, tornando possível a realização do trabalho.

Às minhas colegas de trabalho, Luzia, Lila e Graça, por me auxiliarem e compreenderem minhas ausências.

À minha querida amiga Mara que sempre esteve ao meu lado me apoiando e incentivado nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos Célia, Vagner, Wellington e Wesley por me ajudarem a concluir mais essa etapa em minha vida.

Ao Napoleão, pelo carinho, apoio e incentivo que sempre me ofertou mesmo quando a distância se tornou constante em nossas vidas.

À minha mãe que sempre acreditou em mim e me apoiou em todas as minhas decisões permanecendo sempre ao meu lado.

A Deus que permitiu que tudo acontecesse.

## RESUMO

Estudos indicam que as vivências relacionadas ao trabalho constituem um elemento de promoção da saúde ou de adoecimento físico e mental. Repercussões adversas têm sido especialmente evidenciadas em profissionais da área da saúde, os quais possuem uma grande variedade de eventos estressores em seu contexto de atuação e podem desenvolver enfermidades físicas e/ou psíquicas. Ademais, a literatura aponta que dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores desse setor incidem na qualidade do atendimento prestado à população. Diante disso, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de descrever, analisar e compreender o processo de resiliência entre profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, que atuam em uma instituição de ensino superior. Participaram da primeira etapa da investigação, 92 profissionais das seguintes categorias: arteterapeuta ( $n = 1$ ); auxiliar de enfermagem ( $n = 1$ ); cirurgião dentista ( $n = 1$ ); fisioterapeuta ( $n = 1$ ); fonoaudiólogos ( $n = 2$ ); psicólogos ( $n = 3$ ); farmacêuticos ( $n = 4$ ); nutricionistas ( $n = 4$ ); biomédicos ( $n = 5$ ); médicos ( $n = 5$ ); assistentes sociais ( $n = 7$ ); técnicos de laboratório ( $n = 9$ ); enfermeiros ( $n = 24$ ) e técnicos de enfermagem ( $n = 25$ ). Para coleta de dados, empreendeu-se um *survey* disponibilizado na internet, composto pelos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, *Job Stress Scale* e Inventário de Resiliência. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Na segunda etapa da pesquisa, foram realizados dois grupos focais, cada um com três profissionais de enfermagem. Os relatos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática. A caracterização sociodemográfica da amostra revelou que 82,2% dos participantes eram do sexo feminino, 31,5% tinham entre 41 e 50 anos de idade e 67,4% trabalhavam no Hospital Universitário. Verificou-se que 62,9% dos profissionais do hospital possuíam outro vínculo de trabalho ( $p=0,003$ ). Quanto à carga horária semanal, 64,5% dos participantes do ambiente hospitalar e 36,7% dos demais profissionais superavam 40h ( $p= <0,001$ ). Os principais fatores de risco identificados na atuação em saúde foram: trabalhar em jornada de plantão e ter mais de um vínculo empregatício. Os técnicos de enfermagem constituíram a categoria mais vulnerável ao adoecimento: 66,7% comunicaram efeitos negativos do estresse ocupacional. Suporte social foi identificado como principal fator de proteção. Os dados provenientes da *Job Stress Scale* indicaram que 59,3% da amostra apresentava menor risco de adoecimento e possuía maior controle sobre o seu trabalho. Esses resultados convergem com os dados encontrados por meio do Inventário de Resiliência, em que mais de 50% dos participantes apresentaram escores de maior resiliência em todos os fatores. Os relatos reunidos durante os grupos focais foram analisados de acordo com três categorias gerais: características do trabalho, trabalho e saúde e relacionamento interpessoal. Evidenciaram-se consequências da atuação profissional para a saúde desses participantes, bem como estratégias adotadas para lidar com os desafios impostos pela atividade laboral. Recomendam-se pesquisas destinadas à avaliação da eficácia de intervenções que visem o fortalecimento e o desenvolvimento de indicadores de resiliência para minimizar o estresse ocupacional na área.

**Palavras-chave:** fatores de risco, fatores de proteção, resiliência, estresse ocupacional, profissional de saúde.

## ABSTRACT

Studies indicate that work-related experiences are an element of health promotion or mental and physical illness. Adverse effects have been particularly evident in the area of health professionals, which have a wide variety of stressful events in their context of action and may develop physical and/or mental illnesses. Furthermore, the literature indicates that difficulties faced by workers in this sector focus on quality of care provided to the population. Therefore, we carried out a study in order to describe, analyze and understand the process of resilience among health professionals of different professions, who work at an institution of higher education. Participated in the first stage of the investigation, 92 professionals from the following categories: art therapist ( $n = 1$ ); nursing assistant ( $n = 1$ ); dentist ( $n = 1$ ); physiotherapist ( $n = 1$ ); students ( $n = 2$ ); psychologists ( $n = 3$ ); pharmaceuticals ( $n = 4$ ); nutritionists ( $n = 4$ ); biomedical ( $n = 5$ ); physicians ( $n = 5$ ); social workers ( $n = 7$ ); laboratory technicians ( $n = 9$ ); nurses ( $n = 24$ ) and nursing staff ( $n = 25$ ). For data collection, undertook a survey available on the internet, consisting of the following instruments: Sociodemographic Questionnaire and Occupational, Job Stress Scale and Resilience Inventory. The data were submitted to descriptive and inferential statistical analysis. In the second stage of the research, two focus groups, each with three nurses were conducted. The reports were submitted to thematic content analysis. The sociodemographic characteristics of the sample revealed that 82.2 % of participants were female, 31.5 % were between 41 and 50 years of age and 67.4 % worked in the University Hospital. It was found that 62.9 % of hospital staff had another job contract ( $p = 0.003$ ). As for the weekly workload, 64.5 % of the participants of the hospital and 36.7 % of other professionals exceeded 40h ( $p < 0.001$ ). The main risk factors identified in the performance of health were working on call day and have more than one job. The nursing staff were the most vulnerable category to illness: 66.7 % reported negative effects of occupational stress. Social support has been identified as a major protective factor. Data from the Job Stress Scale indicated that 59.3 % of the sample had less risk of illness and had greater control over their work. These results converge with the data found by the Resilience Inventory, in which more than 50 % of the participants had scores greater resilience in all factors. The reports gathered during the focus groups were analyzed according to three broad categories: job characteristics, work and health, and interpersonal relationships. Became evident consequences of professional experience to the health of these participants, as well as strategies adopted to deal with the challenges posed by work activity. Recommend research be aimed at evaluating the effectiveness of interventions aimed at strengthening and developing resilience indicators to minimize occupational stress in the area.

**Keywords:** risk factors, protective factors, resilience, occupational stress, the health professional.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xii
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 - TRABALHO EM SAÚDE: RETRAÇANDO DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	17
1.1 Atuação em saúde: relações de trabalho e adoecimento.....	17
1.1.1 Estresse ocupacional: especificidades do contexto de trabalho.....	18
1.2 Saúde do profissional: breve panorama das políticas públicas nacionais e dos estudos sobre o tema .....	24
1.2.1 Estudos sobre saúde dos profissionais da área.....	26
CAPÍTULO 2 - RESILIÊNCIA: SUBSÍDIOS PARA ESTUDO E INTERVENÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	29
2.1 Resiliência: perspectivas conceituais.....	29
2.2 Pesquisas sobre resiliência: reflexões críticas.....	32
2.2.1 Medidas de avaliação da resiliência.....	33
CAPÍTULO 3 – Método.....	39
3.1 Objetivos.....	39
3.2 Contexto de investigação.....	39
3.3 Cuidados éticos.....	40
3.4 Primeira etapa: <i>survey online</i> .....	40
3.4.1 Participantes.....	40
3.4.2 Elaboração dos instrumentos .....	41
3.4.3 Pré-teste do instrumento .....	42
3.4.4 Procedimentos de coleta de dados .....	42
3.4.5 Procedimentos de análise dos dados.....	43
3.5 Segunda etapa: grupos focais.....	43
3.5.1 Participantes.....	43
3.5.2 Escolha do método e construção do instrumento.....	43
3.5.3 Pré-teste do instrumento .....	43
3.5.4 Procedimentos de coleta de dados.....	44
3.5.5 Procedimentos de análise dos dados.....	44

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
4.1 Primeira etapa: <i>survey online</i> .....	45
4.1.1 Variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	45
4.1.2 <i>Job Stress Scale</i> .....	54
4.1.3 Inventário de Resiliência.....	68
4.1.4 Correlação entre a <i>Job Stress Scale</i> e o Inventário de Resiliência.....	83
4.2 Segunda etapa: Grupo Focal.....	85
4.2.1 Caracterização dos participantes.....	85
4.2.2 Categoria 1: Características do trabalho.....	86
4.2.3 Categoria 2: Trabalho e saúde.....	91
4.2.4 Categoria 3: Relacionamento interpessoal.....	95
4.3 Síntese dos Resultados.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS .....	116
ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa .....	117
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	120
ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo focal.....	122
ANEXO 4 - Questionário Sociodemográfico e Ocupacional.....	124
ANEXO 5 - <i>Job Stress Scale</i> .....	127
ANEXO 6 - Convite para participação no grupo focal.....	130
ANEXO 7 - Roteiro de perguntas norteadoras para o grupo focal .....	131

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro1. Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência .....	35
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes da primeira etapa da pesquisa (N=92) .....	46
Tabela 2. Caracterização ocupacional dos participantes da primeira etapa da pesquisa (N=92).....	48
Tabela 3. Dados sociodemográficos dos participantes da primeira etapa da pesquisa, de acordo com o local de trabalho (N=92).....	49
Tabela 4. Dados ocupacionais dos participantes da primeira etapa da pesquisa de acordo com o local de trabalho (N=92).....	50
Tabela 5. Distribuição das categorias profissionais a partir do local de trabalho (N=92).....	51
Tabela 6. Aspectos positivos do trabalho identificados pelos profissionais de saúde na primeira etapa da pesquisa (N=72).....	52
Tabela 7. Aspectos negativos do trabalho identificados pelos profissionais na primeira etapa da pesquisa (N=72).....	53
Tabela 8. Média e desvio padrão dos fatores avaliados pela <i>Job Stress Scale</i> (N=86).....	54
Tabela 9. Valores absolutos e frequências dos fatores investigados pela <i>Job Stress Scale</i> (N=86).	54
Tabela 10. Comparação entre fator ‘demandas psicológicas’ da <i>Job Stress Scale</i> e variáveis sociodemográficas e ocupacionais (N=86).....	57
Tabela 11. Comparação entre fator ‘controle’ da <i>Job Stress Scale</i> e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais (N=86).....	59
Tabela 12. Comparação do fator ‘apoio social’ da <i>Job Stress Scale</i> e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais (N=86).....	61
Tabela 13. Comparação das modalidades de trabalho e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais (N=86).....	63
Tabela 14. Classificação da modalidade de trabalho de acordo com a categoria profissional (N=86) .....	64
Tabela 15. Análise dos fatores da <i>Job Stress Scale</i> de acordo com o local de trabalho (N=86).....	67
Tabela 16. Média e desvio padrão obtidos nos fatores do Inventário de Resiliência (N=87).....	68
Tabela 17. Escores obtidos nos fatores investigados no Inventário de Resiliência (N=87).....	69
Tabela 18. Comparação entre fator ‘tenacidade e inovação’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais .....	70
Tabela 19. Comparação entre fator ‘sensibilidade emocional’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	72
Tabela 20. Comparação entre o fator assertividade e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais .....	74
Tabela 21. Comparação entre fator ‘empatia’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	76

Tabela 22. Comparação entre o fator ‘satisfação no trabalho’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	78
Tabela 23. Comparação entre fator ‘competência emocional’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	80
Tabela 24. Frequência dos participantes com maior resiliência nos fatores do Inventário de Resiliência, de acordo com a categoria profissional .....	81
Tabela 25. Correlação entre os fatores do Inventário de Resiliência e a <i>Job Stress Scale</i> .....	84
Tabela 26. Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes da segunda etapa da pesquisa ( $N=6$ ) .....	85
Tabela 27. Categorização dos relatos feitos nos grupos focais .....	86

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Representação esquemática do modelo Demanda-Controle desenvolvido por Robert Karasek.....	22
Figura 2. Representação esquemática do modelo Esforço-Recompensa desenvolvido por Siegrist...23	
Figura 3. Classificação do trabalho, segundo modelo proposto por Karasek.....	55
Figura 4. Natureza do impacto do trabalho na saúde de acordo com a categoria profissional.....	65
Figura 5. Impacto do trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem.....	66
Figura 6. Comparação do tipo de trabalho de acordo com o local de trabalho.....	68
Figura 7. Percentual dos participantes com indicativos de maior resiliência nos fatores do Inventário de Resiliência de acordo com o local de trabalho.....	82

## INTRODUÇÃO

O mundo moderno proporcionou diversas mudanças em todos os âmbitos da sociedade, principalmente no que se refere ao mundo do trabalho e ao cotidiano dos profissionais, exigindo cada vez mais desses trabalhadores, tornando-os cada vez mais envolvidos com as exigências, demandas e rotinas inerentes ao ambiente laboral. A dificuldade em conciliar as atividades profissionais e a vida familiar/pessoal pode acarretar ao trabalhador desgaste físico e mental, resultando no adoecimento (Bakker, Rodríguez-Muñoz, & Derks, 2012; Carvalho & Malgris, 2007; Dejours, 2004; Lancman, 2008; Oliveira & Vasconcelos, 2005; Peters & Brown, 2009; Pochmann, 2010; Quillerou-Grivot, 2012; Silva, Loureiro, & Peres, 2008; Torres, Chagas, Moreira, Barreto, & Rodrigues, 2011).

A relação impositiva existente entre o processo de trabalho e a saúde pode levar os trabalhadores a travarem uma constante e desigual luta para tentar controlar os resultados negativos que a exposição aos riscos ocupacionais produz em sua saúde (Borsoi, 2007; Dejours, 2007; Shepard, 2013). Tal embate tem se traduzido no crescente número de profissionais que, diariamente, são afastados de suas atividades laborais em decorrência do processo de adoecimento, acarretando prejuízos ao sujeito, à sua família, à sociedade, às empresas e ao Estado (Plaiser et al., 2010; Torres et al., 2011).

O impacto causado pelo adoecimento no trabalho é uma antiga preocupação de boa parte da população, que sempre questionou e reivindicou o direito ao trabalho digno e saudável. A mobilização popular permitiu a discussão do tema e, posteriormente, a inserção da saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988, atribuindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de desenvolver ações para promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde do trabalhador (Brasil, 1988, 1990, 2002; Hoefel, Dias, & Silva, 2005; Mendes & Dias, 1991).

O adoecimento é uma realidade que se faz presente em todas as categorias profissionais, contudo, algumas profissões merecem uma atenção especial devido à prevalência de agentes estressores em seu contexto de trabalho. Dentre esses trabalhadores, encontram-se os profissionais de saúde (Borges, Argolo, Pereira, Machado, & Silva, 2002; Gilbert & Cury, 2009; Lourenção, Moscardi, & Soler, 2010; Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo, & Júnior 2011).

A atuação na área da saúde envolve particularidades (contato direto com a dor, sobrecarga de trabalho, plantões, etc.) que constituem fontes permanentes de estresse que podem agravar a saúde do profissionais. O impacto causado pelos agentes estressores repercute gradativamente em vários segmentos, tendo início no trabalhador e atingindo até a população por ele assistida, que é prejudicada por não receber um atendimento humanizado decorrente do comprometimento físico e mental desses profissionais (Nogueira-Martins, 2007; Santos, Cunha, Robazzi, Silva, & Terra, 2010). Outro ponto afetado é o funcionamento das instituições de saúde que precisam lidar com as constantes ausências e afastamentos dos trabalhadores do seu local de trabalho (Guido, Linch,

Pitthan, & Umann, 2011; Lipscomb, Burgel, McGill, & Blanc, 1994; Stahl, Toomingas, Aborg, Ekberg, & Kjellberg, 2013).

Nesse contexto, a Psicologia da Saúde tem contribuído para a saúde ocupacional, por meio da sua efetiva participação no campo da saúde pública que surge a partir da inserção dos saberes psicológicos no campo da medicina assistencial, que no princípio focou, principalmente, na saúde do trabalhador e na saúde materno-infantil, sendo essas, provavelmente, as áreas que possibilitaram a inserção da Psicologia no âmbito da saúde pública (Menegon & Coêlho, 2010; Spink & Mattos, 2010).

A aproximação entre o campo da Saúde do Trabalhador e a Psicologia da Saúde se deu por meio do desenvolvimento de pesquisas sobre a saúde e o trabalho e através da atuação dos psicólogos nos serviços de saúde pública. Essa dupla inserção forneceu à Psicologia dois eixos temáticos importantes: o planejamento em saúde e o desenvolvimento de pesquisa sobre os processos de trabalho. Tais eixos visam compreender e explicar o sofrimento, as doenças, os acidentes relacionados ao trabalho, bem como, e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com os riscos inerentes a execução do trabalho (Sato, Lacaz, & Bernardo, 2006).

Além das contribuições apresentadas, a Psicologia da Saúde tem desempenhado um importante papel para o desenvolvimento das ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas, além de contribuir para a melhoria dos serviços de assistência e na construção e efetivação das políticas públicas de saúde (Aragaki, Spink, & Bernardes, 2012; Calatayud, 2012; Gorayeb, 2010; Menegon & Coêlho, 2010; Ogden, 2004; Spink & Mattos, 2010; Taylor, 1990).

No que tange à problemática, a resiliência proporciona a identificação dos fatores que auxiliam as pessoas a manterem a saúde e o bem estar psicológico mesmo em um ambiente estressante, dinâmico e desafiante. Assim, o processo de resiliência contribui para a saúde mental e qualidade de vida, se relacionando diretamente com os conceitos de prevenção e promoção em saúde, que são temas fundamentais no âmbito da saúde do trabalhador. O estudo do processo de resiliência permite a ênfase nos aspectos positivos que estão envolvidos no processo de desenvolvimento humano, retira o foco das doenças e dos transtornos, possibilitando o estudo dos aspectos saudáveis e positivos do indivíduo, que são fundamentais para uma existência saudável (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Quiceno & Vinaccia, 2011; Sexton, Byrd, & Kluge, 2010; Silva, Lunardi, Lunardi Filho, & Tavares, 2005). No Brasil, os estudos que relacionam o processo de resiliência e a saúde do trabalhador têm sido insuficientes, principalmente, entre os profissionais da área da saúde.

Diante das questões aqui apresentadas, destaca-se a necessidade de compreender o processo de saúde-doença dos profissionais, principalmente, buscando a identificação das fontes de estresse e as causas do desgaste vivenciado por eles, a fim de que sejam desenvolvidas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, diminuindo o impacto dos desencadeadores do adoecimento e melhorando a qualidade de vida dos profissionais (Brasil, 2008).

Nesse sentido, alguns esforços têm sido feitos com intuito de amenizar e evitar o adoecimento do trabalhador. A Universidade Federal de Goiás, por exemplo, através do serviço social da Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PROCOM) iniciou em 1988, o acolhimento e o acompanhamento dos servidores adoecidos, principalmente, os que apresentavam problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A partir de então, foi constituída uma equipe de saúde mental que buscava acolher as demandas dos servidores e, posteriormente, dos alunos em situação de vulnerabilidade. Com o aumento do número de pessoas assistidas e com o desenvolvimento das ações em saúde mental, houve um fortalecimento da equipe com a contratação de mais profissionais e, em abril de 2003, foi criado o Programa *Saudavelmente*, que desenvolve ações de assistência, prevenção e promoção da saúde à toda comunidade universitária (Almeida, Coelho, Becker, & Sousa, 2008; Ramos, 2012).

O interesse por esse tema de pesquisa foi sendo construído paralelamente à vida profissional da pesquisadora que, em 2008, passou a fazer parte do quadro de técnicos administrativos da Universidade Federal de Goiás, sendo lotada no Programa *Saudavelmente*. A partir do contato com os usuários do serviço, a pesquisadora pode constatar que, dentre os servidores que procuravam a assistência, havia uma quantidade significativa de profissionais de saúde que estavam gravemente adoecidos, sendo possível perceber a importância do trabalho na vida dessas pessoas, uma vez que ele era citado ora como causa do adoecimento, ora como um importante recurso para o enfrentamento da patologia. As inquietações originadas do cuidado dos referidos profissionais mobilizaram os seguintes questionamentos:

- a. Como se manifesta a vulnerabilidade dos profissionais de saúde?
- b. Quais as fontes de estresse presentes no trabalho desses profissionais?
- c. Como a atuação dos profissionais de saúde está relacionada com o estresse ocupacional?
- d. Quais os fatores de proteção e de risco que podem ser identificados na rotina de trabalho desses profissionais?
- e. Quais os fatores que contribuem para o processo de resiliência desses profissionais?

Assim, esta pesquisa de mestrado tem como objetivo geral descrever, analisar e compreender o processo de resiliência entre profissionais de diferentes categorias que atuam em saúde, identificando a relação entre o estresse ocupacional e os fatores de risco e de proteção presentes na rotina dessa categoria.

A presente dissertação é disposta em quatro capítulos, que serão descritos a seguir. No primeiro capítulo, far-se-á uma breve discussão sobre a importância do trabalho para a construção do sujeito e da sociedade abordando a repercussão deste na saúde do trabalhador. Em seguida, é traçado um breve panorama das políticas públicas de saúde do trabalhador, finalizando com a discussão sobre o adoecimento dos profissionais de saúde e o impacto desse para o sujeito e sociedade.

No segundo capítulo, será abordado o conceito de resiliência, com a apresentação de um breve histórico da criação desse construto e de como ele tem sido utilizado em algumas áreas do conhecimento. Nesse capítulo, também será proposta uma contextualização dos estudos sobre resiliência, complementada por pesquisas realizadas com profissionais de saúde e, por fim, far-se-á uma discussão sucinta acerca dos instrumentos compilados na literatura especializada para avaliação de resiliência.

O terceiro capítulo aborda o método adotado neste estudo, descrevendo os objetivos e procedimentos de coleta e de análise dos dados. E, por fim, no quarto capítulo, serão apresentados os resultados, realizando-se a discussão dos mesmos. Dando continuidade ao capítulo, serão expostas as considerações finais e apontadas sugestões para pesquisas posteriores.

## **CAPÍTULO 1 - TRABALHO EM SAÚDE: RETRAÇANDO DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Este primeiro capítulo propõe uma breve discussão sobre a importância e repercussão do trabalho na vida do trabalhador, destacando o seu papel como determinante de saúde. Será abordado o adoecimento dos profissionais, principalmente, aquele decorrente do estresse ocupacional. Este capítulo traz, também, um breve panorama das políticas públicas de saúde do trabalhador, finalizando com a discussão acerca do adoecimento e sua repercussão na vida dos profissionais de saúde.

### **1.1 Atuação em saúde: relações de trabalho e adoecimento**

Desde os primórdios da humanidade, o trabalho constitui a principal forma de organização das sociedades e de construção do sujeito. Caracteriza-se por ser uma atividade específica do ser humano, necessária para sua sobrevivência e vida em comunidade. As primeiras atividades laborais estavam vinculadas à vida privada e familiar, resumindo-se em produzir o essencial para a sobrevivência, principalmente, por meio da agricultura doméstica. Com o crescimento e o desenvolvimento das sociedades, o trabalho migrou do ambiente privado e familiar para o contexto comunitário, ampliando o seu impacto social (Arendt, 2007).

O trabalho é uma atividade social, onde os sujeitos não trabalham só para si, mas para e pelos outros – à exemplo dos chefes, colegas, família (Dejours, 2007). Por meio do trabalho, o indivíduo estabelece relações, passando a ser reconhecido dentro e fora do ambiente ocupacional. Assim, o trabalho deixa de ser apenas uma fonte de renda e assume um importante papel na construção e manutenção dos relacionamentos sociais, realizações pessoais e fonte de identidade dos indivíduos, reafirmando o papel social que o trabalho possui (Dejours, 2012; Mendes, 2011; Ribeiro, A. et al., 2011; Santos, Pereira, & Carlotto, 2010). O *status* social adquirido através do trabalho, possibilita a construção da identidade profissional e social do sujeito, ampliando significativamente a articulação entre o indivíduo, o social e o cultural (Dejours, 2007; Lancman, 2008; Mendes & Tamayo, 2001).

Os estados afetivos estão fortemente ligados às atividades laborais e podem desencadear sentimentos positivos ou negativos que repercutirão na vida do profissional. Os afetos positivos correspondem aos sentimentos agradáveis que se revelam através do reconhecimento e do prazer no trabalho, proporcionando ao trabalhador a oportunidade de criar e recriar a maneira de executar e vivenciar o trabalho realizado. O prazer constitui um dos principais motivadores para os trabalhadores continuarem produzindo de forma criativa. Ele amplia a importância do trabalho na vida do sujeito e oportuniza a construção do ser psicológico e social, reforçando o sentimento de realização do indivíduo (Borges et al., 2002; Dejours, 2012). Quanto mais atraído, envolvido pelo

conteúdo e forma de execução do trabalho, maior a probabilidade do uso dos recursos internos para a execução do mesmo (Arendt, 2007).

As situações e o contexto de trabalho interferem na estrutura emocional do trabalhador e podem desencadear perturbações psicossomáticas e psíquicas quando as situações que geram sofrimento se sobrepõem à capacidade do indivíduo em lidar com elas (Dejours, 1992; Mendonça & Mendes, 2005). O sofrimento resulta do conflito entre a organização do trabalho e o psíquico, o qual pode desencadear experiências negativas no contexto laboral, tais como adoecimento, exploração humana e alienação do sujeito. Tal realidade pode, também, mobilizar o trabalhador a buscar estratégias de defesa para suportar o sofrimento gerado ao longo do tempo. Essas defesas podem ser individuais ou coletivas e permitem ao trabalhador diminuir os riscos inerentes às atividades, visando, primeiramente, proteger a saúde mental, além de proporcionar a ressignificação do contexto de atuação (Dejours, 1992, 2012; Mendes, 2011; Valle, 2005).

Contudo, quando as defesas utilizadas pelo trabalhador não são eficazes para diminuir o sofrimento gerado, ocorre um desequilíbrio, que passa a expressar-se por meio de distúrbios diversos, como: enfermidade, mal-estar difuso, etc. (Sato et al., 2006). O adoecimento dos trabalhadores é resultado de um processo de desgaste causado pela interação de múltiplos fatores que se estendem do ambiente de trabalho e repercutem na vida familiar, social e pessoal, trazendo graves consequências para os profissionais (Ferreira, 2011; Santos, A., 2009; Silva, 2007). O processo que envolve o adoecimento rompe as barreiras do local de trabalho e da casa do trabalhador e passa a atingir as unidades de saúde, tribunais e a própria comunidade (Torres et al., 2011).

Vários fatores podem influenciar a saúde dos profissionais, sendo que a literatura recente vem destacando a importância do estresse, fruto da quantidade de tensões presentes no cotidiano de trabalho (Camelo & Angerami, 2007).

### **1.1.1 Estresse ocupacional: especificidades do contexto de trabalho**

As primeiras citações do vocábulo estresse datam do século XIV, nesse período, o termo significava aflição e adversidade (Lima, 2004). Durante o século XVII, o termo ficou mais popular ao ser utilizado em inglês para designar opressão, desconforto e adversidade (Lazarus & Folkman, 1984; Lima, 2004; Rodrigues, F., 2011).

Estresse caracteriza-se por um estado de tensão patogênico que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo. O desequilíbrio ocorre quando a pessoa necessita responder a alguma demanda que ultrapassa sua capacidade adaptativa. Em 1932, Cannon desenvolveu um dos primeiros modelos do estresse, denominado modelo de Luta e Fuga, no qual sugere que as ameaças externas provocam alterações fisiológicas que possibilitam ao indivíduo fugir ou lutar contra as fontes de estresse. Nesse concepção, o estresse é definido como uma resposta a agentes estressores externos (Ogden, 2004).

O endocrinologista Hans Selye, em 1956, propôs o modelo da Síndrome Geral de Adaptação que aborda o estresse a partir de três fases distintas: alarme, resistência e exaustão. Na fase inicial, ocorre aumento da atividade do organismo imediatamente após à exposição ao evento estressor. Durante a fase seguinte, estratégias de enfrentamento são adotadas na tentativa de inverter os efeitos da fase de alarme preliminarmente experienciada. Por fim, desencadeia-se a fase de exaustão que deriva da exposição recorrente do sujeito ao agente estressor (Ogden, 2004; Szejfman, 2010)

O modelo Sociocognitivo ou Transacional de estresse foi desenvolvido por Lazarus e Folkman na década de 1980. Nele, a ênfase é dada a contínua interação entre a pessoa e o meio ambiente e o estresse resulta da relação entre organismo e ambiente. O modelo descreve duas fases de avaliação cognitiva. Na avaliação primária, o indivíduo avalia os estressores e essa avaliação pode revelar que são irrelevantes; benignos ou nocivos. Já na avaliação secundária, a pessoa pondera os prós e contras das diferentes estratégias utilizadas para lidar com os estressores (Benight, 2012; Griffin & Claker, 2011; Lazarus & Folkman, 1984; Ogden, 2004; Savoia, 1999).

O estresse pode ser entendido como resultante do contato com um estímulo que supera as possibilidades de resposta e pode provocar consequências cognitivas e somáticas no sujeito. Também pode ser compreendido como uma situação que causa desconforto ao indivíduo e que, normalmente, ocorre diante da necessidade de se adaptar à mudança (Guido et al., 2011). Nomeiam-se como ‘distress’, as consequências negativas acarretadas por experiências emocionais desagradáveis e patológicas que podem desencadear uma série de comportamentos desadaptativos e doenças. Em contrapartida, aquelas situações que propiciam consequências positivas representam uma manifestação saudável ao estresse. Elas possibilitam uma condição motivadora, de vitalidade e de criatividade denominada ‘eustress’ por alguns autores (Decat, Laros, & Araujo, 2010; Ogden, 2004).

O estresse pode estar presente em todas as esferas da vida do sujeito, afetando-o de diferentes maneiras. Quando a fonte de estresse está no ambiente de trabalho, ele é denominado estresse ocupacional (Murta & Tróccoli, 2004). Estresse no trabalho não é um evento único ou um estado psicológico específico, mas abrange um processo geral no qual os indivíduos buscam responder e gerenciar as demandas a que estão expostos ao longo do tempo (Griffin & Claker, 2011). Em geral, contribui para o surgimento e/ou manutenção de uma variedade de problemas psicológicos, comportamentais e biológicos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), problemas de saúde mental e transtornos relacionados ao estresse constituem as principais causas de morte prematura na Europa (Oginska-Bulik, 2006). No Reino Unido, o estresse é o fator que mais contribui para ausência dos profissionais no trabalho. A exposição contínua ao estresse produz um efeito nocivo para o sujeito, sendo um dos principais desencadeadores de problemas físicos, psicossomáticos e psicossociais relacionados ao trabalho (*International Labour Organization*, 2012).

Uma vasta literatura se dedica a descrever os efeitos diretos e/ou indiretos do estresse no trabalho, ressaltando o seu impacto para tanto para a saúde física e mental do trabalhador, como suas

influências negativas no plano financeiro e econômico (Kelloway & Day 2005; Ribeiro, Martins, Marziale, & Robazzi, 2012; Suehiro, Santos, Hamoto, & Cardoso, 2008).

No ambiente laboral, a exposição aos estressores costuma acontecer gradualmente, em doses cotidianas, e não de forma abrupta como em outros contextos (Alves, 2004). É fruto da relação existente entre perda da qualidade de vida e da presença de condições prejudiciais, como tensão, relacionamento difícil com a chefia e colegas, situações de risco, altas demandas, carga horária, baixo controle (autonomia), falta de apoio social e de reconhecimento e más condições de trabalho. O estresse ocupacional resulta das demandas existentes no contexto de trabalho, cujo enfrentamento inadequado pode levar a resultados negativos na atuação. Tal estresse pode contribuir para o desenvolvimento de doenças somáticas, transtornos mentais e exaustão (Bezerra, Minayo, & Constantino, 2013; Camelo & Angerami, 2007; García & Calvo, 2011; Miguel & Noronha, 2009; Niquerito, 2009; Noronha & Fernandes, 2008; Oginska-Bulik, 2006; Rincón & Guarino, 2008; Rosen, Gimotty, Shea, & Bellini, 2006; Santos, F. et al., 2010; Shaw, Brown, & Dunn, 2013; Tamayo & Tróccoli, 2002).

As fontes de estresse devem ser avaliadas e medidas em diferentes contextos, como o local de trabalho (inclui todas as demandas e restrições organizacionais, sociais e baixo controle), ambiente familiar, fatores socioeconômicos, estabilidade econômica e oportunidade de emprego (Karasek, Collins, Clays, Bortkiewicz, & Ferrario, 2010).

Dentre os diversos modelos teóricos desenvolvidos para possibilitar a compreensão do estresse laboral e suas consequências, dois deles merecem destaque dado o significativo número de pesquisas que os utilizam. São eles: o modelo Demanda-Controle, desenvolvido por Robert Karasek, na década de 1970, e o modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, desenvolvido por Siegrist, na década de 1990 (Alves, 2004; Karasek, 1979; Siegrist, 1996).

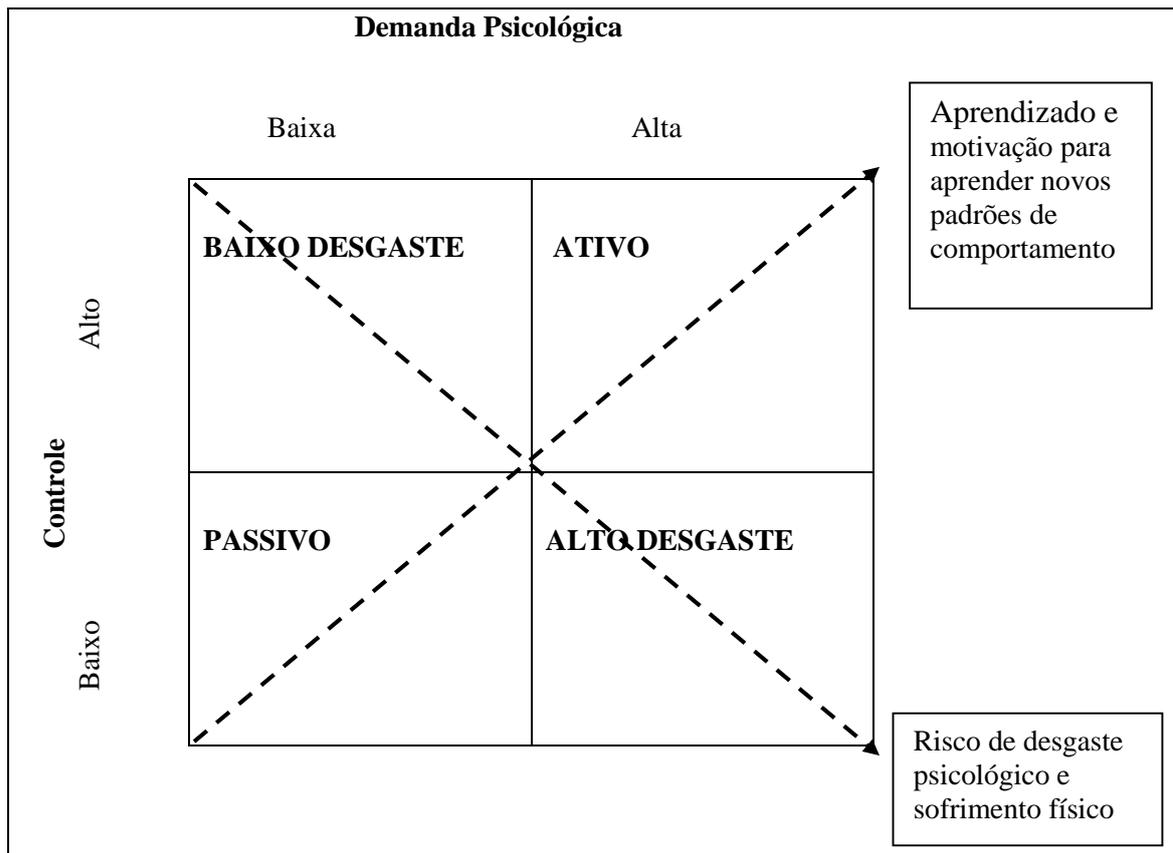
No modelo Demanda-Controle, o estresse ocupacional resulta da interação entre excessivas demandas psicológicas, o menor controle no processo de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e lideranças (Alves et al., 2004; Karasek, 1979; Urbaneto et al., 2011). As demandas psicológicas envolvem as exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta para realizar o seu trabalho, abrange o ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado. Além disso, considera a quantidade de conflitos presentes nas relações de trabalho, limite de tempo, nível de concentração, interrupção das tarefas e a dependência de tarefas que precisam ser desenvolvidas por outros trabalhadores (Karasek, 1979; Greco, Magnago, Prochnow, Beck, & Tavares, 2011).

O controle é uma variável importante para a ser conhecida quando se pretende compreender a percepção do trabalhador em relação à sua atividade laboral (Karasek, 1979; Ribeiro, A., 2011; Stansfeld, 2002). Ele pode ser definido como a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em sua atuação e está relacionado à autonomia para tomar decisões, incluindo-se o ritmo em que as tarefas serão executadas. O controle abrange a possibilidade de ser criativo, o uso e o aprimoramento das habilidades profissionais, bem como a aquisição de novos conhecimentos (Alves,

2004; Alves et al., 2004; Karasek, 1979; Urbaneto et al., 2011; Stansfeld, 2002). O controle surge a partir de três requisitos: familiaridade com a tarefa, possibilidade de interferir no planejamento das ações e avaliação do limites para suportar as demandas do trabalho (Ribeiro, A. et al., 2011). Os trabalhadores que têm baixo controle e altas demandas psicológicas estão mais vulneráveis a sofrer elevados níveis de estresse ocupacional, o que aumenta conseqüentemente o risco de desenvolver doenças físicas e mentais. Isso ocorre pela impossibilidade de mediar, através do gerenciamento do tempo e/ou aprendizado de novas habilidades, o estresse causado pelas altas demandas (Kuper & Marmot, 2003). Em suma, a interação entre demanda e controle indica em que tipo de trabalho a pessoa está inserida e como ele repercute em sua saúde física e psicológica (Alves, 2004; Alves et al., 2004).

Mais adiante, a Figura 1 esquematiza o modelo Demanda-Controlle, destacando-se quatro condições básicas:

1. Trabalho de baixo desgaste: ocorre quando o controle é alto e as demandas psicológicas são baixas. Constitui um estado altamente desejável, ideal, uma vez que proporciona uma situação de relaxamento e conforto ao trabalhador;
2. Trabalho ativo: deriva da interação entre maior controle e altas demandas psicológicas. Possibilita ao trabalhador usar sua potencialidade intelectual para executar seu trabalho, além de proporcionar maior autonomia para a execução do mesmo;
3. Trabalho de alto desgaste: resulta da combinação entre as altas demandas psicológicas e o baixo controle. Tal interação gera um alto desgaste emocional que, geralmente, deixa as pessoas mais vulneráveis a desenvolverem problemas como: fadiga, ansiedade e depressão, além de enfermidades físicas em geral;
4. Trabalho passivo: constituído por uma baixa demanda e menor controle, que desencadeia um estado de apatia que pode se generalizar para outras áreas da vida, comprometendo a saúde do trabalhador (Karasek, 1979; Rincón & Guarino, 2008).

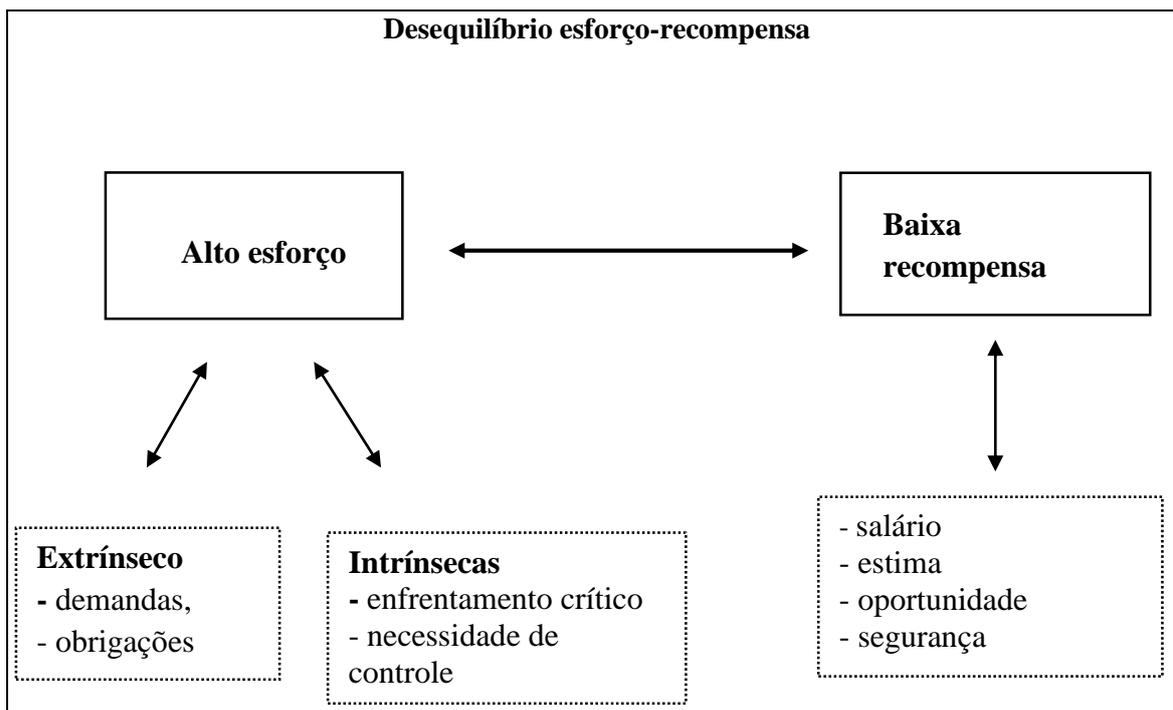


**Figura 1.** Representação esquemática do modelo Demanda-Controle desenvolvido por Robert Karasek (Karasek, 1979, p. 288).

Assim, a falta de controle sobre as demandas psicológicas inerentes ao trabalho e a impossibilidade de usar habilidades pessoais para resolvê-las, gera um estado de excitação e desequilíbrio que interfere na autoestima do profissional e diminui sua motivação para buscar inovações e aprimoramento profissionais (Rincón & Guarino, 2008; Siegrist, 1996).

O fator apoio social atua como um elemento de proteção dos efeitos nocivos oriundos da interação entre demanda e controle. Ele funciona como um amortecedor, diminuindo o impacto da exposição às fontes de estresse existentes no contexto laboral. Vale comentar que este fator foi inserido ao modelo Demanda-Controle, em 1988, por Jeffrey Johnson (Alves, 2004; Greco et al., 2011; Johnson & Hall, 1988; Rincón & Guarino, 2008).

A seguir, a Figura 2 ilustra o modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, no qual se reforça a necessidade de interação entre fatores objetivos, subjetivos e ambiente de trabalho. Assim, o esforço gasto no trabalho corresponde a um contrato social, em que se recompensa as tarefas executadas e os desafios superados com dinheiro (salário), confirmação ou elevação da autoestima e oportunidades de crescimento profissional, incluindo a estabilidade no emprego (Siegrist, 1996, 2004).



**Figura 2.** Representação esquemática do modelo Esforço-Recompensa proposto por Siegrist (Siegrist, 1996. p. 30).

A discrepância entre esforço e recompensa reflete-se na saúde do trabalhador, o qual pode vivenciar descompassos entre suas habilidades pessoais e as exigências do trabalho. Isso também pode acontecer diante da incongruência entre aspirações pessoais, metas e as possibilidades oferecidas pelo trabalho. A longo prazo, a falta de reciprocidade, entre alto esforço e baixo reconhecimento no trabalho aumenta, a suscetibilidade às doenças, desencadeadas pela exposição contínua às situações de tensão. Ou seja, altos esforços e baixas recompensas podem provocar emoções negativas, que limitam as reações convenientes às situações de estresse, intensificando-se o risco de doenças cardiovasculares, transtornos psiquiátricos e alcoolismo. Em compensação, emoções positivas propiciadas pelas recompensas sociais podem promover bem-estar e saúde (Siegrist, 1996, 2004, 2012; Silva & Barreto, 2010).

Como mencionado anteriormente, o estresse ocupacional pode se manifestar nas mais diversas categorias profissionais. Porém, algumas profissões parecem estar mais vulneráveis, como aquelas engajadas no cuidado do outro, a exemplo dos bombeiros, policiais, professores, operadores de *telemarketing* e profissionais de saúde (Codo, 2010; Sessa, Kiorolo, Varallo, & Bruscatto, 2008; Silva & Gomes, 2009; Straub, 2014).

Cabe destacar que Carvalho e Malagris (2007) desenvolveram uma pesquisa com 31 profissionais de saúde que atuavam em um posto de saúde, na Zona Norte do Rio de Janeiro. A investigação teve como objetivo detectar sintomas de estresse e identificar a fase em que os participantes se encontravam. Para tanto, foi utilizado o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e um questionário para caracterização sociodemográfica. As pesquisadoras

comprovaram que 58% dos participantes apresentavam sintomas de estresse, dentre os quais 94% se encontravam-se na fase de resistência. Houve predomínio de sintomas físicos em 56% da amostra. Os assistentes sociais, médicos e enfermeiros foram os profissionais que apresentaram maior taxa de estresse.

Diante das situações de estresse, o indivíduo tenta minimizar os efeitos negativos de tal exposição, através da mobilização dos recursos cognitivos, comportamentais e emocionais. Na literatura, denomina-se enfrentamento, o modo como a pessoa lida com situações desafiadoras, a exemplo do estresse. Trata-se de um processo dinâmico que inclui uma variedade de respostas que envolvem a interação do sujeito com o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984; Guido et al., 2011, Straub, 2014).

Mais especificamente, as estratégias de enfrentamento são definidas como esforços cognitivos e comportamentais usados para gerenciar situações estressoras, sejam essas demandas externas e/ou internas. Elas podem estar focadas no problema e visam modificar a relação entre pessoa e ambiente, controlando ou alterando o problema; ou poder estar focadas na emoção e buscam reduzir o desconforto emocional. Os recursos internos e externos – como saúde, crenças, responsabilidade, suporte social e material e habilidades sociais – irão facilitar ou restringir os modos de enfrentamento de cada pessoa (Lazarus & Folkman, 1984; Ogden, 2004; Paula-Junior, 2009; Savoia, 1999; Straub, 2014; Tamayo & Tróccoli, 2002).

Conforme já comentado nesta Dissertação, o estresse tende a comportar aspectos nefastos, gerando alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (Guido et al., 2011). Cabe lembrar que Santos e Cardoso (2010), ao avaliarem estresse, enfrentamento e qualidade de vida em 25 profissionais da área de saúde mental, constataram que 36% dos participantes sofriam estresse com predomínio de sintomas físicos. Os autores também verificaram que, em geral, a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi suporte social, o qual funcionava como um moderador nas condições de contato frequente com estressores. Também puderam identificar que entre aqueles profissionais que revelaram sintomas de estresse, a estratégia de enfrentamento mais empregada foi fuga e esquiva. No que refere-se à qualidade de vida, a amostra revelou maior satisfação no domínio social.

## **1.2 Saúde do profissional: breve panorama das políticas públicas nacionais e dos estudos sobre o tema**

A construção da Política de Saúde do Trabalhador surgiu da necessidade de responder aos questionamentos feitos pelos movimentos sociais, que não vinham obtendo respostas suficientemente satisfatórias de setores da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, aos quais eram designadas tais atribuições. Cumpre lembrar que, em meados de 1960, avivaram-se nos países industrializados os debates sobre significado da existência humana e do trabalho, liberdade pessoal e direito sobre o próprio corpo. Nesse contexto, os trabalhadores começaram a participar das

discussões sobre saúde e segurança laboral. Tal mobilização social contribuiu para alterar e aprimorar a legislação trabalhista (Mendes & Dias, 1991; Pochmann, 2010).

No Brasil, a Política de Saúde do Trabalhador é fruto da articulação social que liderou o movimento de redemocratização, principalmente, na área da saúde durante as décadas de 1970 e 1980 (Brasil, 2002; Hoefel et al., 2005). Nesse período, os movimentos sociais ganharam força e passaram a reivindicar e a interferir na construção e na aplicação das políticas públicas, resultando na promulgação da Constituição Federal em 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais precisamente, é necessário salientar que os movimentos sindicais e sanitários tiveram importante contribuição na construção da saúde do trabalhador como política pública de saúde (Balista, Santiago, & Corrêa Filho 2011; Brasil, 1988, 1990, 2002).

O campo da Saúde do Trabalhador tem como arcabouço teórico a medicina social latino-americana e a saúde coletiva, que fornecem as bases para compreender o processo de saúde-doença, contextualizando as relações sociais e, sobretudo, reconhecendo outras determinações para os sofrimentos físico e mental, relacionando-as com o processo produtivo. Nessa concepção, múltiplos fatores interagem constituindo um nexos psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio se manifesta numa série de dificuldades, danos e transtornos que se somam às doenças ocupacionais clássicas (Brasil, 1988, 1990, 2002; Lourenço & Bertani, 2007).

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) regulamenta a Saúde do Trabalhador como uma área multidisciplinar que se define por ações de caráter intrasetorial e intersetorial, as quais exigem uma abordagem interdisciplinar por meio de gestão ativa e participativa. Por se tratar de uma política de aplicação em saúde, é regida pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade, descentralização e participação (Balista et al., 2011; Brasil, 1990, 2002; Dias, Rigotto, Augusto, Cancil, & Hoefel, 2009; Lourenço & Bertani, 2007).

Merece destaque que o inciso II do parágrafo único do artigo 200 da Constituição Federal atribui ao SUS a execução das ações de saúde do trabalhador, sendo papel do Ministério da Saúde coordenar as ações da política da saúde do trabalhador (Lei 8.080/90). Recentemente, em 23 de agosto de 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que tem como objetivo principal:

Definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Assim, ao considerar a transversalidade das ações neste campo, a PNSTT alinha-se às políticas públicas do SUS e respalda uma nova maneira de se conceber a relação trabalho e saúde, na qual o adoecimento pode ser reconhecido como decorrência das condições e dos contextos de trabalho. Nessa ótica, ele não pode mais ser visto como uma expressão isolada e individual, que denuncia as fraquezas e insuficiências do trabalhador. Bem ao contrário, o adoecimento deve ser abordado à partir de seus múltiplos e variados fatores (Brasil, 2012).

Neste sentido, é essencial ampliar o escopo da análise e da intervenção visando incluir fatores psíquicos e sociais. De fato, a complexidade das ações necessárias reafirma a importância da confluência e da consonância de diversas áreas do conhecimento em favor de uma visão do trabalhador como sujeito ativo, com capacidade de transformar e interferir em sua realidade a partir de vivências e saberes obtidos através das próprias experiências e que podem ser compartilhados coletivamente (Sato et al., 2006).

### **1.2.1 Estudos sobre saúde dos profissionais da área**

A atuação na área da saúde envolve algumas particularidades que, em muitos casos, caracterizam-se como agentes estressores e podem repercutir negativamente, agravando a saúde e o bem-estar dos profissionais. As principais fontes de estresse no campo da saúde se traduzem em situações como por exemplo: problemas de relacionamento no seio da equipe multiprofissional, ambiguidade e conflito de funções, dupla jornada de trabalho e atividades domésticas, experiências associadas a dor, sofrimento e morte dos usuários de saúde; pressões exercidas por superiores, pacientes e familiares e desvalorização da profissão (Gillespie, Chaboyer, Wallis, & Grimbeek, 2007; Lourenção et al., 2010; Miguel & Noronha, 2009; Santos, C. et al., 2010).

A dupla jornada de trabalho expõe, por mais tempo, o profissional aos agentes estressores. Isso aumenta a probabilidade de desenvolverem sintomas relacionados ao estresse, tais como irritabilidade, cansaço e desatenção. Geralmente a adaptação ao ambiente de trabalho piora quando não são disponibilizados materiais e equipamentos, falta clareza quanto às regras, normas e tarefas que devem ser desempenhadas e predomina ambiguidade de papéis, (Assunção, Marinho-Silva, Vilela, & Guthier, 2006; Dejourns, 2012; Santos, C. et al., 2010; Tamayo, 2009).

A exposição prolongada às fontes de estresse provoca danos ao trabalhador que culminam em um profundo esgotamento, denominado Síndrome de *Burnout*. Vale lembrar que este quadro se caracteriza por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, sendo considerado uma resposta à tensão emocional crônica vivenciada no contexto de trabalho. Estudos revelam que a síndrome é mais comumente diagnosticada entre profissionais que têm como ofício o cuidado do outro (Magalhães, 2006; Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001; Tamayo, 2009; Straub, 2014).

No intuito de investigar a relação entre *burnout* e fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho, Tamayo (2009) realizou uma pesquisa que contou com a participação de 190 profissionais de enfermagem. Na coleta de dados, foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB) e o Questionário de Fontes de Desajuste (QFD). Os resultados apontaram como fontes de desajuste: falta de coleguismo e sobrecarga de trabalho. O fator ‘conflito entre valores e práticas organizacionais’ se mostrou preditor à exaustão emocional.

De fato, o adoecimento dos profissionais de saúde tem mobilizado muitos pesquisadores a estudarem esse fenômeno. Mas, ainda que exista uma enorme variedade de categorias profissionais que atuam no contexto atual da saúde, nota-se que, quase em sua totalidade, os trabalhos têm focalizado a saúde de médicos e de enfermeiros (Silva, A., 2010). No tocante a saúde dos médicos, a literatura aponta que os profissionais de medicina constituem um grupo vulnerável ao estresse laboral que, frequentemente, está associado aos processos de profissionalização; ao desenvolvimento do papel de médico na sociedade; ao contato constante com situações assistenciais difíceis e complexas; à supervisão dos estudantes e residentes mais jovens; à longa jornada de trabalho; à equipe paramédica pouco preparada ou insuficiente; ao absenteísmo da equipe; à pressão do tempo; à burocracia na prática diária; à convivência com sofrimento e morte; à responsabilidade civil e penal da prática médica; entre outros. As dificuldades mais frequentemente evidenciadas nesses profissionais são: alcoolismo, insônia, suicídio, automedicação, cronicidades (ex.: doenças cardiovasculares), obesidade e maior consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos (Lourenção et al., 2010; Rincón & Guarino, 2008; Nogueira-Martins, 2007; Pereira, 2007; Rosen et al., 2006; Shanafelt, Bradley, Wipf & Back, 2002; Shaw et al., 2013; Zuardi, Protá, & Del-Ben, 2008).

Já entre os profissionais de enfermagem, as principais causas do adoecimento relatadas na literatura envolvem: sobrecarga de trabalho; acidentes com material perfuro cortante; longas jornadas de trabalho; privação do sono e das atividades de lazer; trabalho em regime de plantão; dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional; pouco apoio da chefia e dos colegas; contato direto com pacientes e seus familiares; falta de recursos humanos e materiais; entre outros (Dantas, Munari, & Siqueira, 2004; Theme Filha, Costa, & Guilam, 2013; Guido et al., 2011; McCann, Beddoe, McCormick, Kedge, Adamson, & Huggard, 2013; Mealer, Jones, & Moss, 2012; Palácios, 2000; Paris & Omar, 2008; Ribeiro, R. et al., 2012; Rísquez, García, & Tebar, 2012; Stacciarini & Tróccoli, 2001).

Visando identificar o nível de estresse, o estado geral de saúde e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros no ambiente de trabalho, Guido, et al., (2011) pesquisaram uma amostra de 143 profissionais, a maioria do sexo feminino. Os autores realizaram um levantamento de atividades diárias e aplicaram o Inventário de Estratégias de *Coping* e o Inventário sobre Estado Geral de Saúde. Os resultados mostraram que 55% dos participantes apresentavam baixo nível de estresse e estado regular de saúde (50%). Em relação ao enfrentamento, identificou-se maior uso de estratégias voltadas para o problema. De modo geral, puderam constatar que a

população estudada adotava estratégias efetivas e que estas repercutiam no baixo nível de estresse revelado. Deduziram também que ações educativas devem ser incentivadas, a fim de disponibilizar ferramentas para que o profissional desenvolva estratégias de enfrentamento mais resolutivas, diminuindo o efeito do estresse em sua saúde e no trabalho (Guido et al., 2011).

Em suma, considerando os impactos do adoecimento não apenas para os próprios trabalhadores, mas também para os usuários dos serviços prestados e o contexto geral da saúde pública, diversas propostas têm sido discutidas – e algumas delas implementadas – com o propósito de prevenir doenças e promover saúde nesse segmento populacional. São exemplos dessas iniciativas: as oficinas Cuidando do Cuidador, oferecidas nas unidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). De modo geral, elas visam promover bem-estar, controle de estresse e relaxamento dos profissionais, além de favorecer mais integração entre membros das equipes. Nesse sentido, contribuem para o alcance das metas preconizadas pela Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS (Brasil, 2004, 2010; Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2009). As oficinas de cuidado englobam atividades tais como: alongamento, relaxamento e visualização, terapia comunitária, dinâmicas de grupo, massagem e reflexão (Amaral, Moraes, & Ostermann, 2010; Brasil, 2010; Belancieri & Kahhale, 2011; Oliniski & Lacerda, 2006).

Mas, é preciso alertar que tais iniciativas são destinadas sobretudo aos profissionais que trabalham na atenção básica (em especial os agentes comunitários de saúde), sendo necessário ampliar a oferta de serviços de suporte em outros níveis do sistema de saúde, como as instituições hospitalares. Em outras palavras, apesar de dispor de habilidades técnicas – e eventualmente habilidades relacionais desenvolvidas em situações de treinamento ou capacitação – o profissional de saúde vivencia muitas situações adversas que geram vulnerabilidade em algum momento da sua atuação na área. Sendo assim, é preciso conhecer melhor os fatores de risco e de proteção associados à sua resiliência profissional.

## CAPÍTULO 2 - RESILIÊNCIA: SUBSÍDIOS PARA ESTUDO E INTERVENÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo, serão reportados fundamentos básicos da resiliência, retomando sua perspectiva histórica e aplicações em algumas áreas do conhecimento. Far-se-á uma breve contextualização sobre o desenvolvimento das pesquisas sobre o tema, apresentando-se alguns estudos realizados com profissionais de saúde. Por fim, serão apresentados os principais instrumentos utilizados em pesquisas sobre resiliência.

### 2.1 Resiliência: perspectivas conceituais

A resiliência ganhou destaque a partir da segunda metade do século XX quando passou a ser objeto de estudo. O primeiro artigo que utilizou o termo de resiliência foi escrito por Scoville e publicado em 1942. Nele, a autora utilizou o conceito para se referir às crianças em situação de risco. Mas, o termo passou a ser mais adotado a partir da década de 1970 (Kalawski & Haz, 2003; Ospina-Muñoz, Vélez & Vélez, 2005). Paralelamente ao estudo da resiliência, iniciou-se uma discussão sobre a origem e o significado da palavra, que deriva do latim *resilien* e significa saltar para trás, voltar, ser impelido, romper, recuar e encolher-se, romper. Em inglês, *resilient* remete à ideia de elasticidade: uma capacidade rápida de recuperação (Aznar-Farias & Oliveira-Monteiro, 2006; Barreira & Nakamura, 2006; Palludo & Koller, 2006; Piaggio, 2009; Quiceno & Vinaccia, 2011; Sexton et al., 2010; Vera, 2012).

Diversas áreas do conhecimento utilizam o conceito de resiliência de acordo com as suas especificidades. No campo da Física e da Engenharia, a expressão tem sido empregada para descrever experimentos sobre tensão e compressão, buscando descrever a relação entre a força que é aplicada num corpo e a deformação que ela produz. Na medicina, resiliência abrange a capacidade do indivíduo em resistir à doença, infecção, seja por recursos próprios, seja pelo uso da medicação curativa ou preventiva (Aznar-Farias & Oliveira-Monteiro, 2006; Piaggio, 2009; Quiceno & Vinaccia, 2011; Sexton et al., 2010).

Inicialmente, no âmbito da psicologia, o construto foi apresentado como uma característica individual que se manifestava frente a uma situação de risco. Era considerado uma característica intrínseca ao sujeito, estudada sobretudo pela Psicologia Evolutiva, com o intuito de explicar como algumas crianças que cresceram em condições extremas eram capazes de superar as adversidades e se tornarem adultos saudáveis (Kalawski & Haz, 2003).

Contudo, com o passar dos anos e o avanço das pesquisas sobre o tema, muitos teóricos passaram a compreender a resiliência como um processo dinâmico em que as influências do ambiente e do indivíduo interagem reciprocamente, permitindo à pessoa se adaptar, apesar da presença de estressores. Esse processo dinâmico tem como resultado a adaptação positiva (Assis, Pesce, & Avancini, 2006; Cassol & Antoni, 2006; Castro & Jiménez, 2007; Cecconello, 2003; Constantine,

Bernad, & Diaz, 1999; Infante, 2005; Luthar & Cushing, 2000; Masten, 2007; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Piaggio, 2009; Pinheiro, 2004; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012; Rutter, 2006; Straub, 2014; Tusaie & Dyer, 2004).

A adaptação positiva ocorre quando o sujeito alcança expectativas sociais esperadas para a sua etapa de desenvolvimento, ou a ausência de indicativos de desajuste, considerando os aspectos culturais em que ele está inserido. A compreensão da resiliência como um processo, descarta definitivamente sua concepção como um atributo pessoal, que reforça a ideia de que a adaptação positiva é uma responsabilidade exclusiva do sujeito. Neste sentido, passa a ser compreendida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam uma vida saudável em um meio desfavorável. Esse processo se dá no decorrer do tempo, a partir das combinações positivas entre atributos pessoais e ambiente familiar, social e cultural (Aznar-Farias & Oliveira-Monteiro, 2006; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Piña & Rivera, 2006).

A *American Psychological Association* (APA) conceitua a resiliência como um processo de adaptação frente a adversidade, trauma, tragédia, ameaças, significativas fontes de estresse (como problemas familiares), enfermidades graves, dificuldades no local de trabalho e problemas financeiros (Lee, Cheung, & Kwong, 2012; VandenBos, 2010).

A resiliência envolve a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano (Infante, 2005; Luthar & Cushing, 2000). Esse processo pode ser construído no decorrer da vida, a partir dos desafios graduais existentes, onde são reforçadas as características pessoais, as estratégias de enfrentamento e as habilidades pessoais. Pode estar presente apenas em algumas áreas da vida do indivíduo: assim uma pessoa pode ser resiliente em determinadas situações e vulnerável em outras (Campbell-Sills et al., 2006; Cecconelo, 2003; Masten, 2007).

Para Jackson e Watkin (2004), a resiliência é a capacidade de reconhecer seus próprios pensamentos e estruturas de crença, e aproveitar o poder de aumentar a precisão e a flexibilidade do pensamento para lidar com as consequências emocionais e comportamentais de modo mais eficaz. Essas habilidades podem ser avaliadas, ensinadas e aprimoradas no decorrer da vida (Bonanno, 2005; Jackson & Watkin, 2004). De acordo com Kalawski e Haz (2003), a resiliência provém da existência de cinco dimensões: 1) redes sociais informais; 2) sentido de vida e transcendência; 3) autoestima positiva; 4) competências e habilidades; e 5) senso de humor.

Os vínculos afetivos, sentimentos de pertença e percepção de respeito às potencialidades, limites e necessidades levam as pessoas a reencontrar a essência para a condução da vida. A relação existente entre apoio social e resiliência varia de pessoa para pessoa, e a sua percepção pode proteger o indivíduo dos efeitos negativos da exposição ao risco (Quiceno & Vinaccia, 2011; Smith, Smoll, & Ptacek, 1990). O construto resiliência está diretamente relacionado com outros conceitos que interagem entre si, contribuindo para a ampliação da sua compreensão e do seu desenvolvimento, são eles: vulnerabilidade, fatores de risco e proteção (Luthar & Cicchetti, 2000; Rutter, 1993, 2006).

A vulnerabilidade constitui um fenômeno dinâmico, um estado contínuo que abrange aspectos biopsicossociais e que, portanto, exige uma forma dinâmica para lidar com ela (Adger, 2006). Segundo Assis et al. (2006), a vulnerabilidade pode ser compreendida como a intensificação da reação frente a estímulos que, em circunstâncias normais, conduzem a uma desadaptação, aumentando a probabilidade de um resultado negativo na presença de adversidade. Cassol e Antoni (2006) definem vulnerabilidade como uma predisposição ao desenvolvimento de psicopatologias ou de comportamentos inadequados para determinados ambientes. A vulnerabilidade aumenta a probabilidade de um fator de risco produzir um efeito negativo na vida do indivíduo (Garcia, 2001; Luthar & Cushing, 2000; Taboada, Legal, & Machado, 2006).

Os fatores de risco estão associados aos eventos e/ou características pessoais ou ambientais que podem levar a resultados ineficazes deixando a pessoa mais vulnerável em situações estressoras (Couto, 2005; Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006). As características individuais abrangem: fatores genéticos, gênero, características psicológicas, habilidades sociais e intelectuais. Já os fatores ambientais englobam: baixo nível socioeconômico, episódios de vida adversos, características familiares e falta de apoio social (Ceconelo, 2003; Lever & Valdez, 2012).

Os fatores de risco não são estáticos, unilaterais ou lineares e também devem ser pensados como um processo (Bianchini & Dell’Aglia, 2006; Ceconelo, 2003; Lindström, 2001; Taboada et al., 2006). Segundo Quiceno e Vinaccia (2011), podem ser classificados em:

1. **Biológicos:** envolvem alterações bioquímicas ou fisiológicas – que podem aumentar a probabilidade de desenvolver patologias – tais como: pressão arterial, níveis de colesterol, glicose, índice de massa corporal, fatores genéticos associados à ansiedade;
2. **Individuais:** abrangem características da personalidade do indivíduo, histórico de doença mental, traumatismo crânio-encefálico, depressão, desesperança, etc;
3. **Interpessoais/familiares:** história de trauma infantil, história de abuso, relações familiares, exposição a estresse social crônico; e,
4. **Social comunitário/organizacional:** refere-se aos perigos presentes no meio ambiente, como, por exemplo, taxas de criminalidade e estresse ocupacional.

Os fatores de risco limitam a probabilidade de superação, mas o seu impacto pode ser reduzido pela presença dos fatores de proteção.

De acordo com Rutter (1993), os fatores de proteção alteram, melhoram ou modificam as respostas pessoais frente a determinados riscos de desadaptação. Os mecanismos de proteção não necessariamente eliminam o risco, porém têm efeito de encorajamento e facilitam o enfrentamento (Barreira & Nakamura, 2006). Tais fatores são importantes para a prevenção de doenças e para a estabilidade emocional (Bonanno, 2004).

Para Rutter (1993), os fatores de proteção possuem quatro funções essenciais: a) diminuir o impacto dos riscos, alterando a exposição do indivíduo às situações adversas; b) reduzir as reações negativas que resultam da exposição do indivíduo às situações de risco; c) estabelecer e manter a

autoestima e autoeficácia, por meio das relações de apego seguras e o cumprimento com êxito das tarefas; e d) criar oportunidades de reverter os efeitos do estresse (Rutter, 1993; Pesce et al., 2004).

Os fatores de proteção compensam a vulnerabilidade e reduzem a suscetibilidade a doenças. Já os fatores de risco aumentam a probabilidade de consequências negativas para a pessoa ou grupo (Campbell-Sills et al., 2006). A investigação sobre os fatores de riscos e de proteção partem da constatação de que a variabilidade em resposta ao risco é tão importante como o efeito do próprio risco. A identificação dos fatores de risco e de proteção é necessária, mas, não é suficiente para compreender os desajustes (O'Connor & Rutter, 1996). Cumpre realçar que tais fatores podem variar de acordo com a cultura e isso deve ser considerado ao se investigar a resiliência (Rowland & Bater, 2005; Souza & Cervený, 2006).

## **2.2 Pesquisas sobre resiliência: reflexões críticas**

Embora seja difícil definir o início do interesse dos pesquisadores pela resiliência, um importante estudo é apontado na literatura como um marco nas investigações sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa longitudinal realizada, em 1955, por Emmy Werner e Ruth Smithna, que estudaram, ao longo de 30 anos, uma amostra de 698 crianças nascidas em condições adversas no Hawaí. As autoras concluíram que 80% da amostra não apresentou comportamentos psicopatológicos na vida adulta. Ao contrário, esses indivíduos tornaram-se pessoas otimistas, adaptadas, competentes e integradas em seu contexto social e cultural. Porém, os 20% restantes desenvolveram uma variedade de problemas tais como: dificuldades financeiras, conflitos domésticos, violência, abuso de drogas, baixa autoestima e graves transtornos mentais (Bernad, 2004; Quiceno & Vinaccia, 2011; Reppold et al., 2012).

Os pesquisadores do campo da resiliência se dividem em duas gerações. A primeira geração interessava-se em descobrir as características pessoais de crianças consideradas resilientes. Desse ponto de vista, associavam a resiliência a atributos extraordinários dos indivíduos (Campbell-Sills et al., 2006; Infante, 2005). A segunda geração de pesquisadores expandiu o conceito de resiliência, inserindo a noção de processo, ampliando a compreensão para além das características pessoais. (Infante, 2005; Reppold et al., 2012).

Então, inicialmente, as pesquisas sobre resiliência dedicaram-se a estudar crianças e adolescentes expostas a riscos. Mas, ao longo dos anos, o tema tem sido investigado em outras fases do desenvolvimento e, segundo Bonanno (2004), a resiliência em adultos deve ser conceituada como a habilidade para manter níveis de saúde física e psicológica, mesmo em situações nefastas (Bonanno, 2004; Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2006; Campbell-Sills et al., 2006; Quiceno & Vinaccia, 2011).

Mais recentemente, os estudos têm focado outros segmentos sociais, como os profissionais de saúde. Assim, Belancieri, Beluci, Silva e Gasparelo (2010) avaliaram o nível de resiliência de 229 trabalhadores de enfermagem da rede pública, aplicando um questionário sociodemográfico e o

Questionário do Coeficiente de Resiliência. A análise dos dados revelou que, no fator regulação das emoções, os participantes se encontravam abaixo da média. Quanto ao fator controle dos impulsos, a maioria apresentou índices acima da média. De acordo com as pesquisadoras, o excessivo controle dos impulsos e a dificuldade em regular as emoções acarreta ao trabalhador um grande gasto de energia, o que explicaria o alto índice de estresse entre profissionais de enfermagem (Belancieri et al., 2010).

Nos Estados Unidos, Mealer et al. (2012) estudaram uma amostra de enfermeiros que trabalhavam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no intuito de desenvolver ações preventivas ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). Para tanto, conduziram entrevistas visando identificar os fatores de proteção experienciados pelos enfermeiros com altos índices de resiliência e puderam reconhecer: espiritualidade, rede social satisfatória, estratégias de enfrentamento ativas, otimismo, solidariedade e flexibilidade no trabalho. Em síntese, esta pesquisa permitiu identificar os mecanismos que possibilitavam a esses profissionais continuarem trabalhando em um ambiente altamente estressante como a UTI, sem desenvolver TEPT (Mealer, et al., 2012).

### **2.2.1 Medidas de avaliação da resiliência**

A resiliência pode ser avaliada a partir de indicadores geralmente associados, tais como: enfrentamento, atitude positiva, senso de humor, empatia, flexibilidade, perseverança, religiosidade, autoeficácia, otimismo e expectativa de vida (Bonanno, 2005; Romero, Armenta, Abril, Noriega, & Franco, 2011; Windle, Bennett, & Noyes, 2011).

Rutter enumera três preocupações principais que devem guiar os estudiosos da resiliência. A primeira refere-se à necessidade de incluir diferentes formas de avaliação, pois a diversidade de métodos permite alcançar resultados mais fidedignos. A segunda corresponde ao reconhecimento da diversidade dos resultados, uma vez que as pessoas apresentam manifestações variadas de resiliência. Por fim, a terceira preocupação diz respeito à adoção de uma perspectiva temporal que não restrinja a resiliência a uma noção estática e definitiva (Rutter, 2006; 2007).

De acordo com o levantamento realizado por Ospina-Muñoz (2007), existem três grupos de instrumentos para avaliação da resiliência:

1. Testes projetivos: visam conhecer traços característicos das pessoas consideradas resilientes, bem como aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais envolvidos na resolução de problemas.
2. Exames de imagem: buscam identificar processos fisiológicos e fatores genéticos presentes nos processos de resiliência. Esses instrumentos são provenientes dos avanços das neurociências.
3. Instrumentos psicométricos: correspondem aos inventários, questionários e escalas autoaplicáveis. Têm sido bastante empregados em pesquisas.

De fato, muitos instrumentos estão disponíveis atualmente, em razão do esforço dos pesquisadores. Em geral, têm como objetivo identificar a resiliência a partir de fatores, tais como: otimismo, suporte social, satisfação no trabalho, assertividade, regulação das emoções e empatia (Campbell-Sills et al., 2010; Lopes & Martins, 2011; Pesce, Assis, Avancini, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005; Reppold et al., 2012; Ribeiro & Morais, 2010; Sinclair & Walltson 2004).

No Brasil, o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* (GEPEB) desenvolve pesquisas para aprimoramento e validação do Inventário de Resiliência. Este instrumento pretende mensurar a resiliência a partir da análise de seis fatores: tenacidade e inovação; sensibilidade emocional, assertividade, empatia, satisfação no trabalho e competência emocional. Tem sido utilizado em diversas pesquisas, mostrando-se útil para identificação e avaliação de fatores de resiliência (Benevides, 2007; Mota, Benevides-Pereira, Gomes & Araujo, 2006; Paula- Junior, 2009; Vera, 2012).

O Quadro 1 apresenta um levantamento de instrumentos citados na literatura especializada

Quadro1. Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência

<b>Denominação</b>	<b>Autor/ Ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Itens/Fatores</b>	<b>Observações</b>
Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente (EBCR)	Sinclair e Walltson (2004)	Perceber a capacidade para lidar com o estresse de forma adaptativa.	A escala é composta por quatro itens que avaliam fatores como: otimismo; perseverança; criatividade e crescimento positivo.	Foi realizada a adaptação para a língua portuguesa por Ribeiro e Morais (2010) da Universidade do Porto em Portugal. O instrumento original foi desenvolvido com uma população de doentes crônicos (artrite reumatoide).
<i>Child Psychosocial Distress Screener</i> (CPDS)	Jordans, Komproe, Tol e De Jong (2009)	Avaliar o sofrimento psicossocial não-específico e fazer a detecção precoce dos prejuízos emocionais decorrentes.	O instrumento é constituído por sete itens que avaliam fatores como: aspectos contextuais e da comunidade e a triangulação de informações (crianças e professores)	Trata-se de um instrumento de triagem breve, multidimensional e sensível para uso em emergências. Foi desenvolvido em um programa de atenção psicossocial para crianças de quatro países afetados por conflitos e situações de violência.
<i>Child Health and Illness Profile-Child Edition</i> (CHIP-CE)	Riley et al. (2004)	Avaliar a saúde de crianças entre seis e 11 anos, a partir da perspectiva das próprias crianças e de seus pais.	Instrumento composto por 76 itens destinados a mensurar: satisfação; conforto; resiliência; anulação dos riscos e realização pessoal.	Foi desenvolvido e validado na Espanha para pais e crianças de seis a 11 anos. Pode ser utilizado em diferentes condições étnicas e socioeconômicas (Riley et al., 2004).

Escala de Resiliência Cannon-Davidson (Cd- Risc)	Cannon e Davidson (2003)	Identificar características vinculadas à resiliência.	Reúne 25 itens para examinar competência pessoal; confiança nos próprios ‘instintos’ e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controle e espiritualidade.	Originalmente a escala foi aplicada na população norte-americana, em pacientes psiquiátricos, usuários de serviços de cuidados primários, pessoas com transtornos de ansiedade generalizada e transtorno do estresse pós traumático.
Escala de Resiliência Cannon-Davidson (Cd- Risc-10)	Campbell-Sills e Steim (2010)	Avaliar a percepção do indivíduo acerca da sua capacidade de adaptação às mudanças, superação de obstáculos e recuperação de doenças e lesões.	É composta por 10 itens.	No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado por Lopes e Martins (2011). Participaram da pesquisa 463 pessoas de diversas camadas da população.
Escala de Resiliência (ER)	Wagnild e Young (1993)	Avaliar o nível de adaptação psicossocial positiva diante de eventos importantes da vida	Possui 25 itens que avaliam aceitação de si mesmo e da vida.	A escala foi validada, no Brasil, por Pesce et al. (2004), com estudantes do Ensino fundamental e do Ensino Médio.
Questionário do Índice de Resiliência Adulto (QIR Adultos)	Reivich e Shatté (2002)	Avaliar a capacidade de resiliência-habilidade para se adaptar em situações adversas.	Composto por 56 itens que examinam: administração das emoções; controle dos impulsos; empatia; otimismo; análise do ambiente; autoeficácia e relacionamento interpessoal.	Validada no Brasil por Barbosa (2006) com uma população de 110 professores do Ensino Fundamental.
Questionário de Resiliência (Quest_Resiliência)	Barbosa (2009)	Viabilizar o mapeamento de crenças que organizam o comportamento resiliente.	Possui 72 itens voltados para os seguintes fatores: autocontrole; leitura corporal; análise de contexto;	Instrumento desenvolvido no Brasil, em 2009. Estrutura-se nos pressupostos teóricos da Terapia Cognitiva-

			otimismo; autoconfiança; conquistar e manter vínculos; empatia e sentido de vida.	Comportamental. Atualmente, a Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) detém os direitos de cessão de todas as versões do instrumento.
Escala dos Pilares da Resiliência (EPR)	Cardoso e Martins (2013)	Identificar características que favorecem uma conduta resiliente.	Constituída por 90 itens que avaliam fatores como: aceitação positiva da mudança; autoconfiança; auto eficácia; bom humor; controle emocional; empatia; independência; orientação positiva para o futuro; reflexão; sociabilidade e valores positivos.	É destinado a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e escolaridade a partir do Ensino Fundamental (cursando). Pode ser aplicado individual ou coletivamente. Possui uma grade de correção <i>online</i> . É distribuído pela Vetor Editora.
Inventário de Resiliência (IR)	Benevides-Pereira (em construção)	Avaliar os indicadores de resiliência	Composto por 40 itens que mensuram: tenacidade e inovação; sensibilidade emocional; assertividade; empatia; satisfação no trabalho e competência emocional	Os primeiros estudos forma realizados em uma amostra de 723 profissionais de diversas ocupações.

Cumprer-se destacar ainda que a avaliação da resiliência também pode ser feita em entrevistas e grupos focais. Tais abordagens possibilitam ao sujeito comunicar suas percepções e interpretações das vivências, estabelecendo-se vinculações com sua história pessoal e profissional (Libório, Castro, & Coêlho, 2006).

## CAPÍTULO 3 - MÉTODO

Neste capítulo, serão detalhados os procedimentos metodológicos adotados para a realização da pesquisa de campo, desenvolvida em duas etapas distintas: *survey online* e os grupos focais presenciais. Inicialmente, apresentar-se-ão os objetivos e o contexto da pesquisa, os critérios de seleção e composição da amostra e os cuidados éticos. Em seguida, serão descritos os procedimentos para construção dos instrumentos e, por fim, serão relatados os procedimentos de coleta e de análise de dados em cada etapa da pesquisa.

### 3.1 Objetivos

A pesquisa teve por objetivo geral descrever, analisar e compreender o processo de resiliência entre profissionais de diferentes categorias que atuam em saúde, identificando a interação entre fatores de risco, fatores de proteção e estresse ocupacional, presentes na rotina desses profissionais. Estabeleceram-se como objetivos específicos:

- identificar fatores de proteção, notadamente estratégias de enfrentamento adaptativas adotadas por profissionais de saúde;
- identificar fatores de risco, principalmente os estressores existentes na rotina desses profissionais;
- investigar como os fatores de proteção amenizam o impacto dos fatores de risco existentes na rotina profissional;
- comparar estresse ocupacional, indicadores de resiliência e variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

### 3.2 Contexto de investigação

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública de ensino superior, localizada na região Centro-Oeste do país, fundada em 1960 com a união de cinco escolas superiores que existiam em Goiânia: a Faculdade de Direito, a Faculdade de Farmácia e Odontologia, a Escola de Engenharia, o Conservatório de Música e a Faculdade de Medicina (UFG, 2013). Em 1962, foram iniciadas as atividades do hospital universitário que, naquela ocasião, contava com 60 leitos distribuídos entre as clínicas médica, cirúrgica e ortopédica. O hospital foi criado para atender as demandas de estágio dos alunos da primeira turma de medicina (HC/UFG, 2011)

Atualmente, a instituição oferece 61 cursos de graduação, além de cursos de especialização, mestrado e doutorado. No que concerne ao hospital universitário, os serviços oferecidos à população vem sendo ampliados e, hoje, é possível contar com 310 leitos e 52 especialidades médicas que atendem, em média, cinco mil pessoas diariamente (HC/UFG, 2011).

A comunidade universitária é composta por, aproximadamente, 23 mil alunos, 2294 docentes e 2493 técnicos administrativos. Desses técnicos administrativos, 1075 são profissionais de saúde:

393 técnicos de enfermagem; 196 técnicos de laboratório; 129 enfermeiros; 133 médicos; 108 auxiliares de enfermagem; 27 técnicos em radiologia; 23 assistentes sociais; 22 biomédicos; 16 odontólogos; 11 psicólogos; 12 farmacêuticos; 3 nutricionistas, 1 arteterapeuta e 1 fisioterapeuta. De acordo com os registros, 840 profissionais estão lotados no hospital universitário; 199 trabalham em outros setores da instituição (unidades acadêmicas, pró-reitorias, clínica-escola, etc.) e 36 profissionais atuam nos *campi* do interior do estado<sup>1</sup>.

Tendo em vista o escopo da investigação e a necessidade de contatar os interessados em participar da pesquisa, foi realizado um levantamento dos profissionais que possuíam endereço eletrônico cadastrado junto ao departamento de pessoal. Assim, foram identificados 550 servidores que atuam no hospital universitário e 178 que trabalham em outros órgãos da universidade, totalizando um público alvo de 728 profissionais de saúde.

### 3.3 Cuidados éticos

O projeto foi cadastrado no sistema Plataforma Brasil (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>) e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as exigências da Resolução 196/96, em vigência naquela ocasião. A pesquisa foi autorizada (ver Anexo 1). Obteve-se a concordância dos participantes da primeira etapa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado em versão digital (Anexo 2). Um TCLE específico, destinado aos participantes da segunda etapa também foi elaborado (Anexo 3).

### 3.4 Primeira etapa: *survey online*

#### 3.4.1 Participantes

Integraram essa amostra, profissionais de saúde de diferentes categorias da instituição de ensino. Os critérios de inclusão foram: ser servidor (técnico administrativo); ter formação e atuar na área da saúde; não estar em estágio probatório e trabalhar na regional de Goiânia. Os critérios de exclusão foram: não atuar na área da saúde, estar lotado nos *campi* das cidades do interior do estado, não ter concluído o questionário sociodemográfico e ocupacional.

Cumpramos esclarecer que 106 profissionais iniciaram o preenchimento do *survey online*, contudo 14 participantes não atenderam aos critérios de inclusão e por isso os seus dados não foram analisados. Diante disso, a amostra que participou da primeira etapa dessa pesquisa foi composta por 92 profissionais de saúde de diferentes categorias, que correspondem a 8,5% do total de profissionais de saúde da universidade e 12,6% daqueles que atendiam aos critérios de inclusão

---

<sup>1</sup> Dados fornecidos pelo Departamento Pessoal da Universidade Federal de Goiás em 15 de abril de 2013.

### 3.4.2 Escolha do método e elaboração do instrumento

Nos últimos tempos, a internet vem se revelando como uma ferramenta viável para a realização de pesquisas, principalmente, as quantitativas, embora seja crescente o uso em pesquisas qualitativas (Flick, 2009; Gobatto, 2012). Neste contexto, o *survey online* se consolida como um recurso eficaz para a coleta de dados em uma amostra significativamente grande, em razão de algumas vantagens já constatadas pela literatura: alcançar várias pessoas em um curto espaço de tempo; permitir acesso dos participantes em diferentes localidades; possibilitar a realização de análises preliminares dos dados; eliminar erros de transcrição; dar autonomia ao participante que pode escolher onde e quando responder (Walter, 2013).

Diante disso, na presente pesquisa, optou-se por um *survey online* que foi construído e hospedado em <https://pt.surveymonkey.com>, através da assinatura anual do plano *Gold* do *Survey Monkey*. A escolha desta ferramenta se deu pela avaliação de características de segurança (protocolo SSL), facilidade de gerenciamento e experiência prévia do grupo de pesquisa (Gobatto, 2012; Rodrigues, M., 2011).

O *survey* foi dividido em cinco partes:

- **primeira parte:** constituída pelo TCLE;
- **segunda parte:** destinada à caracterização da amostra que foi realizada a partir do Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, composto por 13 questões de múltipla escolha e duas questões abertas (Anexo 4);
- **terceira parte:** propõe a avaliação do estresse ocupacional por meio da versão breve da *Job Stress Scale*, (Anexo 5), adaptada por Alves et al., (2004). Trata-se de uma escala autoaplicável composta por 17 itens que avaliam: demanda psicológica (cinco itens; alfa de Cronbach  $\alpha = 0,79$ ), controle (seis itens; alfa de Cronbach  $\alpha = 0,67$ ) e suporte social (seis itens; alfa de Cronbach  $\alpha = 0,85$ );
- **quarta parte:** visa empreender a avaliação da resiliência através do Inventário de Resiliência (IR), instrumento autoaplicável composto por 40 itens destinados à identificação de características comumente atribuídas às pessoas resilientes, a partir de seis fatores gerais:
  - a) tenacidade e inovação: oito itens avaliam o nível de interesse e engajamento em atividades novas e desafiadoras. A pontuação mínima nesse fator é oito e a máxima 40. Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,9445$ ;
  - b) sensibilidade emocional: avalia o nível de emotividade por meio das respostas dadas em três itens, sendo a pontuação mínima = 3 e a máxima = 15. Ressalta-se que o indicador sensibilidade emocional é analisado diferentemente dos demais, pois escores acima e abaixo da média associam-se a uma menor resiliência. Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,7838$ ;

- c) assertividade: correspondem a quatro itens que investigam a assertividade e habilidade de expressão verbal. Nesse fator, a pontuação mínima é quatro e a máxima 20. Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,6681$ ;
- d) empatia: pondera a capacidade de se colocar no lugar do outro e de compreender as expressões emocionais, a partir das respostas dadas em três itens. Pontuação mínima = 3 e a máxima = 15. Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,6397$ ;
- e) satisfação no trabalho: composta por quatro itens que avaliam a satisfação no trabalho e o nível de motivação para execução das atividades laborais. A pontuação mínima nesse fator é um e a máxima 20. Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,6459$ ;
- f) competência emocional: refere-se à expressão dos próprios sentimentos. Composta por dois itens, sendo o escore mínimo = 2 e o máximo = 10. Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,6592$ .

É preciso esclarecer que os estudos referentes ao instrumento ainda estão sendo conduzidos pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* (GEPEB), motivo pelo qual o instrumento não pode ser divulgado. Informações sobre o instrumento podem ser encontradas no *link*: <http://gepeb.wordpress.com/ir/> (Benevides-Pereira, 2007; Vera, 2012), e;

- **quinta parte:** apresenta o convite para participação na segunda etapa do estudo. Em caso afirmativo, o interessado deveria informar um telefone para contato (Anexo 6).

### 3.4.3 Pré-teste do instrumento

Foram convidados a participar da fase de avaliação e pré-teste do instrumento, 12 profissionais de saúde que não atuavam na instituição pesquisada. Responderam o questionário, sete profissionais que enviaram comentários e sugestões para aprimoramento do instrumento. Com base nas sugestões enviadas, foi realizada a revisão do *survey*, sendo efetuadas as seguintes alterações: correção de erros gramaticais e de digitação, alteração dos itens, inserção de novas alternativas de resposta (questão 8), exclusão de itens (questão 6), reorganização das questões. Após as alterações, o questionário eletrônico totalizou 79 perguntas.

### 3.4.4 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi encaminhado um *e-mail* para os profissionais de saúde, apresentando a pesquisa e convidando-os a participar através do acesso ao *link* que se encontrava ao final da mensagem. Para sensibilizar os profissionais e ressaltar a importância da participação, também foram

afixados cartazes informativos sobre a pesquisa nos órgãos com maior número de servidores que atuavam em saúde. Com propósito semelhante, foram encaminhados vários lembretes por *e-mail*.

### **3.4.5 Procedimentos de análise dos dados**

Os dados oriundos do *survey* foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial, com auxílio do Programa Estatístico para Ciências Sociais (SPSS® for Windows®), versão 16.0. Utilizou-se também o programa Microsoft® Excel 2007 para tabulação dos dados. Para realizar a comparação entre variáveis, utilizou-se o teste *Qui Quadrado*; já a correlação foi realizada a partir do teste Correlação de *Pearson* (Figueiredo Filho & Silva Junior, 2009).

## **3.5 Segunda etapa: grupos focais**

### **3.5.1 Participantes**

Nesta etapa, participaram seis profissionais de enfermagem, três integraram o primeiro grupo focal e três formaram o segundo grupo. Os critérios de inclusão foram: ter participado da primeira etapa do estudo, não ser do círculo de contato da pesquisadora e ter assinado o TCLE. Foram excluídos dessa etapa, os profissionais que, naquele momento, estavam afastados, em férias ou licença médica.

### **3.5.2 Escolha do método e construção do instrumento**

O grupo focal consiste em uma técnica de entrevista que visa a coleta de dados qualitativos gerados a partir da discussão de temas propostos, por meio de interações grupais (Millward, 2010; Gondim, 2003, Miranda, Figueiredo, Ferrer & Campos, 2008). Os grupos focais partem da perspectiva interacionista que busca revelar como as questões são construídas e alteradas no processo grupal (Flick, 2009).

Para a realização do grupo focal, foi elaborado um roteiro com perguntas norteadoras (Anexo 7), que abordavam temas como: fatores protetivos no trabalho; rede de suporte social; estratégias de enfrentamento; percepção de risco na atividade profissional; estressores e estresse ocupacional.

Os grupos foram realizados em uma sala de 4 m<sup>2</sup>, localizada nas dependências do Programa Saudavelmente. Foi utilizado um gravador digital para registrar as falas dos participantes, papel e caneta para anotações.

### **3.5.3 Pré-teste do instrumento**

O roteiro de entrevista foi aplicado com uma técnica de enfermagem, que não possui vínculo com a instituição pesquisada. Após a entrevista, o material foi submetido à análise de conteúdo, por três juízes que fizeram a leitura exaustiva do material e a categorização do conteúdo separadamente. Posteriormente, fez-se a comparação entre as categorias identificadas. O resultado foi apresentado

aos profissionais que sugeriram o acréscimo da questão ‘descreva o seu planejamento, caso tenha um’ no eixo expectativa de vida.

#### **3.5.4 Procedimentos de coleta de dados**

Dos 34 profissionais que se dispuseram a participar dos grupos por ocasião do *survey*, 11 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Assim, 23 profissionais foram contatados para formar os grupos.

O primeiro contato foi realizado por meio de um telefonema, no qual a pesquisadora forneceu informações sobre o funcionamento do grupo, dias e horários dos encontros. Oito profissionais confirmaram seu interesse, mas apenas um compareceu. Foram realizadas novas tentativas por telefone, e embora quatro servidores tenham confirmado presença, nenhum compareceu.

Na terceira tentativa, foi encaminhada uma mensagem por *e-mail*, contendo informações sobre a realização do grupo, com oito dias de antecedência da primeira data proposta. Este convite foi reforçado por telefone dois dias antes. Na véspera e duas horas antes do início do grupo, foi enviada mensagem *via* celular para reiterar. Compareceram no primeiro horário combinado, três participantes e, no segundo horário ofertado, compareceu apenas um participante. Na quarta tentativa, repetiram-se as ações empregadas no convite anterior. Compareceram três pessoas. Sendo assim, na segunda etapa da pesquisa, foram realizados dois grupos focais que contaram com a participação de seis profissionais da área de enfermagem.

#### **3.5.5 Procedimentos de análise dos dados**

Os dados obtidos nos grupos focais foram submetidos à análise de conteúdo temática a partir do método proposto por Bardin (2011), ou seja, empreendeu-se transcrição integral do material, seguida pela leitura criteriosa e exaustiva do material. Posteriormente, foi realizada a categorização temática, com base no significado semântico e lógico dos relatos dos participantes.

## CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, serão analisados e discutidos os resultados da pesquisa de campo, iniciando-se com a caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes. Posteriormente, serão abordados especificamente os resultados obtidos com a *Job Stress Scale* e o Inventário de Resiliência. Em seguida, ambos os instrumentos serão correlacionados. Mais adiante, a categorização e a interpretação do material reunido nos grupos focais também serão desenvolvidas à luz da literatura especializada. Por fim, destacar-se-ão as principais contribuições e limitações deste trabalho.

### 4.1. Primeira etapa: *survey online*

#### 4.1.1. Variáveis sociodemográficas e ocupacionais

O Questionário Sociodemográfico e Ocupacional foi respondido por 92 profissionais, em sua maioria, do sexo feminino ( $n = 68$ ; 81,9%). Este número expressivo evidencia o processo de feminilização da área, conforme já identificado em outros estudos (Camelo & Angerami, 2007; Guido et al., 2011; Martins, 2011; Negromonte & Araujo, 2011; Nogueira-Martins, 2003; Pochmann, 2010). Vale salientar que a forte presença das mulheres nas categorias relacionadas à saúde reflete o processo histórico que atribuiu as práticas de cuidado à figura feminina (Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares, & Santos, 2010).

A maior parte dos participantes tem idade entre 41 e 50 anos ( $n = 26$ ; 31,3%), pouco mais da metade é casada ( $n = 46$ ; 55,4%) e a religião mais frequente é a católica apostólica romana ( $n = 28$ ; 33,7%). A renda mensal dos participantes variou entre quatro e seis salários mínimos ( $n = 30$ ; 36,6%).

A maioria possui mestrado ( $n = 33$ ; 39,8%) e este índice pode ser compreendido como fruto do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (PCCTAE) que propõe o desenvolvimento dos trabalhadores por meio do fortalecimento do processo educacional. Cumpre comentar também que o PCCTAE vincula a remuneração ao nível de escolaridade (Brasil, 2005).

**Tabela 1.**Caracterização sociodemográfica dos participantes da primeira etapa da pesquisa ( $N = 92$ )

Variável	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	76	82,6
Masculino	16	17,4
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade (anos)</b>		
21 - 30	16	17,4
31 - 40	25	27,2
41 - 50	29	31,5
51 - 60	21	22,8
61 - 70	1	1,1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado	49	53,3
Divorciado	9	9,8
Solteiro	23	25,0
União estável	9	9,8
Viúvo	2	2,2
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Religião</b>		
Católica Apostólica Romana	31	33,7
Católica Apostólica Brasileira	2	2,2
Espírita	19	20,7
Espiritualista	2	2,2
Evangélica <sup>a</sup>	18	19,5
Testemunha de Jeová	2	2,2
Sem religião	11	12,0
Outras	7	7,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>		
01- 03	4	4,3
04- 06	35	38,0
07- 10	25	27,2
> 10	28	30,4
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio/Curso Técnico	5	5,4
Superior Completo	12	13,0
Superior incompleto	5	5,4
Especialização	27	29,3
Mestrado	36	39,1
Doutorado	7	7,6
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

<sup>a</sup> Religião evangélica: Evangélica ( $n = 15$ ); Evangélica de Origem Pentecostal ( $n = 2$ ), Evangélica Luterana ( $n=1$ ).

<sup>b</sup> Outras religiões: Agnóstica ( $n = 1$ ); Candomblé ( $n = 1$ ); Cristã sem religiosidade ( $n = 1$ ); Igreja Adventista do Sétimo Dia ( $n = 1$ ); Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias ( $n = 1$ ); Logosofia ( $n = 1$ ); Universalista ( $n = 1$ ).

No que tange aos dados ocupacionais (Tabela 2), grande parte da amostra foi constituída por técnicos de enfermagem ( $n = 23$ ; 28%), enfermeiros ( $n = 20$ ; 24,4%) e técnicos de laboratório ( $n = 9$ ; 11%). Nota-se, ainda, que a maior parte dos profissionais está lotada no hospital universitário ( $n = 62$ ; 67,4%). Com relação ao vínculo empregatício, pouco mais da metade dos respondentes declarou possuir outro vínculo de trabalho ( $n = 48$ ; 52,2%). Este dado converge com aqueles obtidos por Costa, Viera e Sena (2009) em um estudo com 131 profissionais de enfermagem. Os autores identificaram que 47,8% da amostra investigada possuía dois ou mais vínculos empregatícios. Ou seja, uma vez mais, constata-se tal tendência na área de saúde. Quanto ao total de horas semanais cumpridas em atividade, a maioria dos participantes da primeira etapa da pesquisa aqui relatada declarou trabalhar mais de 40h ( $n = 51$ ; 55,4%).

**Tabela 2.**Caracterização ocupacional dos participantes da primeira etapa da pesquisa ( $N = 92$ )

Variável	<i>n</i>	%
<b>Categoria profissional</b>		
Assistente Social	7	7,6
Biomédico	5	5,4
Enfermeiro	24	26,1
Farmacêutico	4	4,3
Fonoaudiólogo	2	2,2
Médico	5	5,4
Nutricionista	4	4,3
Psicólogo	3	3,3
Técnico de enfermagem	25	27,2
Técnico de laboratório	9	9,8
Outras <sup>a</sup>	4	4,4
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de trabalho</b>		
Hospital Universitário	62	67,4
Outros Setores <sup>b</sup>	30	32,6
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Carga horária (semanais)</b>		
20 h	3	3,3
30 h	50	54,3
40 h	33	35,9
> 40 h	6	6,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Outro vínculo de trabalho</b>		
Sim	48	52,2
Não	44	47,8
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>		
30 h	12	13,0
40 h	29	31,5
> 40 h	51	55,4
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Desvio de função</b>		
Sim	14	15,2
Não	78	84,8
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo que atua na área da saúde</b>		
01 a 05	15	16,3
06 a 10	7	7,6
11 a 15	15	16,3
16 a 20	28	30,4
21 a 30	24	26,1
> 30	3	3,3
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Faz plantão</b>		
Sim	40	43,5
Não	52	56,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Chefia</b>		
Sim	16	17,4
Não	76	82,6
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

<sup>a</sup> Outras categorias profissionais: arteterapeuta ( $n = 1$ ); auxiliar de enfermagem ( $n = 1$ ); cirurgião dentista ( $n = 1$ ); Fisioterapeuta ( $n = 1$ ).

<sup>b</sup> Outros setores: clínica escola, unidades acadêmicas, pró-reitoria.

Ao se analisar os resultados tendo como critério o local de trabalho (Tabela 3), é possível reconhecer que apenas 8,1% dos profissionais que trabalham no hospital têm idade entre 21 e 30 anos, ao passo que entre os profissionais que atuam em outros setores, esta taxa é de 36,7% ( $p = 0,002$ ). Tal diferença parece refletir a redução de concursos públicos para hospitais universitários e a crescente terceirização dos serviços de saúde.

Quanto ao estado civil, embora não tenha sido verificada diferença significativa, identificou-se uma maior porcentagem de casados entre os profissionais que atuam fora do ambiente hospitalar (60%). No que concerne à renda mensal, 62% da amostra que trabalha no hospital ganha  $\geq$  sete salários mínimos; já entre os demais participantes esse percentual é de 46,7%.

**Tabela 3.**

Dados sociodemográficos dos participantes da primeira etapa da pesquisa, de acordo com o local de trabalho ( $N = 92$ )

Local de trabalho	Hospital Universitário		Outros Setores		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	52	83,9	24	80,0	0,646
Masculino	10	16,1	6	20,0	
Total	62	100,0	30	100,0	
<b>Idade (anos)</b>					
18 a 30	5	8,1	11	36,7	0,002*
31 a 50	42	67,7	12	40,0	
$\geq 51$	15	24,2	7	23,3	
Total	62	100,0	30	100,0	
<b>Estado civil</b>					
Casado	31	50,0	18	60,0	0,367
Solteiro	31	50,0	12	40,0	
Total	62	100,0	30	100,0	
<b>Religião</b>					
Com religião	55	88,7	26	86,7	0,777
Sem religião	7	11,3	4	13,3	
Total	62	100,0	30	100,0	
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>					
1 a 6	23	37,1	16	53,3	0,140
$\geq 7$	39	62,9	14	46,7	
Total	62	100,0	30	100,0	

\* $p < 0,05$

Em relação aos dados ocupacionais apresentados na Tabela 4, observa-se que as principais diferenças entre os participantes que trabalham no hospital e os que atuam em outros setores da instituição, referem-se à quantidade de vínculos empregatícios. Assim, 62,9% dos profissionais do hospital informaram ao menos dois vínculos de trabalho ( $p=0,003$ ). A maioria dos profissionais dos outros setores trabalha 40h semanais (60%); já entre aqueles que atuam no hospital, essa porcentagem é de 17,7% ( $p<0,001$ ). É preciso destacar também que mais da metade dos profissionais do hospital tem uma carga horária semanal superior a 40h ( $n=40$ ; 64,5%) e atua por mais tempo na área da saúde. Apenas 6,5% desses profissionais trabalha em saúde há menos de cinco anos e 62,9% exerce em regime de plantão. Já entre os participantes dos outros setores, 36,6% ( $p=0,003$ ) trabalham em saúde há no máximo cinco anos e apenas 3,3% fazem plantão ( $p<0,001$ ).

**Tabela 4.**

Dados ocupacionais dos participantes da primeira etapa da pesquisa de acordo com o local de trabalho ( $N=92$ )

Local de trabalho	Hospital Universitário		Outros Setores		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Outro vínculo de trabalho					
Sim	39	62,9	9	30,0	
Não	23	37,1	21	70,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,003*
Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)					
30 h	11	17,7	1	3,3	
40 h	11	17,7	18	60,0	
> 40 h	40	64,5	11	36,7	
Total	62	100,0	30	100,0	<0,001*
Desvio de função					
Sim	8	12,9	6	20,0	
Não	54	87,1	24	80,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,374
Tempo que atua na área da saúde (anos)					
1 a 5	4	6,5	11	36,7	
6 a 15	18	29,0	4	13,3	
16 a 20	20	32,3	8	26,7	
≥ 21	20	32,3	7	23,3	
Total	62	100,0	30	100,0	0,003*
Faz plantão					
Sim	39	62,9	1	3,3	
Não	23	37,1	29	96,7	
Total	62	100,0	30	100,0	<0,001*
Chefia					
Sim	13	21,0	3	10,0	
Não	49	79,0	27	90,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,193

\* $p<0,05$

Na Tabela 5, verifica-se que a subamostra de participantes do hospital universitário foi composta majoritariamente por técnicos de enfermagem (40,3%), enfermeiros (29%) e assistentes sociais (6,5%). Já entre os profissionais que atuam em outros setores predominaram: técnicos de laboratório (30%), enfermeiros (20%), assistentes sociais (10%) e farmacêuticos (10%). Estes dados reafirmam a hegemonia dos profissionais da enfermagem no contexto da saúde, que totalizam mais da metade dos profissionais que atuam no ambiente hospitalar. Tendo em vista a natureza do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem, há um grande número de pesquisadores que se dedicam a estudar essa população (Bashir, 2013; Belancieri et al., 2010; Mark & Smith, 2011; Mealer et al., 2012; Montanholi, Tavares, & Oliveira, 2006; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, & Fracoli, 2008; Tamayo, 2009; Stacciarini & Tróccoli, 2001).

**Tabela 5.**

Distribuição das categorias profissionais a partir do local de trabalho (N=92)

Local de trabalho	Hospital Universitário		Outros Setores	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Categoria profissional				
Arteterapeuta	0	0,0	1	3,3
Assistente Social	4	6,5	3	10,0
Auxiliar de enfermagem	1	1,6	0	0,0
Biomédico	3	4,8	2	6,7
Cirurgião dentista	0	0,0	1	3,3
Enfermeiro	18	29,0	6	20,0
Farmacêutico	1	1,6	3	10,0
Fisioterapeuta	1	1,6	0	0,0
Fonoaudiólogo	2	3,2	0	0,0
Médico	3	4,8	2	6,7
Nutricionista	3	4,8	1	3,3
Psicólogo	1	1,6	2	6,7
Técnico de enfermagem	25	40,3	0	0,0
Técnico de laboratório	0	0,0	9	30,0
Total	62	100,0	30	100,0

É preciso esclarecer que ao serem questionados sobre os pontos positivos e negativos que identificavam em seu trabalho, apenas 72 participantes (72,3%) responderam à questão. Os fatores positivos mais citados pelos profissionais (Tabela 6) foram: equipe de trabalho (17,7%) e fazer o que gosta (12,5%). Ao apontar a equipe como um fator positivo, fica evidente a importância do grupo de trabalho para a satisfação do profissional e o desenvolvimento de uma percepção da atividade laboral como mais prazerosa. Conforme já amplamente discutido pela literatura especializada, tais perspectivas podem diminuir o impacto dos agentes estressores existentes no contexto de trabalho.

O trabalho em equipe possibilita compartilhar informações e responsabilidades, além de favorecer uma atuação baseada no planejamento de ações conjuntas que reduzem incertezas e equívocos (Queiroz & Araujo, 2009). Ademais, constitui um dos principais motivadores no ambiente de trabalho – frequentemente associado a elevados índices de satisfação (Theme Filha et al., 2013; Rodrigues & Campos, 2010) –, caracterizando-se como um importante fator de proteção para os profissionais de saúde.

**Tabela 6.**

Aspectos positivos do trabalho identificados pelos profissionais de saúde na primeira etapa da pesquisa ( $N=72$ )

Variável	<i>n</i>	%
Equipe	17	17,7
Fazer o que gosta	12	12,5
Possibilidade de capacitação	9	9,4
Ajudar às pessoas/ser útil	8	8,4
Remuneração	7	7,3
Ambiente agradável	6	6,2
Autonomia	6	6,2
Flexibilidade de horário	5	5,2
Reconhecimento	4	4,2
Equipamentos modernos	4	4,2
Chefia acessível	4	4,2
Ser concursado/estabilidade	3	3,1
Conviver com pessoas	3	3,1
Convivência com alunos	3	3,1
Total	96	100

Os principais aspectos negativos reconhecidos pelos respondentes (Tabela 7) relacionaram-se às questões institucionais, sendo frequentemente citados: equipe restrita (15,6%), espaço físico (11,5%) e falta de materiais (11,5%). Fatores organizacionais são, frequentemente, apontados como causas da elevação do estresse (Borges et al., 2002; Moustaka & Constantinidis, 2010). A discrepância entre o que a instituição oferece e as necessidades do profissional para exercer sua função, aumenta o sentimento de impotência e a angústia desse trabalhador, deixando-o mais vulnerável aos efeitos nocivos do estresse (Borges et al., 2002; Guido et al., 2011; Silva & Gomes 2009). A escassez de profissionais resulta em sobrecarga dos trabalhadores, deixando-os mais expostos a sofrerem os impactos causados pela exposição aos agentes estressores, notadamente na área de saúde (Torres et al., 2011). Neste cenário, é interessante ressaltar que o suporte organizacional abrange às percepções do trabalhador acerca da qualidade do ‘tratamento’ que recebe da organização

em retribuição ao esforço dedicado à realização do trabalho. Tais percepções têm como base a frequência, intensidade e sinceridade das manifestações organizacionais de aprovação, elogio, retribuição material e social. Assim, uma percepção negativa do suporte organizacional pode diminuir o envolvimento afetivo do trabalhador com a instituição, assim como desestimular o esforço do profissional para atingir os objetivos organizacionais (Oliveira-Castro, Pilati, & Borges-Andrade, 1999).

**Tabela 7.**

Aspectos negativos do trabalho identificados pelos profissionais na primeira etapa da pesquisa (N=72)

Variável	<i>n</i>	%
Equipe restrita/recursos humanos	19	15,6
Espaço físico	14	11,5
Falta de material	14	11,5
Estresse	8	6,6
Sobrecarga de trabalho	7	5,7
Cobrança	7	5,7
Comunicação precária	7	5,7
Falta de reconhecimento/motivação	6	5
Rotina	5	4,1
Conflitos interpessoais	5	4,1
Descaso (paciente/equipe e instituição)	4	3,3
Burocracia/baixa resolutividade	4	3,3
Chefia imediata	2	1,6
Carga horária	2	1,6
Exposição ao risco	2	1,6
Baixo salário	2	1,6
Outros <sup>a</sup>	14	11,5
Total	122	100

<sup>a</sup> Outros: correspondem aos fatores que foram citados apenas uma vez, exemplos: ser médico; ganância, desvalorização da categoria; diferença no tratamento entre técnicos administrativos e docentes, entre outros.

#### 4.1.2 Job Stress Scale

A *Job Stress Scale* foi respondida por 86 participantes, correspondendo a 93,5% da amostra que iniciou o *survey*. A Tabela 8 apresenta os escores extraídos por meio da aplicação deste instrumento. No fator ‘demandas psicológicas’, os resultados variaram de 8 a 20 ( $M = 15,31$ ;  $DP = 2,27$ ), e, para o fator ‘controle’, os escores obtidos localizaram-se entre 12 e 24 ( $M = 18,05$ ;  $DP = 2,49$ ). Os escores relativos ao ‘apoio social’ variaram entre 9 e 24 ( $M = 18,24$ ;  $DP = 3,16$ ).

**Tabela 8.**

Média e desvio padrão dos fatores avaliados pela *Job Stress Scale* ( $N = 86$ )

Fator	$M^*$	$DP^{**}$	Min	Max
Demanda	15,31	2,72	8	20
Controle	18,05	2,49	12	24
Apoio Social	18,24	3,16	9	24

\*Média

\*\*Desvio Padrão

A análise das respostas dadas à *Job Stress Scale* indica que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde (Tabela 9), caracteriza-se por altas demandas psicológicas (61,6%), maior controle (59,3%) e apoio social intermediário (47,7%), segundo a percepção comunicada pelos respondentes.

**Tabela 9.**

Valores absolutos e frequências dos fatores investigados pela *Job Stress Scale* ( $N = 86$ )

Fator	$n$	%
Demandas psicológicas		
Alta	53	61,6
Menor	33	38,4
Total	86	100,0
Controle		
Maior	51	59,3
Menor	35	40,7
Total	86	100,0
Apoio social		
Maior	15	17,4
Intermediário	41	47,7
Menor	30	34,9
Total	86	100,0

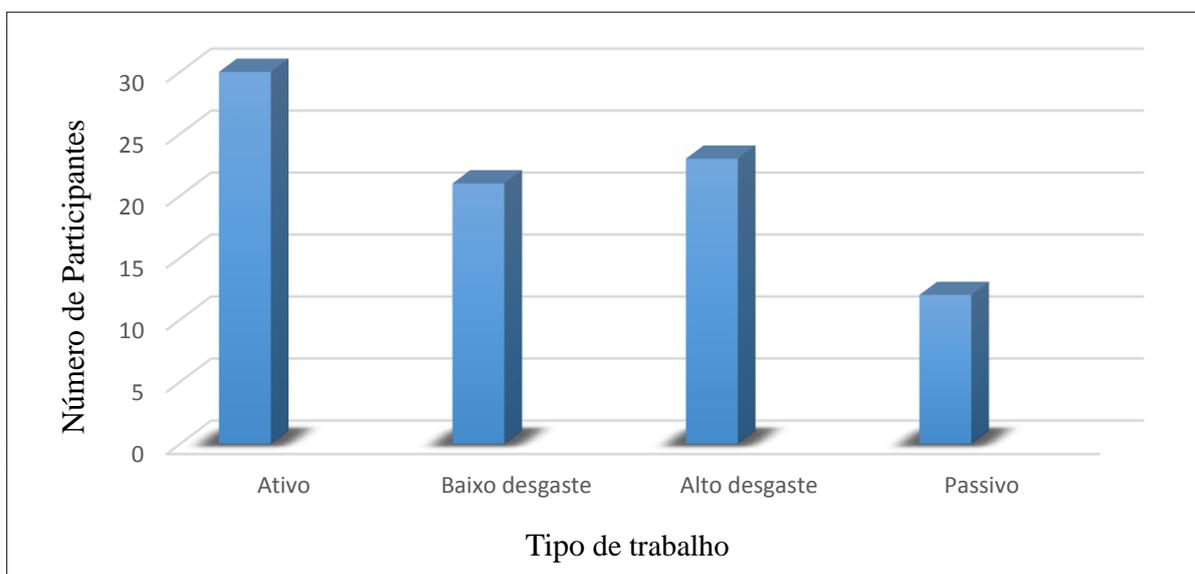
Ao se relacionar os resultados encontrados nos fatores ‘demandas psicológicas’ e ‘controle’ – conforme propõe o modelo desenvolvido por Karasek –, observa-se que 34,9% ( $n = 30$ ) dos participantes exercem um trabalho ativo, caracterizado por desafios que estimulam o crescimento e o aprendizado do profissional (Figura 3). Cabe retomar que o trabalho ativo caracteriza-se por trazer benefícios psicológicos aos trabalhadores (Alves, 2004; Karasek, 1979; Urbaneto et al., 2011).

Mas, é necessário ponderar que a outra modalidade de trabalho que prevaleceu nessa amostra foi o de alto desgaste ( $n = 23$ ; 26,7%), que reúne as condições mais prejudiciais à saúde física psicológica dos trabalhadores.

Também se constatou que alguns profissionais percebem seu trabalho como de baixo desgaste ( $n = 21$ ; 24,4%). Ou seja, aquele em que se associam baixa demanda e alto controle, possibilitando maior relaxamento na condução das tarefas.

Em menor proporção, identificou-se trabalho passivo ( $n = 12$ ; 14%), considerado pouco motivador para o desenvolvimento do profissional.

Ao se efetuar a soma dos resultados, para fins de comparação (Figura 3), verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde ( $n = 51$ ; 59,3%) desempenha um trabalho ativo ou de baixo desgaste. De acordo com o modelo demanda-controle, essa modalidade de trabalho comporta menor risco de adoecimento (Araújo, Graça, & Araújo, 2003; Theme Filha et al., 2013; Karasek, 1979; Urbaneto et al., 2011).



**Figura 3.** Classificação do trabalho, segundo o modelo proposto por Karasek.

O fator ‘demandas psicológicas’ (Tabela 10) não apresentou diferenças estatísticas significativas entre as variáveis: sexo, idade, estado civil, religião, renda mensal, outro vínculo de trabalho, carga horária, total de horas trabalhadas, desvio de função, tempo de atuação na área saúde e ocupar cargo de chefia. No entanto, ao se comparar este fator com o regime de plantão, constatou-se diferença altamente significativa, na qual 60,4% ( $p < 0,001$ ) dos profissionais que estão nesta

condição lidam com altas demandas psicológicas. A jornada de plantão expõe o profissional a consecutivas horas de trabalho, aumentando à exposição aos agentes estressores, além de subtrair as possibilidades de realizar ações que diminuem o impacto estresse ocupacional, como: atividades de lazer, o convívio social e o autocuidado (Costa et al., 2009; García & Calvo, 2011; Rosen et al., 2006; Ribeiro, R., 2012; Santos, F. et al., 2010; Santos & Cardoso, 2010; Silva, A., 2010; Shanafelt et al., 2002).

**Tabela 10.**

Comparação entre fator ‘demandas psicológicas’ da *Job Stress Scale* e variáveis sociodemográficas e ocupacionais ( $N = 86$ )

Demandas psicológicas	Alta		Baixa		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	44	83,0	27	81,8	
Masculino	9	17,0	6	18,2	
Total	53	100,0	33	100,0	0,887
<b>Idade (anos)</b>					
18 a 30	9	17,0	7	21,2	
31 a 50	35	66,0	14	42,4	
≥ 51	9	17,0	12	36,4	
Total	53	100,0	33	100,0	0,070
<b>Estado civil</b>					
Casado	30	56,6	17	51,5	
Solteiro	23	43,4	16	48,5	
Total	53	100,0	33	100,0	0,645
<b>Religião</b>					
Com religião	46	86,8	30	90,9	
Sem religião	7	13,2	3	9,1	
Total	53	100,0	33	100,0	0,562
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>					
1 a 6	22	41,5	12	36,4	
≥ 7	31	58,5	21	63,6	
Total	53	100,0	33	100,0	0,635
<b>Outro vínculo de trabalho</b>					
Sim	30	56,6	15	45,5	
Não	23	43,4	18	54,5	
Total	53	100,0	33	100,0	0,314
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>					
30 h	6	11,3	5	15,2	
40 h	13	24,5	13	39,4	
> 40 h	34	64,2	15	45,5	
Total	53	100,0	33	100,0	0,227
<b>Desvio de função</b>					
Sim	8	15,1	5	15,2	
Não	45	84,9	28	84,8	
Total	53	100,0	33	100,0	0,994
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>					
1 a 5	8	15,1	6	18,2	
6 a 15	18	34,0	4	12,1	
16 a 20	13	24,5	11	33,3	
≥ 21	14	26,4	12	36,4	
Total	53	100,0	33	100,0	0,162
<b>Faz plantão</b>					
Sim	32	60,4	7	21,2	
Não	21	39,6	26	78,8	
Total	53	100,0	33	100,0	<0,001*
<b>Chefia</b>					
Sim	10	18,9	5	15,2	
Não	43	81,1	28	84,8	
Total	53	100,0	33	100,0	0,659

\* $p < 0,05$

A comparação dos escores obtidos no fator 'controle' com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais (Tabela 11) confirmou que os profissionais que ocupam cargo de chefia possuem alto controle sobre o trabalho, maior autonomia e poder de decisão. O maior controle das atividades é um fator que ameniza o impacto das demandas psicológicas, diminuindo o impacto dos agentes estressores. Sendo assim, ao se identificar que a chefia possui um maior controle sobre o seu trabalho, presume-se que, ao menos neste segmento, existiria menos suscetibilidade aos efeitos do estresse. Tal constatação difere do estudo conduzido por Guido et al., (2011), em que os autores concluíram que enfermeiros em funções gerenciais possuem maior probabilidade de desenvolver sintomas de estresse. Na opinião de Sanches, Christovam e Silvino (2006), no âmbito de saúde, as chefias são responsáveis por agilizar os serviços e qualificar a assistência prestada, sendo possível atribuir aos profissionais que desempenham função de coordenação um maior controle sobre o trabalho realizado.

Menor controle sobre o trabalho ( $p=0,024$ ) foi constatado em 60% dos profissionais que trabalham em jornada de plantão. Este resultado corrobora a literatura, que relaciona o contato direto com pacientes por um período superior a seis horas como fator que interfere na autonomia para execução do trabalho, além de diminuir a satisfação no exercício das atividades (Codo, 2010; Costa et al., 2009; Santos & Cardoso, 2010; Sessa et al., 2008, Straub, 2014). Assim, os profissionais que trabalham em regime de plantão apresentam altas demandas psicológicas e menor controle, reforçando a vulnerabilidade desse grupo ao desenvolvimento de sintomas decorrentes do estresse ocupacional.

**Tabela 11.**

Comparação entre fator 'controle' da *Job Stress Scale* e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais ( $N = 86$ )

Controle	Maior		Menor		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sexo					
Feminino	42	82,4	29	82,9	
Masculino	9	17,6	6	17,1	
Total	51	100,0	35	100,0	0,952
Idade (anos)					
18 a 30	9	17,6	7	20,0	
31 a 50	28	54,9	21	60,0	
≥ 51	14	27,5	7	20,0	
Total	51	100,0	35	100,0	0,730
Estado civil					
Casado	31	60,8	16	45,7	
Solteiro	20	39,2	19	54,3	
Total	51	100,0	35	100,0	0,168
Religião					
Com religião	45	88,2	31	88,6	
Sem religião	6	11,8	4	11,4	
Total	51	100,0	35	100,0	0,962
Renda mensal (salário mínimo)					
1 a 6	17	33,3	17	48,6	
≥ 7	34	66,7	18	51,4	
Total	51	100,0	35	100,0	0,156
Outro vínculo de trabalho					
Sim	25	49,0	20	57,1	
Não	26	51,0	15	42,9	
Total	51	100,0	35	100,0	0,459
Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)					
30 h	6	11,8	5	14,3	
40 h	17	33,3	9	25,7	
> 40 h	28	54,9	21	60,0	
Total	51	100,0	35	100,0	0,742
Desvio de função					
Sim	6	11,8	7	20,0	
Não	45	88,2	28	80,0	
Total	51	100,0	35	100,0	0,295
Tempo que atua na área da saúde (anos)					
1 a 5	9	17,6	5	14,3	
6 a 15	14	27,5	8	22,9	
16 a 20	11	21,6	13	37,1	
≥ 21	17	33,3	9	25,7	
Total	51	100,0	35	100,0	0,472
Faz plantão					
Sim	18	35,3	21	60,0	
Não	33	64,7	14	40,0	
Total	51	100,0	35	100,0	0,024*
Chefia					
Sim	13	25,5	2	5,7	
Não	38	74,5	33	94,3	
Total	51	100,0	35	100,0	0,018*

\* $p < 0,05$

Ao se examinar o fator ‘apoio social’ (Tabela 12), notou-se que 56,7% dos profissionais que obtiveram menor escore trabalham em regime de plantão. A literatura sustenta que o trabalho em regime de plantão limita a interação social, resulta em privação do sono, maior exposição às cargas de trabalho e conflitos institucionais, além de interferir negativamente no convívio familiar, atividades de lazer e autocuidado (Santos, C. et al., 2010). Desse modo, o trabalho em regime de plantão constitui um importante fator de risco na atuação do profissional de saúde. Os altos níveis de estresse associados a consecutivas horas de trabalho podem gerar depressão, diminuição da empatia e aumento da síndrome de *burnout* (Moustaka & Constantinidis, 2010; Rosen et al., 2006; Santos, C. et al., 2010; Santos & Cardoso, 2010).

**Tabela 12.**

Comparação do fator 'apoio social' da *Job Stress Scale* e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais ( $N = 86$ )

Apoio social	Maior		Intermediário		Menor		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	12	80,0	34	82,9	25	83,3	
Masculino	3	20,0	7	17,1	5	16,7	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,959
<b>Idade (anos)</b>							
18 a 30	5	33,3	6	14,6	5	16,7	
31 a 50	6	40,0	25	61,0	18	60,0	
≥ 51	4	26,7	10	24,4	7	23,3	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,537
<b>Estado civil</b>							
Casado	6	40,0	26	63,4	15	50,0	
Solteiro	9	60,0	15	36,6	15	50,0	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,243
<b>Religião</b>							
Com religião	12	80,0	36	87,8	28	93,3	
Sem religião	3	20,0	5	12,2	2	6,7	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,416
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	6	40,0	18	43,9	10	33,3	
≥ 7	9	60,0	23	56,1	20	66,7	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,667
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	6	40,0	21	51,2	18	60,0	
Não	9	60,0	20	48,8	12	40,0	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,440
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	3	20,0	7	17,1	1	3,3	
40 h	5	33,3	11	26,8	10	33,3	
> 40 h	7	46,7	23	56,1	19	63,3	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,393
<b>Desvio de função</b>							
Sim	2	13,3	5	12,2	6	20,0	
Não	13	86,7	36	87,8	24	80,0	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,648
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	5	33,3	6	14,6	3	10,0	
6 a 15	1	6,7	12	29,3	9	30,0	
16 a 20	3	20,0	12	29,3	9	30,0	
≥ 21	6	40,0	11	26,8	9	30,0	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,315
<b>Faz plantão</b>							
Sim	2	13,3	20	48,8	17	56,7	
Não	13	86,7	21	51,2	13	43,3	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,019*
<b>Chefia</b>							
Sim	3	20,0	9	22,0	3	10,0	
Não	12	80,0	32	78,0	27	90,0	
Total	15	100,0	41	100,0	30	100,0	0,406

\* $p < 0,05$

Relacionando-se as variáveis sociodemográficas e ocupacionais com as modalidades de trabalho (Tabela 13), não se identificaram diferenças significativas, exceto na subamostra dos profissionais que fazem plantão, os quais totalizaram 78,3% ( $n=18$ ) daqueles cujo trabalho foi caracterizado por alto desgaste emocional ( $p<0,001$ ). Tal como já mencionado nesta Dissertação, intenso desgaste emocional acarreta adoecimento físico e psicológico do profissional e frequentemente está associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e da síndrome de *burnout* (Alves, 2004; Boehem & Kubzansky, 2012; Siegrist, 1996; Szejfman, 2010).

**Tabela 13.**

Comparação das modalidades de trabalho e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais (N=86)

Trabalho	Ativo		Passivo		Alto desgaste		Baixo desgaste		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>										
Feminino	24	80,0	9	75,0	20	87,0	18	85,7		
Masculino	6	20,0	3	25,0	3	13,0	3	14,3		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,785
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 30	5	16,7	3	25,0	4	17,4	4	19,0		
31 a 50	19	63,3	5	41,7	16	69,6	9	42,9		
≥ 51	6	20,0	4	33,3	3	13,0	8	38,1		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,436
<b>Estado civil</b>										
Casado	20	66,7	6	50,0	10	43,5	11	52,4		
Solteiro	10	33,3	6	50,0	13	56,5	10	47,6		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,383
<b>Religião</b>										
Com religião	25	83,3	10	83,3	21	91,3	20	95,2		
Sem religião	5	16,7	2	16,7	2	8,7	1	4,8		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,533
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>										
1 a 6	12	40,0	7	58,3	10	43,5	5	23,8		
≥ 7	18	60,0	5	41,7	13	56,5	16	76,2		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,251
<b>Outro vínculo de trabalho</b>										
Sim	15	50,0	5	41,7	15	65,2	10	47,6		
Não	15	50,0	7	58,3	8	34,8	11	52,4		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,507
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>										
30 h	3	10,0	2	16,7	3	13,0	3	14,3		
40 h	9	30,0	5	41,7	4	17,4	8	38,1		
> 40 h	18	60,0	5	41,7	16	69,6	10	47,6		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,667
<b>Desvio de função</b>										
Sim	4	13,3	3	25,0	4	17,4	2	9,5		
Não	26	86,7	9	75,0	19	82,6	19	90,5		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,661
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>										
1 a 5	5	16,7	2	16,7	3	13,0	4	19,0		
6 a 15	11	36,7	1	8,3	7	30,4	3	14,3		
16 a 20	4	13,3	4	33,3	9	39,1	7	33,3		
≥ 21	10	33,3	5	41,7	4	17,4	7	33,3		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,354
<b>Faz plantão</b>										
Sim	14	46,7	3	25,0	18	78,3	4	19,0		
Não	16	53,3	9	75,0	5	21,7	17	81,0		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		<0,001*
<b>Chefia</b>										
Sim	9	30,0	1	8,3	1	4,3	4	19,0		
Não	21	70,0	11	91,7	22	95,7	17	81,0		
Total	30	100,0	12	100,0	23	100,0	21	100,0		0,080

\*p&lt;0,05

Também no que se refere à modalidade de trabalho experienciada, observa-se que, nas categorias fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e médico, predomina o trabalho ativo (Tabela 14). Essa constatação revela que mesmo submetidos a altas demandas psicológicas, estes trabalhadores podem sofrer menos efeitos negativos do estresse ocupacional, em razão do maior controle exercido sobre sua atividade laboral. Resultado semelhante foi destacado por Rincón e Guarino (2008).

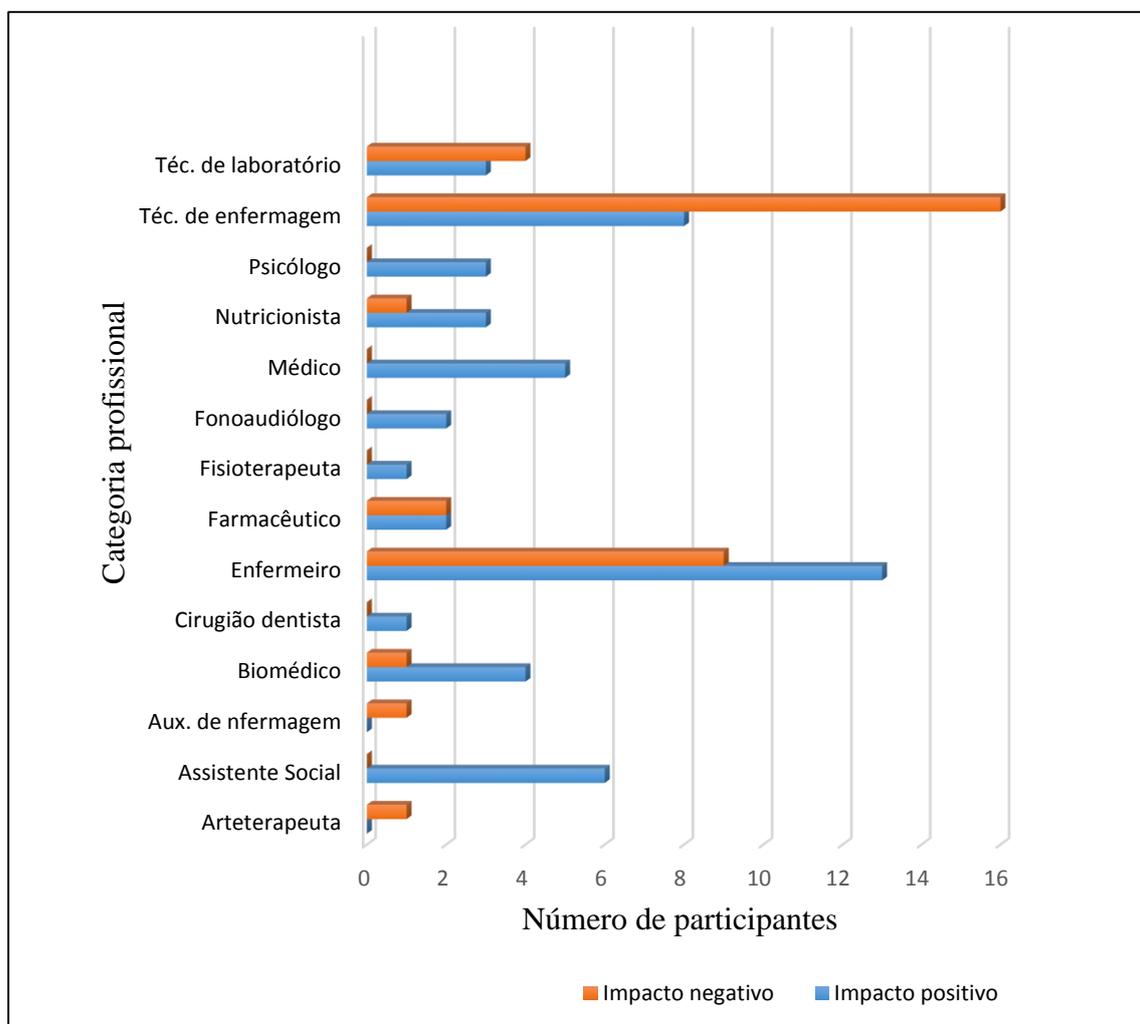
**Tabela 14.**

Classificação da modalidade de trabalho de acordo com a categoria profissional ( $N = 86$ )

Trabalho	Ativo		Passivo		Alto desgaste		Baixo desgaste	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Categoria Profissional								
Arteterapeuta	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Assistente Social	2	6,7	0	0,0	0	0,0	4	19,0
Aux.de enfermagem	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0
Biomédico	1	3,3	0	0,0	1	4,3	3	14,3
Cirurgião dentista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Enfermeiro	7	23,3	1	8,3	8	34,8	6	28,6
Farmacêutico	2	6,7	2	16,7	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fonoaudiólogo	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Médico	4	13,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Nutricionista	0	0,0	1	8,3	0	0,0	3	14,3
Psicólogo	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Téc. de enfermagem	6	20,0	4	33,3	12	52,2	2	9,5
Téc. de laboratório	2	6,7	3	25,0	1	4,3	1	4,8
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Uma análise comparativa dos impactos positivos e negativos para a saúde do trabalhador (Figura 4), de acordo com a categoria profissional, mostrou que os trabalhadores que possuem maior controle na realização de suas tarefas, vivenciam um trabalho mais saudável, apesar das altas demandas psicológicas presentes em sua rotina. As categorias mais vulneráveis ao adoecimento foram constituídas por técnicos de enfermagem ( $n=16$ ) e técnicos de laboratório ( $n=4$ ), que corresponderam, respectivamente, a 45,7% e 11,4% daqueles com maior risco para desenvolver doenças relacionadas ao estresse ocupacional. Os técnicos de enfermagem apresentaram os maiores índices de alto desgaste e trabalho passivo, fatores que caracterizam uma ocupação potencialmente

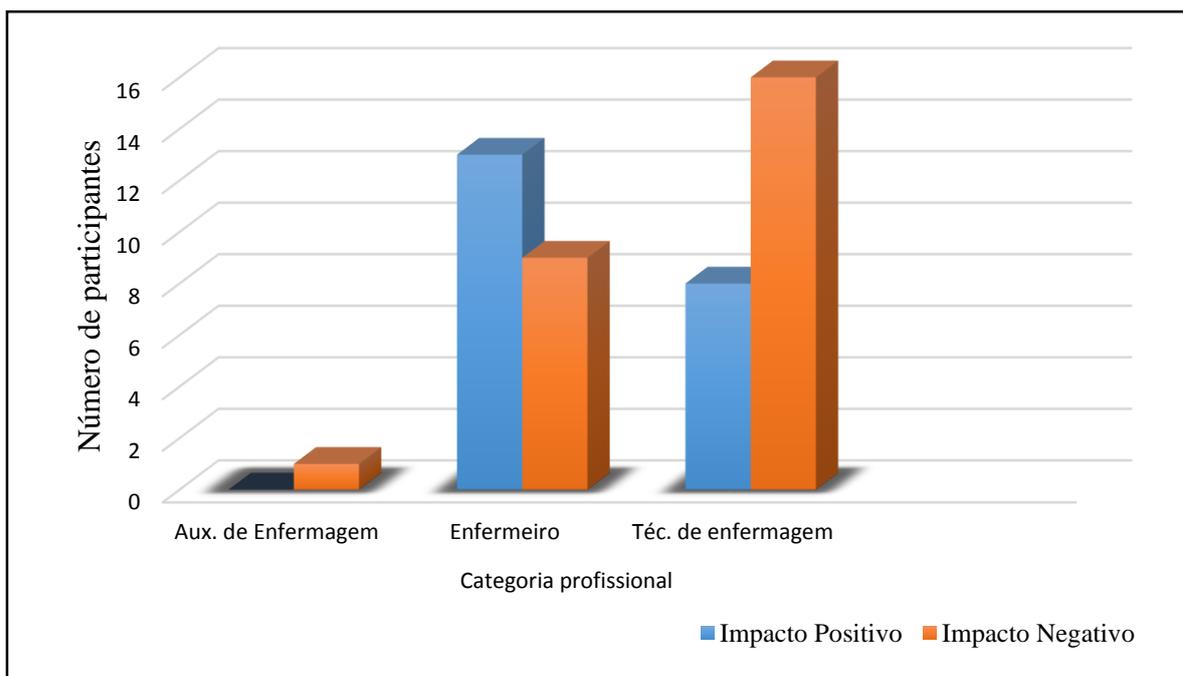
prejudicial à saúde. Vale insistir que os efeitos do estresse ocupacional extrapolam o ambiente de trabalho, prejudicam a vida social e familiar do profissional, além de deixá-lo mais suscetível às patologias decorrentes da atividade laboral (Alves et al., 2004; Guido et al., 2011; Siegrist, 1996).



**Figura 4.** Natureza do impacto do trabalho na saúde de acordo com a categoria profissional.

Um exame específico dos profissionais de enfermagem (Figura 5) denota que a maioria dos enfermeiros ( $n=13$ ; 59,1%) desempenha um trabalho que tem um impacto positivo em sua saúde, estimulando o aprendizado e o envolvimento saudável com o trabalho. Contudo, o mesmo não parece acontecer entre os técnicos de enfermagem, pois 66,7% ( $n=16$ ) mostraram-se vulneráveis aos efeitos negativos do estresse ocupacional. Vários estudos têm alertado sobre a exposição dos profissionais de enfermagem ao estresse ocupacional (Bashir, 2013; Theme Filha et al., 2013; Guido et al., 2011; Moustaka & Constantinidis, 2010; Paris & Omar, 2008; Riquez, Garcia, & Tebar, 2012; Sessa et al., 2008; Silva & Gomes, 2009). Os dados registrados na presente pesquisa corroboram o estudo de Theme Filha et al., (2013), no qual 70% de profissionais de enfermagem foram classificados como trabalhadores passivos ou com alto desgaste.

Muitos pesquisadores estimam que quanto maior o nível de escolaridade, maior a autonomia do profissional sobre o trabalho realizado. Desse modo, o nível educacional costuma ser considerado um fator de proteção (Mota et al., 2006; Santos & Cardoso, 2010). Mas, na investigação aqui relatada, verificou-se que o nível de educacional não é por si só um fator de proteção, pois ainda que 64% dos técnicos de enfermagem tenham no mínimo concluído o ensino superior (28% graduação, 32% especialização e 4% mestrado), a atividade que desenvolvem é compatível com o nível técnico. Isso limita a autonomia desses profissionais e se reflete na saúde ocupacional da categoria.



**Figura 5.** Impacto do trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem.

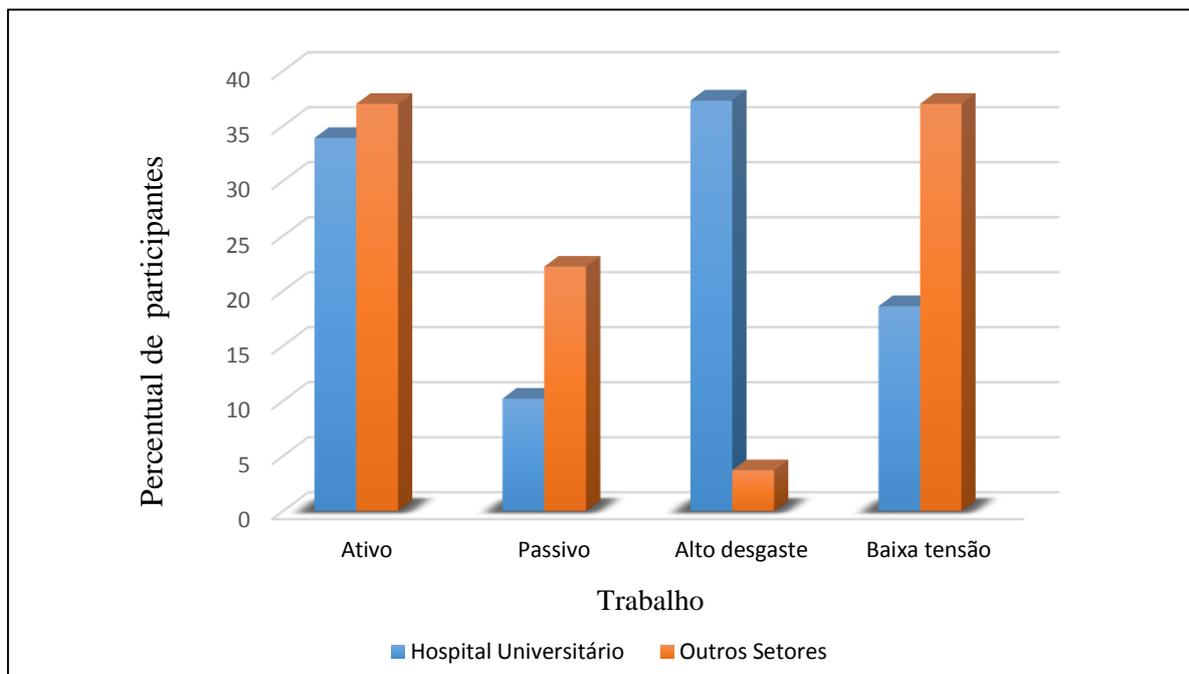
Os locais de trabalho estão fortemente vinculados à qualidade e à satisfação que trabalhadores experimentam em suas atividades. Uma análise das respostas ao instrumento à partir desse critério (Tabela 15) aponta que 71,2% dos profissionais do ambiente hospitalar e 40,7% dos demais profissionais ( $p=0,007$ ) estão expostos a altas demandas psicológicas. Tal como salientado em outros trechos desta Dissertação, o ambiente hospitalar comporta mais fatores de risco para o adoecimento de seus profissionais (Borges et al., 2002; Oginska-Bulik, 2006; Mealer et al., 2012; Ribeiro, R., et al., 2012).

**Tabela 15.**Análise dos fatores da *Job Stress Scale* de acordo com o local de trabalho ( $N = 86$ )

Local de trabalho	Hospital Universitário		Outros Setores		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Demanda					
Alta	42	71,2	11	40,7	
Baixa	17	28,8	16	59,3	
Total	59	100,0	27	100,0	0,007*
Controle					
Maior	31	52,5	20	74,1	
Menor	28	47,5	7	25,9	
Total	59	100,0	27	100,0	0,059
Apoio social					
Maior	9	15,3	6	22,2	
Intermediário	29	49,2	12	44,4	
Menor	21	35,6	9	33,3	
Total	59	100,0	27	100,0	0,073

\* $p < 0,05$ 

As diferenças encontradas entre locais de trabalho podem repercutir nas vivências laborais (Figura 6). Entre os que atuam no ambiente hospitalar, 37,3% ( $n=22$ ) indicaram que estão expostos a um trabalho de alto desgaste, seguidos por 33,9% ( $n=20$ ) que têm um trabalho ativo, 18,6% ( $n=11$ ) que exercem um trabalho de baixo desgaste e 10,2% ( $n=6$ ) um trabalho passivo. Pouco mais da metade dos profissionais que atuam no contexto hospitalar ( $n= 31, 52,5\%$ ) possui um trabalho que contribui para o crescimento pessoal e profissional. Entretanto, 47,5% ( $n=28$ ) constituem um grupo de alto risco ao desenvolvimento de patologias relacionadas ao estresse ocupacional. Já entre os profissionais que atuam nos outros setores da instituição, 25,9% ( $n=7$ ) estão sujeitos a sofrer os efeitos causados pela exposição ao estresse ocupacional. Os resultados obtidos convergem com a literatura já publicada sobre o assunto (Mealer et al., 2012; Moustaka, & Constantinidis, 2010; Pereira, 2007; Silva, D., et al., 2008; Silva, 2010; Shanafelt et al., 2002; Tamayo, 2009).



**Figura 6.** Comparação do tipo de trabalho de acordo com o local de trabalho.

#### 4.1.3 Inventário de Resiliência

O Inventário de Resiliência foi respondido por 87 profissionais de saúde, correspondendo a 94,6% dos participantes que iniciaram o preenchimento do *survey*. Os escores obtidos em cada fator do Inventário de Resiliência estão descritos na Tabela 16. A pontuação obtida no Inventário de Resiliência variou entre: 11 e 40 ( $M=30,49$ ;  $DP= 5,15$ ) no fator ‘tenacidade e inovação’; três e 15 ( $M=10,09$ ;  $DP= 2,43$ ) no fator ‘sensibilidade emocional’; sete e 18 ( $M=12,62$ ;  $DP= 2,53$ ) no fator ‘assertividade’, quatro e 15 ( $M=9,86$ ;  $DP= 2,15$ ) no fator ‘empatia’, cinco e 20 ( $M=14,93$ ;  $DP= 2,59$ ) no fator ‘satisfação no trabalho’ e três e 10 no fator ‘competência emocional’ ( $M=6,69$ ;  $DP= 1,72$ ).

**Tabela 16.**

Média e desvio padrão obtidos nos fatores do Inventário de Resiliência ( $N=87$ )

Fator	$M^*$	$DP^{**}$	Min	Max
Tenacidade e Inovação	30,49	5,15	11	40
Sensibilidade Emocional	10,09	2,43	3	15
Assertividade	12,62	2,53	7	18
Empatia	9,86	2,15	4	15
Satisfação no Trabalho	14,93	2,59	5	20
Competência Emocional	6,69	1,72	3	10

\*Média

\*\*Desvio Padrão

O Inventário de Resiliência mostrou que os fatores com maior número de participantes acima e dentro da média foram: ‘satisfação no trabalho’ ( $n = 85$ ; 97,7%), ‘competência emocional’ ( $n = 68$ ; 78,2%), ‘empatia’ ( $n = 65$ ; 74,7%) e ‘tenacidade e inovação’ ( $n = 65$ ; 74,7%). O fator que apresentou menor número de participantes com indicativos de maior resiliência foi ‘assertividade’ ( $n = 53$ ; 60,9%). Chama a atenção que mais da metade da amostra pesquisada obteve indicativos de maior resiliência em todos os fatores (Tabela 17). Isso parece revelar que indicadores de resiliência são relativamente frequentes, mesmo em populações expostas a situações com elevadas fontes de estresse (Bonanno, 2004, 2005).

**Tabela 17.**

Escores obtidos nos fatores investigados no Inventário de Resiliência ( $N=87$ )

Fatores	Acima da média		Média		Abaixo da média		Resilientes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Tenacidade e inovação	19	21	46	52,9	22	25,3	65	74,7
Sensibilidade emocional	10	11,5	58	66,7	19	21,8	58	66,7
Assertividade	16	18,4	37	42,5	34	39,1	53	60,9
Empatia	21	24,1	44	50,6	22	25,3	65	74,7
Satisfação no Trabalho	80	92,0	5	5,7	2	2,3	85	97,7
Competência emocional	12	13,8	56	64,4	19	21,8	68	78,2

Em uma análise comparativa do fator ‘tenacidade e inovação’ com os dados sociodemográficos e ocupacionais (Tabela 18), não foram identificadas diferenças significativas entre as variáveis. Neste fator, 74,7% da amostra apresentou indicativos de maior resiliência. Este percentual pode estar relacionado com o predomínio do trabalho ativo e de baixo desgaste (59,3%). O nível de escolaridade dos participantes também pode contribuir para os altos escores alcançados nesse fator, uma vez que elevados níveis de escolaridade tendem a estar associados com índices de maior resiliência no fator ‘tenacidade e inovação’ (Mota et al, 2006).

**Tabela 18.**

Comparação entre fator ‘tenacidade e inovação’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Tenacidade e Inovação	Acima da média		Média		Abaixo da média		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	14	73,7	39	84,8	19	86,4	
Masculino	5	26,3	7	15,2	3	13,6	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,489
<b>Idade (anos)</b>							
18 a 30	5	26,3	7	15,2	4	18,2	
31 a 50	10	52,6	26	56,5	14	63,6	
≥ 51	4	21,1	13	28,3	4	18,2	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,763
<b>Estado civil</b>							
Casado	13	68,4	24	52,2	11	50,0	
Solteiro	6	31,6	22	47,8	11	50,0	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,416
<b>Religião</b>							
Com religião	17	89,5	40	87,0	20	90,9	
Sem religião	2	10,5	6	13,0	2	9,1	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,882
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	6	31,6	19	41,3	10	45,5	
≥ 7	13	68,4	27	58,7	12	54,5	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,649
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	10	52,6	24	52,2	11	50,0	
Não	9	47,4	22	47,8	11	50,0	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,982
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	1	5,3	7	15,2	3	13,6	
40 h	7	36,8	13	28,3	7	31,8	
> 40 h	11	57,9	26	56,5	12	54,5	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,840
<b>Desvio de função</b>							
Sim	2	10,5	7	15,2	4	18,2	
Não	17	89,5	39	84,8	18	81,8	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,788
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	5	26,3	5	10,9	4	18,2	
6 a 15	5	26,3	12	26,1	5	22,7	
16 a 20	5	26,3	11	23,9	9	40,9	
≥ 21	4	21,1	18	39,1	4	18,2	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,368
<b>Faz plantão</b>							
Sim	7	36,8	21	45,7	11	50,0	
Não	12	63,2	25	54,3	11	50,0	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,691
<b>Chefia</b>							
Sim	5	26,3	7	15,2	3	13,6	
Não	14	73,7	39	84,8	19	86,4	
Total	19	100,0	46	100,0	22	100,0	0,489

\**p*<0,05

Notou-se que os participantes com indicadores de maior resiliência no fator ‘sensibilidade emocional’ (Tabela 19) foram, em sua maioria, mulheres casadas com idade entre 31 e 50 anos e que afirmaram seguir alguma religião. É interessante destacar que a sensibilidade emocional é apontada na literatura como uma característica pessoal que pode favorecer um bom desempenho no trabalho, uma vez que possibilita uma relação mais positiva com o paciente (Rincón & Guarino, 2008). Em contraposição, nesse fator, a maior parte dos participantes do sexo masculino apresentaram escores abaixo da média.

Tais evidências confirmam a literatura que admite uma tendência entre as mulheres para expressar níveis mais elevados de sensibilidade emocional do que homens (Rincón & Guarino, 2008).

Os participantes que ocupavam cargo de chefia apresentaram sensibilidade emocional abaixo da média ( $p < 0,029$ ). Vale comentar que este resultado pode sugerir a existência de dificuldades das chefias com os demais profissionais, uma vez que a sensibilidade emocional costuma ser associada à percepção e à compreensão das necessidades do outros, além de possibilitar uma melhor compreensão do ambiente de trabalho (Ayres, Brito, & Feitosa, 1999).

**Tabela 19.**

Comparação entre fator 'sensibilidade emocional' e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Sensibilidade emocional	Acima da média		Média		Abaixo da média		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	10	100,0	52	89,7	10	52,6	
Masculino	0	0,0	6	10,3	9	47,4	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	<0,001*
<b>Idade</b>							
18 a 30	1	10,0	10	17,2	5	26,3	
31 a 50	8	80,0	31	53,4	11	57,9	
≥ 51	1	10,0	17	29,3	3	15,8	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,387
<b>Estado civil</b>							
Casado	2	20,0	34	58,6	12	63,2	
Solteiro	8	80,0	24	41,4	7	36,8	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,056
<b>Religião</b>							
Com religião	9	90,0	52	89,7	16	84,2	
Sem religião	1	10,0	6	10,3	3	15,8	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,802
<b>Renda Mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	6	60,0	21	36,2	8	42,1	
≥ 7	4	40,0	37	63,8	11	57,9	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,360
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	5	50,0	30	51,7	10	52,6	
Não	5	50,0	28	48,3	9	47,4	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,991
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	4	40,0	6	10,3	1	5,3	
40 h	1	10,0	22	37,9	4	21,1	
> 40 h	5	50,0	30	51,7	14	73,7	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,024*
<b>Desvio de função</b>							
Sim	2	20,0	8	13,8	3	15,8	
Não	8	80,0	50	86,2	16	84,2	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,873
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	1	10,0	9	15,5	4	21,1	
6 a 15	2	20,0	13	22,4	7	36,8	
16 a 20	3	30,0	20	34,5	2	10,5	
≥ 21	4	40,0	16	27,6	6	31,6	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,523
<b>Faz Plantão</b>							
Sim	5	50,0	26	44,8	8	42,1	
Não	5	50,0	32	55,2	11	57,9	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,921
<b>Chefia</b>							
Sim	2	20,0	6	10,3	7	36,8	
Não	8	80,0	52	89,7	12	63,2	
Total	10	100,0	58	100,0	19	100,0	0,029*

\* $p < 0,05$

Quanto ao fator 'assertividade' (Tabela 20), 60,9% dos profissionais mostraram escores acima ou dentro da média, o que parece indicar que possuem maior resiliência relacionada a esse fator. Para Cãnon-Montañez e Rodrigues-Acelas (2011), a assertividade aumenta a autoestima e propicia mais confiança e segurança nas decisões e ações, refletindo-se no autoconceito do indivíduo. Tais qualidades refletem-se no ambiente de trabalho, diminuindo o impacto dos estressores e aumentando a eficácia e qualidade do serviço oferecido. Entre aqueles que apresentaram baixa resiliência nesse fator, 70,6 % ( $n=24$ ;  $p=0,039$ ) eram casados. A baixa assertividade desvelada entre os casados pode ser consequência de uma diminuição da rede social em favorecimento das relações entre cônjuges, resultando em redução do repertório de habilidades sociais. Porém, a literatura tende a reconhecer que relacionamentos estáveis proporcionam melhor autoestima, conforto e emoções positivas. Em geral, a estabilidade familiar representa um fator de proteção para as pessoas (Assis, et al., 2006; Snyder & Lopez, 2009).

**Tabela 20.**  
 Comparação entre o fator ‘assertividade’ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Assertividade	Acima da média		Média		Abaixo da média		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	15	93,8	28	75,7	29	85,3	
Masculino	1	6,3	9	24,3	5	14,7	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,246
<b>Idade (anos)</b>							
18 a 30	2	12,5	5	13,5	9	26,5	
31 a 50	9	56,3	22	59,5	19	55,9	
≥ 51	5	31,3	10	27,0	6	17,6	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,543
<b>Estado civil</b>							
Casado	9	56,3	15	40,5	24	70,6	
Solteiro	7	43,8	22	59,5	10	29,4	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,039*
<b>Religião</b>							
Com religião	15	93,8	33	89,2	29	85,3	
Sem religião	1	6,3	4	10,8	5	14,7	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,672
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	7	43,8	12	32,4	16	47,1	
≥ 7	9	56,3	25	67,6	18	52,9	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,432
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	7	43,8	20	54,1	18	52,9	
Não	9	56,3	17	45,9	16	47,1	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,776
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	4	25,0	4	10,8	3	8,8	
40 h	5	31,3	10	27,0	12	35,3	
> 40 h	7	43,8	23	62,2	19	55,9	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,480
<b>Desvio de função</b>							
Sim	3	18,8	6	16,2	4	11,8	
Não	13	81,3	31	83,8	30	88,2	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,779
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	2	12,5	4	10,8	8	23,5	
6 a 15	6	37,5	8	21,6	8	23,5	
16 a 20	5	31,3	9	24,3	11	32,4	
≥ 21	3	18,8	16	43,2	7	20,6	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,284
<b>Faz plantão</b>							
Sim	7	43,8	18	48,6	14	41,2	
Não	9	56,3	19	51,4	20	58,8	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,815
<b>Chefia</b>							
Sim	4	25,0	7	18,9	4	11,8	
Não	12	75,0	30	81,1	30	88,2	
Total	16	100,0	37	100,0	34	100,0	0,481

\* $p < 0,05$

Os resultados obtidos no fator 'empatia' apontaram que os profissionais com maior resiliência tinham entre 31 e 50 anos, eram casados, tinham religião e renda mensal superior a sete salários mínimos. É possível notar, na Tabela 21, que entre aqueles que estão acima da média nesse fator, 66,7% trabalhavam em regime de plantão. Esse resultado diverge daquele divulgado no estudo de Rosen, et al. (2006), em que os autores observaram que longas jornadas de trabalho costumam diminuir a empatia. Mas, Belancieri, et al. (2010), em uma investigação com 229 profissionais de enfermagem, estimaram que 66,8% dos profissionais eram capazes de se colocarem no lugar do outro, além de perceber indícios não verbais na interação com pacientes.

**Tabela 21.**

Comparação entre fator 'empatia' e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Empatia	Acima da média		Média		Abaixo da média		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>							
Feminino	18	85,7	38	86,4	16	72,7	0,353
Masculino	3	14,3	6	13,6	6	27,3	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Idade (anos)</b>							
18 a 30	3	14,3	8	18,2	5	22,7	0,598
31 a 50	15	71,4	23	52,3	12	54,5	
≥ 51	3	14,3	13	29,5	5	22,7	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Estado civil</b>							
Casado	11	52,4	24	54,5	13	59,1	0,900
Solteiro	10	47,6	20	45,5	9	40,9	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Religião</b>							
Com religião	21	100,0	37	84,1	19	86,4	0,160
Sem religião	0	0,0	7	15,9	3	13,6	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Renda Mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	10	47,6	13	29,5	12	54,5	0,109
≥ 7	11	52,4	31	70,5	10	45,5	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	11	52,4	22	50,0	12	54,5	0,939
Não	10	47,6	22	50,0	10	45,5	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	2	9,5	8	18,2	1	4,5	0,595
40 h	7	33,3	13	29,5	7	31,8	
> 40 h	12	57,1	23	52,3	14	63,6	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Desvio de função</b>							
Sim	5	23,8	4	9,1	4	18,2	0,264
Não	16	76,2	40	90,9	18	81,8	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	3	14,3	6	13,6	5	22,7	0,444
6 a 15	8	38,1	12	27,3	2	9,1	
16 a 20	6	28,6	12	27,3	7	31,8	
≥ 21	4	19,0	14	31,8	8	36,4	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Faz Plantão</b>							
Sim	14	66,7	14	31,8	11	50,0	0,026*
Não	7	33,3	30	68,2	11	50,0	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	
<b>Chefia</b>							
Sim	2	9,5	8	18,2	5	22,7	0,505
Não	19	90,5	36	81,8	17	77,3	
Total	21	100,0	44	100,0	22	100,0	

\*p&lt;0,05

O fator 'satisfação no trabalho' alcançou os escores mais elevados entre todos os fatores do Inventário de Resiliência (Tabela 22). Vale insistir que esse fator também explora o grau de motivação para a realização das tarefas laborais e é considerado como um significativo redutor do estresse ocupacional, além de estar relacionado com uma melhor percepção da própria saúde (Theme Filha et al. 2013). Cabe retomar que aspectos positivos – como gostar do que faz, satisfação com o salário e estabilidade no emprego – citados pelos participantes (ver Tabela 6), são apontados na literatura como fatores que contribuem para a satisfação no trabalho (Siegrist, 2012).

**Tabela 22.**

Comparação entre o fator 'satisfação no trabalho' e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Satisfação no trabalho	Acima da média		Média		Abaixo da média		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Gênero</b>							
Feminino	68	85,0	3	60,0	1	50,0	
Masculino	12	15,0	2	40,0	1	50,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,165
<b>Idade (anos)</b>							
18 a 30	14	17,5	2	40,0	0	0,0	
31 a 50	45	56,3	3	60,0	2	100,0	
≥ 51	21	26,3	0	0,0	0	0,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,384
<b>Estado civil</b>							
Casado	46	57,5	2	40,0	0	0,0	
Solteiro	34	42,5	3	60,0	2	100,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,212
<b>Religião</b>							
Com religião	70	87,5	5	100,0	2	100,0	
Sem religião	10	12,5	0	0,0	0	0,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,610
<b>Renda Mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	34	42,5	0	0,0	1	50,0	
≥ 7	46	57,5	5	100,0	1	50,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,164
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	40	50,0	3	60,0	2	100,0	
Não	40	50,0	2	40,0	0	0,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,350
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	11	13,8	0	0,0	0	0,0	
40 h	25	31,3	2	40,0	0	0,0	
> 40 h	44	55,0	3	60,0	2	100,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,658
<b>Desvio de função</b>							
Sim	13	16,3	0	0,0	0	0,0	
Não	67	83,8	5	100,0	2	100,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,512
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	12	15,0	2	40,0	0	0,0	
6 a 15	22	27,5	0	0,0	0	0,0	
16 a 20	24	30,0	0	0,0	1	50,0	
≥ 21	22	27,5	3	60,0	1	50,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,252
<b>Faz Plantão</b>							
Sim	33	41,3	4	80,0	2	100,0	
Não	47	58,8	1	20,0	0	0,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,068
<b>Chefia</b>							
Sim	13	16,3	1	20,0	1	50,0	
Não	67	83,8	4	80,0	1	50,0	
Total	80	100,0	5	100,0	2	100,0	0,452

\**p*<0,05

Grande parte da amostra (78,1%) apresentou escores acima ou dentro da média no fator 'competência emocional' (Tabela 23). Esse resultado se contrapõe àquele publicado no estudo de Belancieri et al. (2010), em que 56,9% dos profissionais de enfermagem estavam abaixo da média no fator regulação das emoções. Na presente pesquisa, foi possível constatar uma diferença altamente significativa entre os profissionais entre 31 a 50 anos de idade ( $n= 94,7\%$ ) que apresentaram escores de menor resiliência nesse fator ( $p<0,001$ ). Os participantes que ocupam cargo de chefia mostraram competência emocional na média ou acima, sendo que apenas um deles apresentou menor resiliência nesse fator ( $5,3\%$ ;  $p=0,004$ ).

**Tabela 23.**

Comparação entre fator 'competência emocional' e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Competência emocional	Acima da média		Média		Abaixo da média		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	11	91,7	43	76,8	18	94,7	
Masculino	1	8,3	13	23,2	1	5,3	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,137
<b>Idade (anos)</b>							
18 a 30	0	0,0	16	28,6	0	0,0	
31 a 50	6	50,0	26	46,4	18	94,7	
≥ 51	6	50,0	14	25,0	1	5,3	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	<0,001*
<b>Estado civil</b>							
Casado	6	50,0	32	57,1	10	52,6	
Solteiro	6	50,0	24	42,9	9	47,4	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,875
<b>Religião</b>							
Com religião	11	91,7	49	87,5	17	89,5	
Sem religião	1	8,3	7	12,5	2	10,5	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,909
<b>Renda Mensal (salário mínimo)</b>							
1 a 6	5	41,7	22	39,3	8	42,1	
≥ 7	7	58,3	34	60,7	11	57,9	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,971
<b>Outro vínculo de trabalho</b>							
Sim	5	41,7	26	46,4	14	73,7	
Não	7	58,3	30	53,6	5	26,3	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,091
<b>Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)</b>							
30 h	1	8,3	8	14,3	2	10,5	
40 h	5	41,7	19	33,9	3	15,8	
> 40 h	6	50,0	29	51,8	14	73,7	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,451
<b>Desvio de função</b>							
Sim	4	33,3	8	14,3	1	5,3	
Não	8	66,7	48	85,7	18	94,7	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,100
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>							
1 a 5	0	0,0	14	25,0	0	0,0	
6 a 15	3	25,0	12	21,4	7	36,8	
16 a 20	5	41,7	12	21,4	8	42,1	
≥ 21	4	33,3	18	32,1	4	21,1	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,049*
<b>Faz Plantão</b>							
Sim	4	33,3	24	42,9	11	57,9	
Não	8	66,7	32	57,1	8	42,1	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,360
<b>Chefia</b>							
Sim	6	50,0	8	14,3	1	5,3	
Não	6	50,0	48	85,7	18	94,7	
Total	12	100,0	56	100,0	19	100,0	0,004*

\**p*<0,05

Ao se analisar diferentes categorias profissionais a partir dos fatores de resiliência (Tabela 24), é possível observar que em todas prevalecem indicadores de maior resiliência, exceto no que se refere ao fator ‘assertividade’, em que apenas 28,6% dos técnicos de laboratório, 33,3% dos psicólogos e 40% dos biomédicos foram considerados resilientes. Mas, é necessário lembrar a baixa representatividade dos biomédicos e psicólogos nesta pesquisa, o que não permite generalização desse resultado. Não foram encontrados estudos sobre resiliência com essas categorias. Em um levantamento bibliográfico sobre estresse em psicólogos que atuam na UTI, Silva (2010) constatou que, com exceção dos médicos e dos profissionais de enfermagem, há uma grande carência de pesquisas sobre a saúde psíquica das demais categorias que atuam na área de saúde.

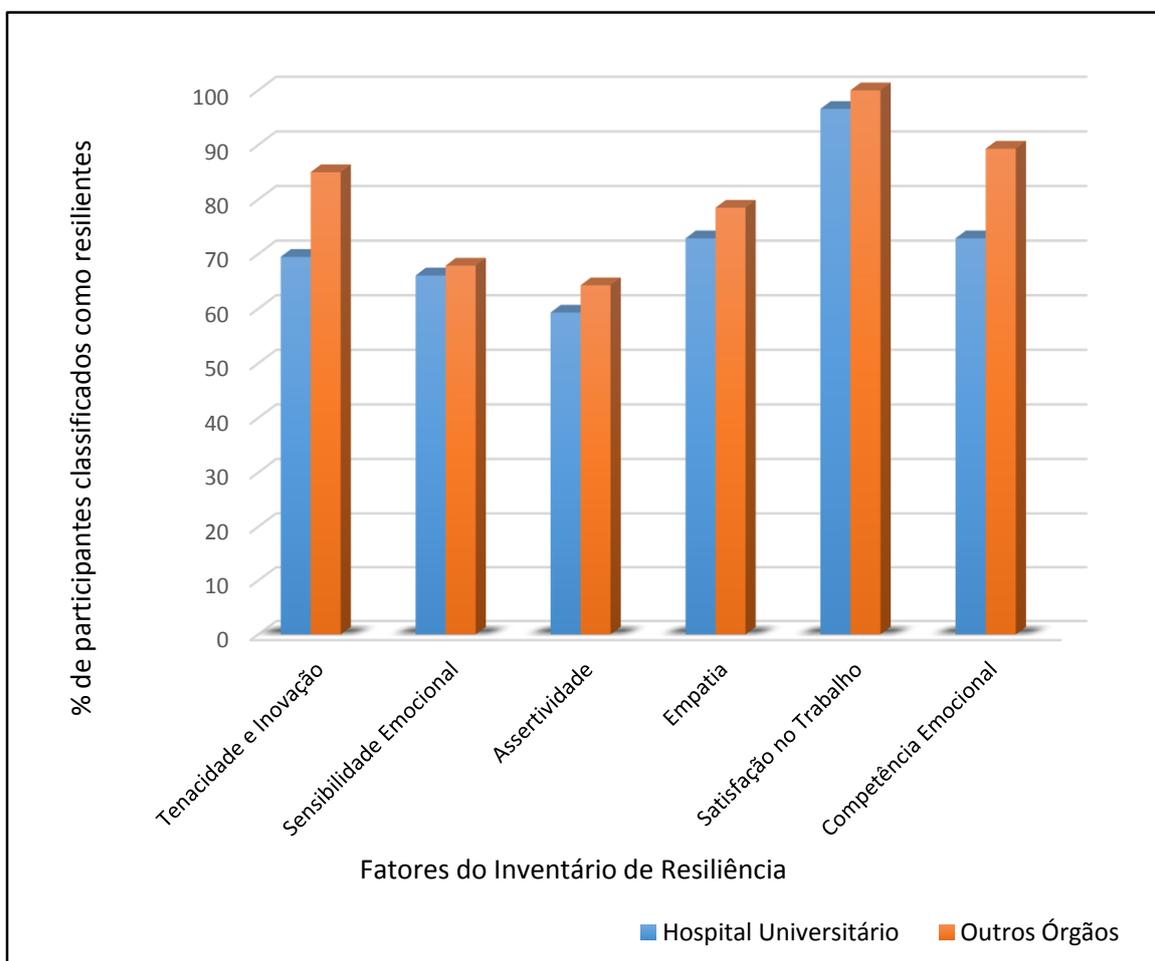
**Tabela 24.**

Frequência dos participantes com maior resiliência nos fatores do Inventário de Resiliência, de acordo com a categoria profissional

Categoria Profissional	Fatores do Inventário de Resiliência											
	Tenacidade e inovação		Sensibilidade emocional		Assertividade		Empatia		Satisfação no trabalho		Competência emocional	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Arteterapeuta	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Assistente Social	4	66,7	5	83,3	5	83,3	5	83,3	6	100	5	83,3
Aux.de enfermagem	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Biomédico	3	60	4	80	2	40	5	100	5	100	5	100
Cirurgião dentista	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Enfermeiro	18	78,3	21	91,3	18	78,3	18	78,3	23	100	17	73,9
Farmacêutico	2	50	4	100	2	50	3	75	4	100	3	75
Fisioterapeuta	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Fonoaudiólogo	2	100	2	50	1	50	1	50	2	100	1	50
Médico	4	80	5	100	3	60	3	60	4	80	5	100
Nutricionista	3	75	4	100	2	50	3	75	4	100	4	100
Psicólogo	3	100	3	100	1	33,3	3	100	3	100	2	66,7
Técnico de enfermagem	15	62,5	20	83,3	13	54,7	17	70,8	23	95,8	15	62,5
Técnico de laboratório	7	100	6	85,7	2	28,6	4	57,1	7	100	7	100

A Figura 7 permite constatar que a maioria dos participantes, independentemente do local de trabalho, apresenta maior resiliência em todos os fatores investigados. Mas, é necessário esclarecer que embora não haja diferenças significativas entre locais de trabalho, nota-se que o número de profissionais com indicativos de maior resiliência é menor entre aqueles que atuam no hospital universitário. Isso reafirma a influência específica do contexto hospitalar sobre a saúde dos

profissionais que lá trabalham. Esses dados corroboram os resultados apontados pela *Job Stress Scale*, que revelou 37% de profissionais com alto desgaste emocional no meio hospitalar. Uma vez mais, verifica-se que este contexto possui particularidades que atuam como fontes contínuas de estresse (Santos, C., et al., 2010).



**Figura 7.** Percentual dos participantes com indicativos de maior resiliência nos fatores do Inventário de Resiliência de acordo com o local de trabalho.

#### 4.1.4 Correlação entre *Job Stress Scale* e Inventário de Resiliência

A análise da correlação entre os fatores da *Job Stress Scale* e os fatores do Inventário de Resiliência (Tabela 25) teve por finalidade estabelecer a relação entre variáveis.

Quanto à correlação dos fatores do Inventário foi possível observar que a ‘tenacidade e inovação’ possuem relação positiva e fraca com ‘assertividade’ ( $r = 0,291$ ;  $p = 0,006$ ) e ‘competência emocional’ ( $r = 0,268$ ;  $p = 0,012$ ). A ‘tenacidade e inovação’ tem relação positiva e moderada com o fator ‘empatia’ ( $r = 0,319$ ;  $p = 0,003$ ) e relação positiva e moderada com o fator ‘satisfação no trabalho’ ( $r = 0,613$ ;  $p < 0,001$ ). Constatou-se relação positiva e fraca entre os fatores: ‘sensibilidade emocional’ e ‘empatia’ ( $r = 0,061$ ;  $p = 0,015$ ), relação positiva e moderada entre os fatores

‘assertividade’ e ‘empatia’ ( $r = 0,314$ ;  $p = 0,003$ ), ‘assertividade’ e ‘competência emocional’ ( $r = 0,334$ ;  $p = 0,002$ ) e ‘empatia’ e ‘competência emocional’ ( $r = 0,350$ ;  $p = 0,001$ ).

No tocante à correlação entre os fatores da *Job Stress Scale*, foi possível identificar que os fatores ‘demandas psicológicas’ e ‘apoio social’ possuem relação positiva e moderada ( $r=0,456$ ;  $p<0,001$ ). Os fatores ‘controle’ e ‘apoio social’ possuem relação positiva e fraca ( $r= 0,194$ ;  $p =0,073$ ).

Ao se examinar os fatores da *Job Stress Scale* e os fatores do Inventário de Resiliência, constatou-se correlação negativa e fraca entre ‘demanda psicológica’ e os seguintes fatores: ‘tenacidade e inovação’ ( $r -0,050$ ), ‘sensibilidade emocional’ ( $r- 0,069$ ), ‘satisfação no trabalho’ ( $r- 0,010$ ) e ‘competência emocional’ ( $r- 0,197$ ). Esses dados apontam que elevados escores nos indicadores de resiliência supracitados podem resultar em índices menores de ‘demandas psicológicas’. De acordo com a literatura, indivíduos mais resilientes possuem características – tais como, otimismo, altruísmo, criatividade, flexibilidade no trabalho – que possibilitam lidar melhor com as adversidades presentes no contexto de trabalho (Belancieri et al., 2010; Mealer, et al., 2012; Ribeiro, A., et al., 2011).

A existência da correlação negativa e fraca entre o fator ‘controle’ e os fatores ‘sensibilidade emocional’ ( $r- 0,132$ ) e ‘empatia’ ( $r- 0,069$ ) reforçam a importância dos aspectos emocionais na construção e manutenção da autonomia profissional, que são desenvolvidas pela capacitação/qualificação profissional e pelos sentimentos e atitudes humanas. Assim, a capacidade de perceber e lidar com as emoções constitui uma habilidade fundamental para o trabalho do profissional de saúde (Belancieri et al., 2010; Rincón & Guarino, 2008).

Apesar das correlações descritas acima não terem apresentado significância estatística, elas oferecem indícios de que a resiliência pode diminuir os danos oriundos do estresse ocupacional, principalmente a partir da redução do impacto das altas demandas psicológicas e do aumento do controle dos profissionais sobre seu trabalho.

Tabela 25.

Correlação entre os fatores do Inventário de Resiliência e a *Job Stress Scale*

Fator	<b>Inventário de Resiliência</b>				<b>Job Stress Scale</b>				
	Tenacidade e inovação	Sensibilidade emocional	Assertividade	Empatia	Satisfação no trabalho	Competência emocional	Demanda	Controle	Apoio Social
<b>Inventário de Resiliência</b>									
Tenacidade e inovação									
R	1	0,123	0,291	0,319	0,613	0,268	-0,050	0,022	0,047
P		0,257	0,006*	0,003*	<0,001*	0,012*	0,649	0,840	0,668
Sensibilidade emocional									
R		1	-0,006	0,261	-0,012	-0,060	-0,069	-0,132	0,018
P			0,959	0,015*	0,913	0,582	0,528	0,224	0,872
Assertividade									
R			1	0,314	0,197	0,334	0,164	0,029	-0,049
P				0,003*	0,068	0,002*	0,131	0,790	0,652
Empatia									
R				1	0,176	0,350	0,115	-0,069	-0,147
P					0,103	0,001*	0,290	0,528	0,178
Satisfação no trabalho									
R					1	0,180	-0,010	-0,005	0,001
P						0,095	0,930	0,963	0,990
Competência emocional									
R						1	-0,197	0,066	0,149
P							0,069	0,545	0,170
<b>Job Stress Scale</b>									
Demanda									
R							1	-0,033	-0,456
P								0,760	<0,001*
Controle									
R								1	0,194
P									0,073
Apoio Social									
R									1
P									

\* $p < 0,05$

## 4.2 Segunda etapa: grupos focais presenciais

### 4.2.1 Caracterização dos participantes

A Tabela 26 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes da segunda etapa da pesquisa, durante a qual foram conduzidos dois grupos focais presenciais. Ambos os grupos foram compostos por mulheres que atuavam no hospital universitário: duas no pronto-socorro pediátrico, uma no pronto-socorro adulto, uma no centro cirúrgico, uma no ambulatório e uma na Central de Material e Esterilização (CME). A maioria pertencia à categoria técnico de enfermagem, tinha duplo vínculo de trabalho, empreendia jornada superior a 40h semanais e fazia plantão ( $n=5$ ).

**Tabela 26.**

Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes da segunda etapa da pesquisa ( $N=6$ )

Variável	Grupo 1 ( $n=3$ )	Grupo 2 ( $n=3$ )	Total ( $n=6$ )
<b>Sexo</b>			
Feminino	3	3	6
Masculino	0	0	0
<b>Idade (anos)</b>			
31 - 40	2	1	3
41 - 50	0	1	1
51 - 60	1	1	2
<b>Estado civil</b>			
Casado	1	2	3
União estável	1	0	1
Viúvo	1	1	2
<b>Religião</b>			
Católica Apostólica Romana	1	2	3
Espírita	1	1	2
Evangélica	1	0	1
<b>Renda mensal (salário mínimo)</b>			
01- 03	1	0	1
04 - 06	2	3	5
<b>Escolaridade</b>			
Curso Técnico	0	1	1
Superior incompleto	1	0	1
Especialização	2	2	4
<b>Categoria profissional</b>			
Auxiliar de enfermagem	1	0	1
Técnico de enfermagem	2	3	5
<b>Outro vínculo de trabalho</b>			
Sim	3	2	5
Não	0	1	1
<b>Total de horas trabalhadas</b>			
30 h	0	1	1
> 40 h	3	2	5
<b>Tempo que atua na área da saúde (anos)</b>			
16 a 20	2	3	5
21 a 30	1	0	1
<b>Faz plantão</b>			
Sim	3	2	5
Não	0	1	1

Os dois grupos aconteceram no período matutino, com duração média de uma hora e quatro minutos. Embora trabalhando no mesmo ambiente, as participantes não se conheciam. As participantes de ambos os grupos interagiram e todas participaram ativamente das discussões. Ambos os grupos foram conduzidos pela pesquisadora. O material produzido pelos grupos foi analisado e categorizado, resultando em três categorias: características do trabalho, trabalho e saúde e relações interpessoais (Tabela 27).

**Tabela 27.**

Categorização dos relatos feitos nos grupos focais

Categoria 1 Características do trabalho	Categoria 2 Trabalho e saúde	Categoria 3 Relações interpessoais
Temas	Temas	Temas
Escolha da profissão Ritmo de trabalho Fatores psicológicos Problemas institucionais Contexto histórico da saúde	Impacto do trabalho na saúde Limitações físicas e emocionais Readaptação Enfrentamento	Relacionamento com colegas e chefia

#### 4.2.2 Categoria 1: características do trabalho

Na primeira categoria, foram agrupadas as falas que expõem os fatores relacionados à escolha profissional, os sentimentos que permeiam a atuação em saúde. Também foram incluídos os pontos positivos e negativos vivenciados no trabalho. Os temas que compõem essa categoria são: escolha da profissão, condições de trabalho, fatores psicológicos, conflitos institucionais e contexto histórico da saúde.

##### ▫ Escolha da profissão

Inclui as verbalizações sobre os sentimentos e os motivos que influenciaram na escolha profissional das participantes.

S4 “*eu gosto muito do que eu faço, não sei fazer outra coisa, sempre quis fazer enfermagem, cuidar do outro é muito bom*”.

S6 “[...] *fiz o curso de auxiliar e me apaixonei, aí não parei mais. Depois fiz o técnico, a faculdade e a pós, sempre trabalhei na área. Eu gosto muito de trabalhar na saúde, na minha família, também tem uma irmã e uma tia que são da área [...]*”.

S2 “*A família! Lá em casa, todo mundo é da saúde, meu tio é enfermeiro, minha tia é enfermeira, minha mãe é técnica de enfermagem e professora, minha tia trabalha na saúde, todo mundo lá em casa trabalha na saúde*”.

S1 “[...] eu tinha na cabeça que ia ser uma engenheira, de repente me apareceu um curso de atendente em enfermagem, ganhei o curso, fiz o curso e já sai empregada, me encantei. Hoje gosto muito do que faço[...]”.

S5 “eu amo o que eu faço, por mais que tenha dificuldades, mas eu faço o que eu gosto tenho muito amor pela minha profissão [...]”.

Os relatos retratam a influência dos familiares na escolha profissional. A família desempenha um papel fundamental no processo de escolha de uma profissão, que vai desde o apoio à participação na formação global, no desenvolvimento e na história de vida (Santos, 2005). O ‘gostar do que faz’ também foi apontado como o principal motivador para a escolha e permanência na profissão. Foi um dos fatores mais citados entre os pontos positivos do trabalho percebidos pelos profissionais na primeira etapa da pesquisa (ver Tabela 6). O acesso aos cursos técnicos e a relativa facilidade de encontrar emprego também contribuíram significativamente para a atuação em saúde. Os fatores que contribuíram para a escolha profissional podem estar associados aos altos escores de satisfação no trabalho, fator que ajuda a diminuir o impacto dos agentes estressores (Theme Filha et al., 2013).

#### ▪ Ritmo de trabalho

Refere-se aos relatos sobre o impacto físico e psicossocial da jornada de trabalho.

##### ▫ Impacto físico

S1 “Tem a escala, né? Na maioria das vezes, você emenda um trabalho no outro trabalho, você trabalha à noite e passa o dia trabalhando, então, quando chega em casa, chega cansada bem cansada, chego em casa e largo tudo pra lá”.

S3 “quando eu não durmo, eu fico estressada [...], a noite em que eu trabalho eu preciso dormir um pouco de manhã, senão fico muito estressada, principalmente se eu tiver em casa. Se eu estiver andando, fazendo alguma coisa, isso passa, agora, se eu estou em casa, eu fico com sono”.

S5 “fico muito cansada, o trabalho é pesado, desgasta”

S4 “quando tem dois empregos, a gente passa muito tempo dentro do hospital, fica mais no trabalho do que em casa [...]”.

S1 “fiz muita APH<sup>2</sup> na CME, minhas colegas falaram: ‘você arruinou o joelho por causa das APHs na CME’ [...]. Eu fiz muita APH na CME, você fica em pé lavando as coisas o tempo todo”.

---

<sup>2</sup> APH – Abono por Plantão Hospitalar regulamentado pela Lei 11.907 de 2009, destina-se aos servidores efetivos em exercício de atividades desempenhadas nos ambientes hospitalares vinculados ao Ministério da Saúde, nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos serviços de saúde. No plantão hospitalar, o servidor cumpre, além da carga horária semanal de trabalho, 12 horas ininterruptas ou mais, não podendo ultrapassar 24 horas por semana.

A sobrecarga de trabalho é apontada na literatura como uma das principais fontes de estresse (Dejours, 2004; Nogueira-Martins, 2007; Rosen et al., 2006; Santos, F. et al., 2010). A dupla jornada de trabalho aumenta a carga psíquica, podendo contribuir para a ocorrência de acidentes de trabalho e problemas na vida familiar (Secco, Robazzi, Souza, & Shimizu, 2010). As consequências relatadas pelas participantes convergem com o que a literatura destaca: longas jornadas de trabalho e privação do sono aumentam os efeitos nocivos do estresse, geram mudanças de humor, irritabilidade e dificuldade de concentração (Lourenção, et al., 2010; Santos, C., et al., 2010; Rosen et al., 2006; Santos & Cardoso, 2010). Esse fator corresponde ao que foi apontado pelos participantes, como um fator negativo do trabalho na primeira etapa. Ademais, reitera os resultados obtidos com a *Job Stress Scale*.

▫ Impacto psicossocial

Abrange relatos acerca do impacto psicossocial das longas jornadas de trabalho e suas consequências na vida pessoal, social e familiar.

S2 “quando eu entrei aqui, meu filho estava com dois anos de idade. Teve uma época em que eu trabalhava pela FUNDAH e FUNAPE, eu não tinha horário fixo para trabalhar, podia trabalhar de manhã, à tarde e à noite. Eu não vi meu filho crescer, eu convivia mais com as crianças da hemodiálise do que com o meu filho”.

S1 “quando a gente trabalha, não tem muito tempo para a família, agora eu tenho um netinho e eu não tenho muito tempo para ficar com ele também”.

S3 “às vezes, a gente fica esperando a aposentadoria para poder usufruir’, [...] agora eu quase não fico com os meus filhos”.

S6 “quando os filhos são pequenos, a gente sofre muito, a escala não perdoa e nem sempre é possível trocar o plantão. Perdi festa do Dia das Mães, reunião de escola, tem coisas que não voltam”.

S5 “quando meu filho era menor, com uns cinco, seis anos, ele reclamava muito quando eu ia para o plantão; ele falava: ‘mamãe, por favor, fica de férias hoje’. Eu saía de casa com o coração partido”.

Os relatos evidenciam o impacto psicológico que o ritmo de trabalho gera na vida das profissionais, principalmente no que se refere à convivência familiar. Ao tentar conciliar várias jornadas de trabalho, essas profissionais privam-se de atividades fundamentais para o bem-estar emocional e para a melhoria da qualidade de vida. Vários autores reforçam os prejuízos psicológicos que as jornadas de plantão e o excesso de longas horas podem trazer para os profissionais de saúde, sendo tais fatos relacionados com o desencadeamento de doenças físicas (Costa et al., 2009; Montanholi, Tavares, & Oliveira, 2006; Rincón & Guarino, 2008; Santos, 2009; Sessa et al., 2008; Siegrist et al., 1990; Silva, 2007).

### ▪ **Problemas institucionais**

Trata-se das verbalizações que evidenciam as dificuldades institucionais, tais como falta de materiais de trabalho e o conflito institucional.

#### ▫ Falta de materiais

Relaciona-se às situações e aos sentimentos derivados da quantidade insuficiente de materiais/instrumentos necessários para a execução das tarefas.

S5 *“tem dia que até sonho que está tendo uma cirurgia, o paciente está aberto e aí falta material, dá um desespero [...]”*.

S6 *“e, quando falta material, isso acaba com a gente, o paciente está lá, mal, tendo uma parada, e você procura o material e não tem, aí tem que sair louca pelo hospital implorando para o colega ceder o material”*.

S2 *“eu trabalho na central de material, preparo os kits para a cirurgia [...], o hospital não compra material e a gente é responsabilizada pela bagunça [...]”*.

O estresse ocupacional pode ser agravado pela falta de equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho, aumentando o sentimento de impotência do profissional, que, em muitos casos, passa a ser responsabilizado pela falta de material. O relato das participantes do grupo corrobora os indicados pelos participantes da primeira etapa da pesquisa, que citaram tais problemas como pontos negativos presentes na atuação profissional (Tabela 7). Os relatos mostram o desgaste que a falta de equipamento traz para o exercício da função, chegando a interferir fora do ambiente hospitalar. Mealer et al., (2012) chamam a atenção para o risco desses profissionais desenvolverem a estresse pós-traumático devido às experiências estressoras vividas no cotidiano de trabalho.

#### ▫ Conflito institucional

Agrupa as falas que destacam conflitos no trabalho.

S2 *“parece que o hospital funciona à parte da universidade, porque, quando a junta médica me falou que eu deveria trabalhar em lugar que eu não pegasse peso, não usasse muito o braço e a mão, eles não sabiam o que fazer [...]. O HC é diferente da universidade”*.

O relato de S2 revela o conflito entre as orientações da instituição e a sua aplicação no local de trabalho. Os conflitos organizacionais presentes no ambiente interferem diretamente na saúde física e mental do profissional (Borges et al., 2002; Theme Filha et al., 2013; Karasek, 1979; Greco et al., 2011).

### ▪ **Contexto histórico do sistema de saúde**

Abrange relatos relacionados às transformações do sistema de saúde em nível estadual e nacional e o seus impactos para o trabalhador da saúde.

S6 “isso foi antes, porque agora, com essa história da EBSE<sup>3</sup> se você começar a questionar, eles falam: ‘se está insatisfeito pode pedir remoção para outro lugar da universidade’, só porque eles vão contratar pela EBSE<sup>3</sup> ninguém mais pode questionar”.

S2 “está faltando tudo naquele hospital, tudo, igual aconteceu no HUGO, porque aí qual é a desculpa? ‘Ah não tem material, não tem dinheiro’ [...] é uma forma de pressionar a população para aceitar a entrada da EBSE<sup>3</sup>”.

S5 “igual o que o estado fez com as OS<sup>4</sup>, privatizou tudo, HGG, HUGO, HDT, está tudo com OS. Trabalho no HGG, e lá a OS é quem manda; os servidores foram colocados à disposição, só ficaram os mais novos. A conversa é que a OS não quer servidor velho porque dá trabalho, aí contrata um monte de recém-formado e pede a gente para ensinar o serviço, depois coloca a gente à disposição. É uma falta de respeito, a gente trabalhou no local uma vida inteira e de repente você chega lá e tem uma lista com o seu nome te colocando à disposição da secretaria [...]”.

S1 “o HGG, que virou OS, eu sei que se tiver 30% dos efetivos é muito; eles querem tirar os efetivos para contratar [...], para ter um poder maior sobre a pessoa, porque o contratado tem medo de ser demitido mais do que a gente que é efetivo, né? Então, aceita tudo, acata tudo, até ordem desumana”.

S3 “ouvi falar que parece que melhorou, no Materno não falta mais material, eles estão comprando o que precisa, e parece que aumentou muito o número de cirurgia, isso é bom”.

As transformações na administração dos serviços de saúde têm afetado os profissionais, que passam por várias mudanças no ambiente de trabalho. Os relatos mostram como tais transformações têm afetado o dia a dia dos profissionais envolvidos nesse processo. As falas revelam a insegurança quanto à permanência no local de trabalho, fator que pode se refletir no estado emocional, deixando-os vulneráveis. O ambiente de trabalho é um fator essencial para a saúde do profissional (Barreira & Nakamura, 2006; Oginska-Bulik, 2006; Paris & Omar, 2008; Ribeiro, A. et al 2011; Riskey et al., 2012; Santos, F. et al., 2010). O atual contexto da saúde tem interferido na autonomia do profissional, que, em diversas situações, não desconhece os desdobramentos de tais mudanças.

---

<sup>3</sup>EBSE<sup>3</sup> – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é uma empresa pública de direito privado, criada em 15 dezembro de 2011 através da Lei nº 12.550. Tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população, bem como a prestação de às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio e ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, a autonomia universitária (Brasil, 2011).

<sup>4</sup>OS – Organização Social é um título concedido pela administração à uma entidade privada, sem fins lucrativos, possibilitando que ela receba benefícios do Poder Público, como isenções fiscais, dotações orçamentárias etc., para atender seus objetivos que devem ser de interesse da comunidade (Lei n.º 8.666 /93).

### 4.2.3 Categoria 2: Trabalho e saúde

A segunda categoria descreve a relação entre o profissional e o trabalho, além de abordar os pontos positivos e como eles contribuem para o bem-estar e manutenção da saúde do trabalhador. Serão apresentados também os relatos dos fatores que contribuem para o adoecimento e o impacto físico, social e psicológico que ele produz. Essa categoria traz relatos de como que esses profissionais lidam com as adversidades. Os temas que compõem essa categoria são: impacto do trabalho na saúde, limitações físicas e emocionais, readaptação e enfrentamento.

- Impacto do trabalho na saúde

Corresponde aos relatos sobre as consequências positivas ou negativas do trabalho para a saúde desses profissionais.

- Relação positiva

Aborda as contribuições do trabalho para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, ressaltando os aspectos saudáveis da atuação.

S1 *“tem muita coisa que colabora para com a saúde, a gente aprende a como se cuidar e pode melhorar alguns hábitos [...]”*.

S3 *“[...] na verdade, eu agradeço a Deus por esse serviço, por ser concursada, pelo salário [...], por trabalhar com criança. Eu gosto muito de trabalhar com criança, elas se recuperam rápido [...]”*.

S1 *“tem um retorno além do trabalho, aprender a lidar com várias situações, então eu vejo isso de positivo”*.

S4 *“[...] gosto de estar com os alunos e com os pacientes. Por ser um hospital-escola, a gente sempre aprende”*.

S5 *“é o cuidado, é muito bom contribuir com a pessoa, principalmente no momento em que ela está precisando; quando a gente está doente é bom ter quem cuida da gente [...], ver o paciente recuperar e saber que, nem que seja só um pouquinho, você contribui com isso [...]”*.

S4 *“tem muito paciente que volta lá para agradecer”*.

A literatura insiste que o reconhecimento no trabalho é importante para a satisfação e contribui para a redução dos efeitos do estresse ocupacional (Siegrist, 1996, 2004). Fatores como remuneração, estabilidade, a oportunidade de aprender e se atualizar, poder trabalhar no que gosta são fatores essenciais para a proteção da saúde ocupacional (Marrone & Mendes, 2003; Ribeiro, A., et al. 2011). Os relatos evidenciam a presença de emoções positivas; altruísmo e capacidade de empatia, que são importantes indicadores de resiliência que ajudam a proteger o indivíduo, contribuindo para redução do impacto dos estressores (Barbosa, 2006; Campbell-Sills et al., 2006; Sinclair & Walltson 2003; Snyder & Lopez, 2009; Yunes, 2006).

▫ Relação negativa

Composta pelas verbalizações que expressam o impacto negativo do trabalho e como ele contribui para o surgimento de enfermidades físicas e emocionais.

S2 *“a cobrança da chefia, trabalhar direto com a assistência, a própria convivência com o doente. Trabalhei oito anos na hemodiálise com o paciente, hoje ele está bem; amanhã não está mais com a gente. Você cria um vínculo com o paciente, e de repente ele morre na sua mão”*.

S5 *“a responsabilidade é muito grande, tem hora que acho que é melhor nem pensar, qualquer descuido já era [...]. A gente trabalha sob pressão da hora em que o paciente entra no centro cirúrgico até a gente entregar ele na enfermaria. A gente fica em alerta, é muita pressão, muito estressante”*.

S6 *“fora o barulho no pronto-socorro, é uma correria, um entra e sai, chega ambulância, sai ambulância, um grita aqui, outro ali. Tem dia em que chego em casa e aquele zumzumzum me acompanha”*.

Reafirma-se o ambiente hospitalar como um local com variadas fontes de estresse, que podem afetar a saúde dos profissionais. O trabalho por horas seguidas nos ambientes insalubres, o contato com a dor e o sofrimento, a exposição a ruídos excessivos, o esforço físico e a pressão psicológica são os fatores que mais contribuem para o adoecimento dos trabalhadores no ambiente hospitalar (Santos, F., et al., 2010; Santos & Cardoso, 2010). Riquez et al. (2012) ressaltam a contribuição do ambiente de trabalho para o desenvolvimento da sintomatologia do estresse.

▪ Impacto físico e emocional

Corresponde às falas que abordam a limitação física, o impacto emocional do adoecimento no contexto de trabalho e a necessidade da readaptação funcional.

▫ Limitação física

S4 *“[...] fui diagnosticada com neuropatia periférica, não tem cura. Tem época em que estou melhor, tem época em que fico pior. Faço tratamento paliativo, mas não posso mais trabalhar em determinados lugares e é difícil ficar em pé por muito tempo. Fiquei cheia de limitações [...]”*.

S2 *“eu não posso pegar peso de forma alguma, tenho oito pinos nas costas, tenho tendinite nos dois ombros e nas duas mãos [...]”*

S1 *“[...] sei que vai ficar pior, né? Porque são os dois joelhos com problema e a restrição é ainda maior, então vou ter que mudar de local de trabalho também [...]. Eu estou com dificuldade para ficar de pé para andar [...]”*.

S1 *“foi um impacto muito grande quando eu voltei de licença usando apoio, realmente eu não tinha condição de subir rampa, tinha escada [...]”*.

S2 *“hoje eu não consigo mais tirar uma roupa da máquina [...] hoje não posso fazer mais nada, limpar o chão, passar um pano, colocar uma roupa no arame, e era uma coisa que eu gostava, me desestressava, hoje não posso fazer mais nada”*.

As limitações que derivam do processo de adoecimento impactam não só o trabalhador, que subitamente percebe-se impossibilitado de executar tarefas do cotidiano. Os relatos acima confirmam os dados de pesquisas que descrevem o impacto das doenças osteomusculares como uma das principais causas de afastamento do trabalho e de incapacidades (Costa et al., 2009; Marrone & Mendes; 2003; Brasil, 2010).

▫ Impacto emocional

Engloba os relatos das dificuldades e reações emocionais diante do processo de adoecimento.

S4 *“[...] foi uma época muito difícil, fiquei afastada do trabalho por seis meses, entrei em depressão, levei muito tempo para me recuperar e acho que o mais difícil foi aceitar as limitações, ter que me readaptar ao trabalho, depois de muitos anos fazendo a mesma coisa”*.

S6 *“o que mais me magoou foi a forma que a chefia me tratou; ninguém nem perguntou como eu estava. O que dói é chegar lá para entregar um documento, atestado e eles perguntarem quando é que você volta e não como você está”*.

S1 *“esses dias, minha nora estava falando: ‘você precisa buscar tratamento psicológico’ porque (chora), é muito ruim você se sentir inútil [...], aceitar a limitação”*.

S5 *“quando eu adoeci, foi muito duro pra mim, mas agora não; isso é normal, a gente tem que se dar o direito de adoecer também”*.

S2 *“você tem profissão, tem saúde, não tem dor, você trabalha muito bem, mas, à medida que você vai envelhecendo, você vai ficando doente, vai ficando mais velho você fica de escanteio, fraco não dá conta de atender o serviço”*.

As verbalizações reforçam a importância do trabalho como um estruturante psíquico e um determinante social de saúde (Hoefel, et al., 2005; Brasil, 2002). Os relatos corroboram os dados no estudo de Rocha, Mendes e Marrone (2012), que apontam o aparecimento de sintomas depressivos nestas circunstâncias que revelam a impossibilidade de exercer as atividades.

▫ Readaptação

Reúne relatos sobre a necessidade da readaptação funcional e o impacto dessa para o trabalhador.

S1 *“o meu chefe falou para mim: ‘você tem que ver onde você vai ficar, aqui eu sei que é difícil você continuar’, sendo que tinham me falado que era o meu próprio chefe que poderia me readaptar no meu setor”*.

S2 “[...] onde eu trabalho, parece que é o lugar que eles escolheram para colocar as pessoas com restrição médica, então tem certas coisas no meu trabalho que eu não faço, o médico restringiu [...]”.

S4 “hoje, estou no ambulatório, que é muito tranquilo, mas não estou feliz, sinto que deixei de fazer o trabalho da enfermagem, fico mexendo com papel o tempo inteiro [...]. Eu gosto mesmo é de cuidar das pessoas [...]”.

A readaptação funcional ainda é um grande desafios no campo da Saúde do Trabalhador. Os relatos evidenciam a dificuldade da instituição em reinserir o trabalhador com limitações. Em geral, são dadas novas atribuições que não satisfazem profissionalmente. Embora a reabilitação seja uma prerrogativa das políticas de saúde do trabalhador, tanto no âmbito da saúde como no da previdência, essa ainda é uma realidade distante para os trabalhadores que possuem alguma incapacidade. Apesar dos avanços, ainda são necessários mais esforços para a implementação de uma política efetiva de reinserção ao trabalho e de valorização das diversas competências desses trabalhadores (Brasil, 2010).

#### ▪ Enfrentamento

Abrange falas que esclarecem sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais para lidar com as dificuldades decorrentes do adoecimento e do estresse no trabalho.

S4 “eu fiz terapia muito tempo [...]”.

S2 “eu durmo, durmo, igual ontem: saí daqui e ia trabalhar à noite. Eu nem almocei, cheguei em casa e dormi, porque minha fuga é o sono, por isso que eu preciso voltar pra terapia [...]”.

S3 “eu penso assim, quando ver que cheguei no limite, eu vou dar um jeito. Eu tenho uma pessoa que trabalha comigo desde que meus filhos nasceram, é minha tia, ela ajuda muito [...]. Se não fosse isso, eu não estaria em dois empregos ainda”.

S6 “meu marido procura me apoiar, me ajuda com os meninos principalmente quando estou em Brasília [...]. Minha mãe também ajudou muito quando os meninos eram menores”.

S4 “tem hora que só Deus, participar da igreja, me ajudou muito, parece que dá um alívio”.

Diferentes estratégias são usadas para lidar com o desgaste e a dor presentes no contexto de trabalho. Os relatos indicam que as participantes utilizam estratégias para resolução do problema (S4 e S3) e para a regulação da emoção (S2). Esforços comumente adotados por profissionais de saúde. Tais estratégias diminuem atitudes impulsivas no contexto de trabalho (Pinheiro, Tróccoli, & Tamayo, 2003; Santos & Cardoso, 2010).

Cumprе ressaltar que o suporte social, bastante citado pelas participantes, é um importante fator de proteção. Tamayo e Tróccoli (2002) enfatizam a importância do suporte social para a redução da exaustão emocional, atuando como um impeditivo de *burnout*. O fortalecimento das redes de suporte social é apontado na literatura como uma característica essencial para o desenvolvimento e

fortalecimento da resiliência (Assis et al., 2006; Bonanno, 2004; Campbell-Sills et al., 2006; Ceconello, 2003; Infante, 2005; Lopes & Martins, 2011; Ribeiro & Morais, 2010; Pesce et al., 2004; Pinheiro, 2004; Rutter, 2007; Sojo & Guarino, 2011; Straub, 2005; Tusaie & Dyer, 2004); além de funcionar como um redutor do impacto causado pela exposição contínua às situações de estresse (Alves, 2004; Greco et al., 2011; Johnson & Hall, 1988; Rincón & Guarino, 2008). O suporte social ajuda a lidar com as dificuldades de conciliar o trabalho com a vida pessoal, desempenhando um papel fundamental no enfrentamento das adversidades e embates da vida (Lee et al., 2012; Quiceno & Vinaccia, 2011).

#### 4.2.4 Categoria 3: Relacionamento interpessoal

Essa categoria refere-se às verbalizações sobre relacionamentos com colegas de trabalho e a chefia.

- Colegas de trabalho e chefia

S6 *“gosto muito dos meus colegas, a gente forma uma equipe; é o que ajuda a lidar com as dificuldades lá no pronto-socorro. A gente da enfermagem tenta se ajudar o tempo todo; com os outros profissionais é um pouco mais complicado”*.

S5 *“adoro minhas colegas de plantão, a gente trabalha bem juntas [...], às vezes tem algum desentendimento, mas, na maioria das vezes, somos muito unidas; tentamos ajudar uma à outra”*.

S4 *“as colegas de trabalho são importantes, ajudam a gente a enfrentar as dificuldades”*.

S1 *“eu acho que tem colegas colaboram [...] mas se a gente fica doente, que nem agora que eu faço tratamento de saúde, eles me tratam diferente”*.

S1 *“as colegas, eu não sei se mascaram, me tratam bem, sabe”*.

S2 *“eu me ponho no lugar dos colegas que trabalham comigo, porque realmente é difícil você trabalhar com uma pessoa que não pode pegar uma caixa, que não pode abaixar, que não pode andar rápido”*.

S2 *“a chefia fica botando panos mornos e aí a gente é removido do setor”*.

S6 *“foi a forma que a chefia me tratou, ninguém nem perguntou como eu estava”*.

S2 *“a minha chefe do município não é chefe, é uma mãe. As três vezes que eu interneei, ela estava lá comigo. O dia que operei, saí do centro cirúrgico eram três horas, às quatro horas ela estava no quarto comigo, ela me ajudou em tudo [...]”*.

Nota-se ambiguidade nas relações de trabalho: ora o relacionamento com as colegas é um apoio, ora é uma é motivo de desgaste e atrito. S2 relata a dificuldade no relacionamento com as colegas após o adoecimento. Conforme já relatado na literatura, o adoecimento de um membro da equipe pode acarretar sobrecarga para os demais e isso pode interferir nas relações entre eles (Torres et al., 2011).

De modo geral, prevaleceram relatos de companheirismo e relações afetuosas entre colegas de trabalho. Isso indica uma rede de suporte social ampliada, que ajuda a diminuir o impacto causado pelas altas demandas psicológicas no ambiente de trabalho (Alves, 2004). Além disso, a vivência de momentos coletivos pode agregar valor ao trabalho e aos profissionais que passam a ter sua importância reconhecida (Aragaki et al., 2012). O estudo realizado por Queiroz e Araujo (2009) indicou que a percepção de apoio interprofissional foi considerada um fator que possibilita o processo de tomada de decisão em equipe e que repercute na melhoria das condições de trabalho e na assistência prestada pelos profissionais.

### 4.3 Síntese dos Resultados

Os resultados encontrados a partir da *Job Stress Scale*, do Inventário de Resiliência e dos grupos focais permitiram identificar que a maioria dos profissionais não sofre os efeitos negativos do estresse ocupacional. Em geral, na instituição pesquisada, predominou uma percepção de trabalho ativo e com baixo desgaste (59,3%) que se associou a indicadores de alta resiliência em mais de 50% da amostra.

Contudo, é crucial lembrar que 37,9% dos profissionais apresentaram índices elevados de desgaste emocional e a categoria mais atingida é a dos técnicos de enfermagem. Diante de tais evidências, cumpre reconhecer que, em razão do funcionamento hierarquizado em vigor nas instituições de saúde, este segmento profissional não dispõe de autonomia e controle comparáveis às demais categoria da área. Sendo assim, não se beneficiam suficientemente de fatores de proteção já identificados em outros estudos. Isso é ainda mais preocupante quando se constata o elevado nível de escolaridade dos participantes. A contradição entre competências adquiridas e desempenho profissional pode, inclusive, ser fonte adicional de estresse

Constataram-se diferenças significativas entre os profissionais de saúde que atuam no hospital e os que atuam em outros setores da instituição. Ao que parece o meio hospitalar induz mais estresse ocupacional, pois atingiu 37% dos profissionais de saúde do setor, ao passo que somente 3,3% daqueles que atuam fora desse ambiente manifestaram indicadores semelhantes. Verificaram-se entre os profissionais do hospital: altas demandas psicológicas, sobrecarga de trabalho e acúmulo de vínculos empregatícios. Ademais, regime de plantão também se destacou como fator de risco para o surgimento de estresse ocupacional.

No tocante aos fatores de proteção, confirmou-se a relevância do suporte social para promoção da saúde dos trabalhadores. As principais fontes de suporte social identificadas foram colegas de trabalho, familiares e amigos.

Cabe realçar que os profissionais de saúde estudados possuem significativos indicadores de resiliência (satisfação no trabalho, competência emocional, tenacidade e inovação, entre outros), os quais podem diminuir o impacto gerado pela exposição aos riscos inerentes ao ambiente de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do tempo, a relação entre trabalho e saúde tem sido investigada por diversos pesquisadores com o intuito de melhor compreender suas variadas manifestações e, em especial, o surgimento de doenças ocupacionais. Entre as populações de trabalhadores estudadas, admite-se que os profissionais de saúde constituem um grupo de risco ao adoecimento físico e mental, dadas as condições de atuação às quais são submetidos.

Mas, é notório que muitos profissionais de saúde mantêm-se saudáveis e prestam serviços de qualidade, mesmo em situações bastante adversas. Considerando essa premissa, este estudo visou identificar a relação entre estresse ocupacional e resiliência dos trabalhadores da área da saúde, principalmente a partir da identificação dos fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano desses profissionais.

Para tanto, primeiramente, empreendeu-se um *survey online*, que se mostrou pertinente, uma vez que possibilitou atingir um número maior de participantes. É fundamental ressaltar que o uso da internet reforçou a garantia de anonimato a trabalhadores que compartilharam informações acerca da sua atividade laboral, além de lhes oferecer mais autonomia quanto ao momento e ao local em que responderiam à pesquisa. Ou seja, a opção por ferramentas dessa natureza é adequada e útil para investigar temas que podem gerar preocupações nos participantes quanto à sua exposição.

Outrossim, os instrumentos selecionados atenderam às expectativas da pesquisadora. A *Job Stress Scale* possibilitou mensurar o impacto dos estressores na atividade laboral e em outras esferas da existência do profissional. O Inventário de Resiliência viabilizou conhecer melhor os fatores que se associam a uma maior ou menor resiliência, notadamente à partir de parâmetros que são apropriados ao contexto de trabalho. Apesar de ainda se encontrar em fase de finalização pelo GEPEB – e por essa razão não será apresentado nos Anexos – recomendam-se mais estudos com o Inventário de Resiliência, desde que sejam atualizados os contatos com essa equipe de pesquisa.

A escolha por uma abordagem multimetodológica, com a condução de grupos focais em uma segunda etapa da investigação, desvelou ainda mais a realidade de atuação dos profissionais de saúde. As informações obtidas por diferentes meios complementaram-se e ampliaram o escopo da compreensão do objeto de estudo.

Este estudo identificou fatores de proteção e de risco que estão presentes na atuação em saúde, gerando, assim, uma reflexão sobre o processo de saúde-doença dessa população, além de oferecer indícios das áreas que precisam ser fortalecidas para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da saúde.

Os principais desafios enfrentados para a realização desta pesquisa foram: problemas técnicos no *site* da Plataforma Brasil à época da submissão do projeto, baixa adesão de algumas categorias profissionais ao estudo e dificuldade em conciliar os horários dos participantes para realização dos grupos.

Certamente, o pequeno número de profissionais que participaram dos grupos focais representa uma limitação importante que não pode ser superada em razão do prazo estipulado para conclusão do mestrado. Sugere-se que, em pesquisas futuras, os grupos focais sejam realizados no local de trabalho dos profissionais, a fim de facilitar a participação.

Constituiu obstáculo suplementar a defasagem dos dados cadastrais dos servidores (sobretudo endereço eletrônico), tão necessários para o envio dos convites e a apresentação da pesquisa em sua etapa inicial. Isso restringiu o acesso a um número maior de participantes, além de exigir mais tempo da pesquisadora que teve de diversificar suas estratégias de divulgação.

Recomenda-se ainda que sejam desenvolvidas mais investigações, inclusive com as categorias profissionais mais vulneráveis, visando não somente a identificação das fragilidades mas também de suas potencialidades e dos recursos que precisam ser fortalecidos.

Cumprir insistir que mais do que conhecer a realidade da atuação desses trabalhadores da saúde, são indispensáveis ações organizacionais que visem prevenir e mesmo eliminar as consequências do estresse ocupacional, no intuito de assegurar mais qualidade de vida aos seus profissionais e elevar a qualidade dos serviços prestados.

Por fim, vale comentar que esta pesquisa foi executada em um período particularmente marcado por transformações nas instituições de ensino superior públicas que dispõem de um hospital universitário. De fato, em 15 de dezembro de 2011, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) destinada “a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população, bem como a prestação de às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio e ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, a autonomia universitária (Lei, 12. 550, 2011)”. No período de realização desse mestrado, os questionamentos acerca da EBSERH deixaram de ser uma mera especulação, pois o processo de implantação foi iniciado, alterando o cotidiano dessa instituição.

Em suma, muitas mudanças sugeridas ou propostas neste novo cenário repercutem nos vínculos trabalhistas e afetivos dos profissionais lotados nos hospitais universitários do país, que merecem mais atenção de gestores e estudiosos. A presente investigação traz alguns subsídios para reflexões inadiáveis.

## REFERÊNCIAS

- Adger, W. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16, 268-281. doi:10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006
- Almeida, B. C., Coelho, E. A. S., Becker, L. A., & Sousa, L. M. (2008). Atendimento ao estudante da Universidade Federal de Goiás: saúde mental e interdisciplinaridade. In G. G. Kullmann, L. L. Pozobon, R. M. Domingues, & S. T. Mello (Eds.), *Apoio estudantil: reflexões sobre o ingresso e permanência no ensino superior*, (pp. 219-228). Santa Maria: Editora UFSM.
- Alves, M. G. M. (2004). *Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde*. (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Retirado de: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/alvesmgmd.pdf>
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164-171. doi:10.1590/S0034-89102004000200003
- Amaral, R. A., Moraes, C. E., & Ostermann, G. T. (2010). Cuidando do cuidador: grupo de funcionários no Hospital Geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(2), 270-281. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a09.pdf>
- Aragaki, S. S., Spink, M. J., & Bernardes, J. S. (2012). La psicología de la salud em Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas em el contexto de las políticas públicas em el área de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 65-82. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80125017007>
- Arendt, H. (2007). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Assunção, A. A., Marinho-Silva, A., Vilela, L. V. O., & Guthier, M. H. (2006). Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento dos tele atendentes no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 31(114), 47-62. doi: 10.1590/S0303-76572006000200005
- Ayres, K., Brito, S., & Feitosa, A. (1999). Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário: um estudo em professores universitários com cargos de chefia intermediária. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, 23. Retirado de: [http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod\\_edicao\\_subsecao=52&cod\\_evento\\_edicao=3&cod\\_edicao\\_trabalho=3458](http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=52&cod_evento_edicao=3&cod_edicao_trabalho=3458)
- Aznar-Farias, M., & Oliveira-Monteiro, N. R. (2006). Reflexões sobre pró-sociabilidade, resiliência e psicologia positiva. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2). Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872006000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872006000200004&script=sci_arttext)

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições, 70.
- Bakker, A. B., Rodríguez-Muñoz, A. & Derks, D. (2012). La emergencia de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72. Retirado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3980.pdf>
- Balista, S. R., R., Santiago, S. M., & Filho, H. R. C. (2011). A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(124), 216-226. doi: 10.1590/S0303-76572011000200005
- Barbosa, G. S. (2006). *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do "Questionário do Índice de Resiliência Adultos Reivich-Shatté/Barbosa*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Retirado de: [http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=4198](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4198)
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. San Francisco: WestEd
- Barreira, D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Alethea*, 23, 75-80. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-942006000200008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-942006000200008&script=sci_arttext)
- Belancieri, M. F., Beluci, M. L., Silva, D. V. R., & Gasparelo, E. A. (2010). A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estudos em Psicologia*, 27(2), 227-233. doi: 10.1590/S0103-166X2010000200010
- Belancieri, M. F., & Kahhale, E. M. S. P. (2011). A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. *REME. Revista Mineira de Enfermagem*, 15(1), 121-128. Retirado de: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4e1dbbb6670cc.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e1dbbb6670cc.pdf)
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2007). *IR - Inventário de Resiliência*. Retirado de: <http://gepeb.wordpress.com/ir/>
- Benight, C. (2012). Understanding human adaptation to traumatic stress exposure: beyond the medical model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(1), 1-8. doi:10.1037/a0026245
- Bezerra, C. M., Minayo, M. C. S., & Constantino, P. (2013). Estresse ocupacional em mulheres policiais. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 18(3), 657-666. doi: 10.1590/S1413-81232013000300011
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*, 16(3), 104-113. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300013
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *American Psychological Association*, 138(4), 655-691. doi: 10.1037/a0027448
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in face of potential trauma. *Psychological Science*, 14(3), 135-138. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00347-x

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological Resilience after disaster: new city in the aftermath of the september 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x
- Borges, L., O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200. doi: 10.1590/S0102-79722006000100006
- Borsoi, I. C. F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 19, 103-111. doi: 10.1590/S0102-71822007000400014
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado.
- Brasil. (1990). Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília.
- Brasil. (2002). Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf)
- Brasil. (2004). HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador. 1ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf)
- Brasil. (2005). Lei nº 11.091 de 12 de janeiro de 2005. Presidência da República. Casa Civil. Retirado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111091.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111091.htm)
- Brasil. (2008). *Subsistema integrado de atenção à saúde do servidor*. Brasília - DF.
- Brasil. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina\\_qualificacao\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_qualificacao_nasf.pdf)
- Brasil. (2010). *Manual oficial de perícia do servidor*. Brasília - DF.
- Brasil. (2011). Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2012. Presidência da República. Casa Civil. Retirado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)
- Brasil. (2012). Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Diário Oficial da União Ano CXLIX Nº 165, Seção I. Ministério da Saúde. Retirado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)
- Calatayud, F. M. (2012). Psicología de la salud: realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-104. doi: 10.5872/psiencia/4.2.71
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2007). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(4), 502-507. Retirado de: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>

- Campbell-Sills, L. C., L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy* (44), 585-599. doi:10.1016/j.brat.2005.05.001
- Cañón-Montañez, W., & Rodríguez-Acelas. (2011). Asertividade: uma habilidade social necessaria em los profissionais de enfermagem y fisioterapia. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(esp.), 81-87. doi: 10.1590/S0104-07072011000500010
- Carvalho, L., & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. *Estudos em Psicologia*, 7(3). Retirado de: <http://www.revipsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>
- Cassol, L., & Antoni, C. (2006). *Família e abrigo como rede de apoio social e afetiva*. In D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva* (pp.174-201). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Castro, E. K., & Jiménez, B. M. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 81-86. doi: 10.1590/S1413-73722007000100010
- Cecconelo, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias de risco* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Codo, W. (2010). Saúde do trabalhador: dignidade qualidade de vida no mundo do trabalho. In Conselho Federal de Psicologia, *Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea* (pp. 81-88). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Constantine, N. B., Bernad, B., & Diaz, M. (1999). Measuring protective factors and resilience traits in youth: the healthy kids resilience assessment. *Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research*. New Orleans, LA.
- Costa, F. M. Vieira, M. A. & Sena, R. R. (2009). *Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 38-44. doi: 10.1590/S0034-71672009000100006
- Couto, M. C. P. (2005). *Fatores de risco e proteção na promoção de resiliência no envelhecimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retirado de: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11238/000606274.pdf?>
- Dantas, K. C. A., Munari, D. B., & Siqueira, K. M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2). Retirado de: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/811/927>
- Decat, C., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. Termômetro de distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253-260. doi: 10.1590/S1413-82712009000300002
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortes.

- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, 14(3), 45-63. doi:10.1590/S0103-65132004000300004
- Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In A. M. Mendes, S. C. C. Lima & E. P. Facas (Eds.), *Diálogos em psicodinâmica do trabalho* (pp. 13-26). Brasília: Paralelo.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho vivo: trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo.
- Dias, E. C., Rigotto, R. M., Augusto, L. G. S., Cancio, J., & Hoefel, M. G. L. (2009). Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2061-2070. doi: 10.1590/S1413-81232009000600013
- Fernandes, J. S., Miranzi, S. S. C., Iwamoto, H. H., Tavares, D. M. S., & Santos, C. B. (2010). Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto & Contexto*, 19(3), 434-342. doi: 10.1590/S0104-07072010000300004
- Ferreira, M. C. (2011). "Chegar feliz e sair feliz do trabalho": aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In A. M. Mendes (Ed.), *Trabalho e saúde* (40-53). Curitiba: Juruá.
- Figueiredo Filho, D. B. F., & Silva Junior, J. A. S. (2009). Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). *Revista Política Hoje*, 18(1), 115-146. Retirado de: <http://www.revista.ufpe.br/politica/hoje/index.php/politica/article/viewFile/6/6>
- Flick, U. (2009). Pesquisa qualitativa *online*: a utilização da internet. In U. Flick (Ed.), *Introdução à pesquisa qualitativa* (pp. 238-253). Porto Alegre: Artmed.
- García, G. M., & Calvo, J. C. A. (2011). Emotional exhaustion of nurse staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*, 59(1), 101-107. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x
- Garcia, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latinoamericana*.2(3). Retirado de: [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302001000300004&lng=en&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000300004&lng=en&nrm=iso)
- Gilbert, M. A. P., & Cury, V. E. (2009). Saúde mental e trabalho: um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. *Boletim de Psicologia*. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432009000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432009000100005&script=sci_arttext)
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operation room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 427-38. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608683>
- Gondim, S. M. G. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149-161. doi: 10.1590/S0103-863X2002000300004
- Horayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(especial), 115-122. doi: 10.1590/50102-37722010000500010

- Gobatto, C. A. (2012). Religiosidade e enfrentamento em oncologia: um estudo sobre as concepções de profissionais da saúde (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Retirado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10720>
- Gomes, A. M. T., & Oliveira, D. C. (2005). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 145-153. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/04.pdf>
- Greco, P. B. T., Magnago, T. S. B. S., Prochnow, A., Beck C. L. C., & Tavares, J. P. (2011). Utilização do modelo demanda-controle na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 1(2), 272-281. doi: 10.5902/217976922566
- Griffin, M., & Clarke, S. (2011). Stress and well-being at work. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 359-397). Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/12171-010
- Guido, L. L., Linch, G. F., Pitthan, L. O., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estados de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(6), 1434- 1439. doi: 10.1590/S0080-62342011000600022
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e proteção na rede de atendimento a criança e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia Reflexão Crítica*, 19(3), 379-386. doi: 10.1590/S0102-79722006000300006
- HC/UFG. (2013). História do hospital das clínicas. Retirado de: <http://www.hc.ufg.br/pages/24525-historia>
- Hoefel, M. G., Dias, E. C., & Silva, J. M. (2005). A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. *Trabalhar sim, adoecer não* (pp. 7-12). Brasília: Ministério da Saúde.
- Infante, F. 2005. A resiliência como processo: uma visão da literatura recente. In. A. Melilo & E. N. S. Ojeda, *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 23-38). Porto Alegre: ArtMed.
- International Labour Organization (2012). *Stress prevention at work checkpoints: Practical improvements for stress prevention in the workplace*. Geneva: ILO Cataloguing in Publication Data. Retirado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_168053.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_168053.pdf)
- Jackson, R., & Watkin, C. (2004). The resilience inventory: seven essential skills for overcoming life's obstacles and determining happiness. *Selection & Development Review*, 20. Retirado de: [http://www.haygroup.com/downloads/us/pa\\_the\\_resilience\\_inventory.pdf](http://www.haygroup.com/downloads/us/pa_the_resilience_inventory.pdf)
- Jordans, M. J. D., Komproe, T., & Jing, J. T. V. M. (2009). Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 514-523. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02028.x

- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3421392>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decisional latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. Retirado de: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/4009891/job-demands-job-decision-latitude-mental-strain-implications-job-redesign>
- Kalawski, J. H., & Haz, A. M. (2003). Y...? Dónde está la resiliencia? una reflexión conceptual. *Internamerican Journal of Psychology*, 37. Retirado de: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03726.pdf>
- Karasek, R., Collins, S., Clays, E., Bortkiewicz, A., & Ferrario, M. (2010). Description of a large-scale study design to assess work - stress - disease associations for cardiovascular disease. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(3), 293-312. doi: 1.2478/v1001-1001-010-0035-2
- Kelloway, E. & Day, K. (2005). Building healthy workplace: where we need to be. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37(4), 298-309. doi: 10.1037/h0087265
- Kuper, H. & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall. II study. *Journal Epidemiology Community Health*, 57, 147-153. Retirado de: <http://jech.bmj.com/content/57/2/147.full.pdf+html>
- Lancman, S. (2008). *O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho*. In S. Lancman & L. I. Sznclwar, (Eds.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp.25-45). Rio de Janeiro: Fio Cruz e Brasília: Paralelo.
- Lazarus, R. S., & Folkman (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publisher Company.
- Lee, T.Y., Cheung, C.K. & Kwong (2012). Resilience as a positive youth development construt: a conceptual review. *The Scientific Word Journal*, 1-9. doi:10.1100/2012/390450
- Lever, J. P., & Valdez, N. E. G. (2010). Deserrollo de uma mediación de lá resiliencia com mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
- Libório, R. M. C., Castro, B. M., & Coêlho, A. E. L. (2006). Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. Em D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção* (pp.89-115). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, F. (2004). *Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de call center* (Dissertação de mestrado). Pontíficia Universidade Católica de Campinas.

- Lindström, B. (2001). O significado da resiliência. *Adolescência Latino Americana*; 2. Retirado de: [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302001000300006&lng=es&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000300006&lng=es&nrm=iso)
- Lipscomb, J., Burgel, B., McGill, L. W., & Blanc, P. B. (1994). Preventing occupational illness and injury: nurse practitioners as primary care providers. *American Journal of Public Health*, 84(4), 643-645. doi: 10.2105/AJPH.84.4.643
- Lopes, V. R., & Martins, M. C. F. 2011. Validação da escala de resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para brasileiros. *Revista Psicologia: organização e trabalho*, 11(2), 36-50. Retirado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22783/0>
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81-91. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/21.pdf>
- Lourenço, E. A. S., & Bertani, I. F. (2007). Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115), 121-134. doi: 10.1590/S0303-76572007000100011
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. Retirado de: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=62557>
- Magalhães, A. B. (2006). *A síndrome de burnout no contexto hospitalar pediátrico* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Retirado de: [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=142](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=142)
- Marrone, C., & Mendes, A.M. (2003). A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*, 3. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572003000200005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572003000200005&script=sci_arttext)
- Martins, L. F. (2011). *Estresse e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juíz de Fora. Retirado de: <http://www.ufjf.br/crepeia/files/2009/09/estresse-ocupacional-esgotamento-profissional-atencao-primaria-saude.pdf>
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397- 422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Masten, A. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930. doi:10.1017/S0954579407000442
- McCann, C., Beddoe, E., McCormick, K., Huggarg, P., Kedge, S., Adamson., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: a review of recent literature. *International Journal of Wellbeing* 3(1), 60-81. doi: 10.5502/ijw.v1i1.4

- Mealer, M., Jones, J., & Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Medical*, 38(9), 1445-1451. doi:10.1007/s00134-012-2600-6
- Mendes, A. M. B., & Tamayo, A. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Psico-USF*, 6(1), 39-46. doi: 10.1590/S1413-82712001000100006
- Mendes, A. M. (2011). Prazer, reconhecimento e transformações do sofrimento no trabalho. In A. M. Mendes (Ed.), *Trabalho e saúde* (15-25). Curitiba: Juruá.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, 25(5), 341-349. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>
- Mendonça, H. & Mendes, A. M. (2005). Experiências de injustiça, sofrimento e retaliação no contexto de uma organização pública do Estado de Goiás. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 489-498. doi: 10.1590/S1413-73722005000300017
- Menegon, V. M., & Coêlho, A. E. L. (2005). A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível. *Barbarói*, 24, 161-174. Retirado de: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608>
- Miguel, F. K., & Noronha, A. P. P. (2009). Estudo da relação entre inteligência emocional e estresse em ambientes de trabalho. *Avaliação Psicológica*, 8. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200008&script=sci_arttext)
- Millward, L. J. (2010). Grupos focais. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond & J. A. Smith, 2010 (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia*, (pp.278-301). Porto-Alegre: Artmed.
- Miranda, L., Figueiredo, M. D., Ferrer, A. L., & Campos, R. O. (2008). *Dos grupos focais aos focais narrativos: uma descoberta no campo da pesquisa*. In R. O. Campos, J. P Furtado, E. Passos, & R. Benevides, (Eds.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp.249-277). São Paulo: Hucitec.
- Mota, D. C. G. A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L., & Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doenças de chagas. *Alethea*, 24, 57-68. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300006&script=sci_arttext)
- Montanholi, L. L., Tavares, D. M. S., & Oliveira, G. R. (2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 661-665. doi: 10.1590/S0034-71672006000500013
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção e estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 39-47. doi: 10.1590/S0102-37722004000100006
- Negromonte, M. R. O., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2). Retirado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_03.pdf)

- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 923-928. doi: 10.1590/S0104-11692008000500020
- Niquerito, A. V. (2009). 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 (Trabalho de Conclusão de Curso). Retirado de: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/AnaVeraNiquerito.pdf>
- Noronha, A. P. P., & Fernandes, D. C. (2008). Estresse laboral: análise da produção científica brasileira na BVS-Psi. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 491-502. Retirado de: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/99/160>
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(1). Retirado de: <http://www.unifesp.br/reitoria/pqv/saudementaldosprofissionaisdesaude.pdf>
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (1996). Risk mechanisms in development: some conceptual and methodological considerations. *Developmental Psychology*, 32(4), 787-795. Retirado de: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1996-01781-022>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oginska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environment Health*, 2, 113-122. doi: 10.2478/v10001-006-0016-7
- Oliniski, S. R., & Lacerda, M. R. (2006). Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5(1), 100-104. doi: 10.1590/S0034-71672006000100019
- Oliveira, M. H. B., & Vasconcelos, L. C. F. (2005). Direito e saúde - possibilidades de um novo campo na luta pela saúde do trabalhador. *Trabalhar sim, adoecer não* (pp. 18-20). Brasília: Ministério da Saúde.
- Oliveira-Castro, G. A., Pilati, R., & Borges-Andrade, J. E. (1999). Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(2), 29-51. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v3n2/v3n2a03.pdf>
- Ospina-Muñoz, D. E. O., Vélez, D. E. J., & Vélez, T. M. U. (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 78-89. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401007>
- Ospina-Muñoz, D. E. O. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación em Enfermería*, 25(1). Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215404006>
- Palácios, M. (2000). A saúde mental de quem trabalha em saúde: o caso de um hospital geral do Rio de Janeiro. In A. C. Figueiredo (Ed.), *Organização do Trabalho e Saúde Mental*. Instituto de Psiquiatria-UFRJ: Rio de Janeiro.

- Palludo, S., & Koller, S. H. (2006). Psicologia positiva, emoções e resiliência. In D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*, (pp. 69-86). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Paula-Junior, W. 2009. *Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Retirado de: [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=582](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=582)
- Paris, L. & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicologia*, 13(3), 233-244. doi: 10.1590/S1413-294X2008000300006
- Pereira, M. A. D (2007). Ansiedade nos médicos. In K. B. S. Guimarães, *Saúde mental do médico e do estudante de medicina* (pp. 158-170). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. doi: 10.1590/S0102-37722004000200006
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avancini, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200010
- Peters, H., & Brown, T. C. (2009). Mental illness at work: an assessment of co-worked reactions. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 26(1), 38-56. Doi: 10.1002/CJAS.87
- Piaggio, A. M. R. (2009). Resiliencia. *Revista de Psicopedagogia*, 26(80), 291-302. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862009000200014&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862009000200014&script=sci_arttext)
- Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Revista: Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319>
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09>
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. 2003. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158. doi: 10.1590/S0102-37722003000200007
- Plaiser, I., Beekman, A. T. F., Graaf, R., Smit, J. H, Dyck, R., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 198-206. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.072
- Pochmann, M. (2010). A atualidade da categoria trabalho na sociedade da reestruturação produtiva. In Conselho Federal de Psicologia, *Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea* (pp. 29-40). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Poletto, M., & Koller, S. K. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. doi: 10.1590/S0103-166X2008000300009

- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 19(43), 177-187. doi: 10.1590/S0103-863X2009000200006
- Quiceno, J. M., & Vanaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica em población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9. Retirado de: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/157/467>
- Quillerou-Grivot, E. (2012). *Fonction psychologique et sociale du collectif pour la santé au travail: l'ecas de l'activité d'opérateurs de montage automobile* (Tese de Doutorado). Conservatoire National des Arts et Metiers. Retirado de: [http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/70/59/37/PDF/ThA\\_seEQG\\_dA\\_pot\\_-\\_final.pdf](http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/70/59/37/PDF/ThA_seEQG_dA_pot_-_final.pdf)
- Ramos, L. F. C. (2012). A assistência ao estudante nas IFES em contexto brasileiro: o programa saudavelmente da PROCOM – UFG (Dissertação de Mestrado). Pontífice Universidade Católica de Goiás. Retirado de: <http://www.cpgss.ucg.br/ArquivosUpload/15/file/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20%20A%20Assist%C3%Aancia%20ao%20Estudante%20nas%20IFES%20em%20contexto%20brasileiro%20-%20O%20Programa%20Saudavelmen.pdf>
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255. doi: 10.1590/S0102-79722012000200006
- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C., & Júnior, E. G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 623-633. doi: 10.1590/S1413-73722011000400013
- Ribeiro, R. P., Martins, J. T., Marziale, M. H. P., & Robazzi, M. L. C. C. (2012). O adoecer pelo trabalho na enfermagem: um revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 495-504. doi: 10.1590/S0080-62342012000200031
- Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1). Retirado de: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862010000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862010000100001&script=sci_arttext)
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Starfield, B., Rebok, G. W., Robertson, J., A., & Green, B. F. (2004). The parent report forms the chip-child edition: reabilityand vality. *Medical Care*, 42(3), 210-220. Retirado de: [http://www.childhealthprofile.org/uploads/newsletters/2004%20MC%20Riley%2042\(210\).pdf](http://www.childhealthprofile.org/uploads/newsletters/2004%20MC%20Riley%2042(210).pdf)
- Rincón, L. B., & Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos em médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, (17), 43-58. doi: 10.1590/S1413-73722011000400013

- Rísquez, M. I. R., García, C. C., & Tebar, E. L. A. S. (2012). Resiliencia y síndrome de burnout em estudantes de enfermária y su relación con variables sociodemográficas y de relación enterpessoal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539011.pdf>
- Rocha, S. R. A., Mendes, A. M., & Marrone, C. F. (2012). Sofrimento e distúrbios osteomusculares e depressão no contexto de trabalho: uma abordagem psicodinâmica. *Estudos em Psicologia*, 12(2). Retirado de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8270/6027>
- Rodrigues, F. J. B. (2011). *Avaliação do burnout, engagement e resiliência nos bombeiros do distrito da guarda*. (Tese de Doutorado). Universidade de Salamanca. Retirado de: <http://www.bombeiros.pt/wp-content/uploads/2013/11/Avaliacao-do-bournout-engagement-e-resiliencia-nos-bombeiros-do-distrito-da-guarda.pdf>
- Rodrigues, M. P. C. (2011). Reabilitação de pessoas com lesão medular: relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Retirado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8894>
- Rodrigues, A. L., & Campos, E. M. P. (2010). Síndrome de *burnout*. In J. Mello Filho, M. Burd, e cols (Eds). *Psicossomática hoje*, (pp. 134-151). Porto Alegre: Artmaed.
- Romero, J. C. G., Armenta, M. F., Abril, M. F. H., Noriega, L. S., & Franco, M. F. (2011). Validación del Inventario de Resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963006>
- Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantitative, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*, 81(1), 82-85. doi: 10.1097/00001888-200601000-00020
- Rowland, J. H., & Bater, F. (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *American Cancer Society*, 104(1), 2543- 2548. doi: 10.1002/cncr.21487
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* (14), 626-631. doi: 1054-139X(93)90196-V
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Sanches, V. F., Christovam, B. P., & Silvino, Z. R.(2006). Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros. *Escola Anna Nery* 10(2) 214-220. doi: 10.1590/S1414-81452006000200007
- Santos, A. (2009). *Comunicação e saúde do trabalhador* (1ª ed.). Curitiba: Juruá.

- Santos, A. F. O., & Cardoso, L. C. (2010). Profissional de saúde mental; estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543-548. doi: 10.1590/S0102-37722010000300017
- Santos, M. S. (2010). Tréplica - relações entre suicídio e trabalho: diferenças epistemológicas e (im)possibilidades de diálogo. *Revista Administração Contemporânea*, 14 (5), 956-967. doi: 10.1590/S1415-6552010000500013
- Santos, F. D., Cunha, M. H. F., Robazzi, M. L. C. C., Silva, L. A., & Terra, F. S. (2010). O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *SMAD – Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), 1-16. doi: 10.1590/S1806-69762010000100014
- Santos, C., Pereira, K. W., & Carlotto, M. S. (2010). *Burnout* em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência. *Barbarói*, (32), 69-81. Retirado de: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1097/1086>
- Sato, L., Lacaz, F. A. C. & Bernado, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos em Psicologia*, 11(3), 281-288. doi: 10.1590/S1413-294X2006000300005
- Savoia, M. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26. Retirado de: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo%2857%29.htm>
- Secco, I. A.O., Robazzi, M. L. C. C., Souza, F. E., A., & Shimizu, D. S. (2010). Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313414016>
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (2009). *Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos núcleos de apoio a saúde da família – NASF*. São Paulo: Secretaria da Saúde. Retirado de: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes\\_nasf.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf)
- Sessa, R. M., Kiorolo, P. S., Varallo, S. M., & Bruscatto, W. L. (2008). Influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 10(39). Retirado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., & Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress e coping styles. *Journal of Psychiatric Research*. 44, 236-241. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.007
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). *Burnout* and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-368. Retirado de: [http://peds.stanford.edu/Rotations/humanism\\_small\\_groups/dcuments/7\\_Burnout.pdf](http://peds.stanford.edu/Rotations/humanism_small_groups/dcuments/7_Burnout.pdf)

- Shaw, J. M., Brown, R. F., & Dunn, S. M. (2013). A qualitative study of stress and coping responses in doctors in breaking bad news. *Patient Education and Counseling*, *91*, 243-248. doi: 10.1016/j.pec.2012.11.006
- Shepard, B. C. (2013). Between harm reduction, loss and wellness: on the occupational hazards of work. *Harm Reduction Journal*, *10*(5), 1-17. doi: 10.1186/1477-7517-10-5
- Siegrist, J. (1996). Adverse, health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(10), 27-41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Siegrist, J. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, *54*, 1483-1499. doi 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Siegrist, J. (2012). Effort-reward imbalance at work -theory, measurement and evidence. *Department of Medical Sociology*. Retirado de: [http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut\\_fuer\\_medizinische\\_soziologie\\_id54/ERI/ERI-Website.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf)
- Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D. L., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, *14*, 95-102. doi: 10.1590/S0104-07072005000500012
- Silva, C. O. (2007). As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho. In E. N. Rosa (Ed.). *Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas no Brasil* (p. 75-90). Vitória: Edufes.
- Silva, D. C. M., Loureiro, M. F., & Peres, R. S. (2008). Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, *6*. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100004&script=sci_arttext)
- Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos em Psicologia*, *14*(3), 239-248. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/261/26113603008.pdf>
- Silva, A. B. H. C. (2010). O estresse na prática do psicólogo em UTI: uma revisão de literatura. *Revista SBPH*, *13*(1), 33-51. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100004)
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, *11*(1), 94-101. doi: 10.1177/1073191103258144
- Sojo, V., & Guarino, L. (2011). Mediated moderation or moderated meditation: relationship between length of unemployment, resilience, coping and health. *The Spanish Journal of Psychology*, *14*(1), 272-281. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.V14.N1.24
- Souza, M. T. S., & Cerveny, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, *40*(1), 119-126. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440113>

- Smith, R. E., Smoll, F. L., & Ptacek, J. T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: life stress, social support and coping skills, and adolescent sport injuries. *American Psychological Association*, 58(2), 360-370. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2319448>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. L. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e pratica das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Spink, M. J., & Mattos, G. C. (2010). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 17-25. doi: 10.1590/S0104-11692001000200003
- Stahl, C., Toomingas, A., Aborg, C., Ekberg, K., & Kjellberg, K. (2013). Promoting occupational health interventions in early return to work by implementing financial subsidies: a Swedish case study. *BioMed Center Public Health*, 13(310). doi: 10.1186/1471-2458-13-310
- Stansfeld, S. (2002). Work, personality and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 96-98. doi: 10.1192/bjp.181.2.96
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Suehiro, A. C. B., Santos, A. A. A., Hatamoto, C. T., & Cardoso, M. M. (2008). Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do programa de saúde da família. *Boletim de Psicologia*, LVIII(129), 205-218. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432008000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200008)
- Sztejfmán, C. (2010). Estrés psicossocial y baja resiliência: um factor de riesgo para hipertensión arterial: relaciones entre la hipertensión arterial y psicoanálisis. *Revista Argentina de Cardiología*, 78(5), 338-399. Retirado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rac/article/viewFile/678/pdf>
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Desenvolvimento e Crescimento Humano*, 16(3). Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822006000300012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822006000300012&script=sci_arttext)
- Tamayo, M. R. (2009). *Burnout*: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(3), 474-482. doi: 10.1590/S0102-79722009000300019
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos em Psicologia*, 7(1), 37-46. doi: 10.1590/S1413-294X2002000100005
- Taylor, S. E. (1990). Health Psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45(1), 40-50. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2404437>

- Theme Filha, M. M., Costa, M. A. S., & Guilam, M. C. R. (2013). Estresse ocupacional e auto avaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 1-9. doi: 10.1590/S0104-11692013000200002
- Torres, A. C., Chagas, M. I. O., Moreira, A. C. A., Barreto, I. C. H. C., & Rodrigues, E. M. (2011). O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. *SANARE – Revista de Saúde Pública*, 10(1). Retirado de: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/142>
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1). Retirado de: <http://homepages.uwp.edu/crooker/745-Resile/articles/tusaie-dyer-2004.pdf>
- UFG. (2013). *História da UFG*. Retirado de: <http://www.ufg.br/pages/63408-historia>
- Urbaneto, J. S., Silva, P. C., Hoffmeister, E., Negri, B. S., Costa, B. E. P., & Figueiredo, C. E. P. (2011). Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Escala de Estresse no Trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1-10. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421964009.pdf>
- Valle, A. R. (2005). Afeto no trabalho: o que se discute na literatura nacional. *Psicologia para América Latina*, (3) Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2005000100004&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2005000100004&lng=pt&tlng=es)
- VandenBos, G. R. (2010). Dicionário de Psicologia APA. Porto Alegre: ArtMed.
- Vera, R. S. (2012). *Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular*, (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. Retirado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10311>
- Walter, O. M. F. C. (2013). Análise de ferramentas gratuitas para condução de *survey online*. *Produto & Produção*, 14(2), 44-58. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/viewFile/22172/26155>
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Live Outcomes*, 9(8), 1-18. doi: 10.1186/1477-7525-9-8
- Yunes, M. A. M. (2006). *Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família*. Em D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção* (pp.45-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zuardi, A. W., Prota, F. G., & Del-Ben, C. M. (2008). Reduction of the anxiety of medical students after curricular reform. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 136-138. doi: 10.1590/S1516-44462008005000006

**ANEXOS**

## ANEXO 1

## Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Risco e proteção na atuação em saúde: um estudo sobre a capacidade de superar as adversidades continuando o desenvolvimento humano de maneira satisfatória.

**Pesquisador:** Viviane Ferro da Silva Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15017513.5.0000.5083

**Instituição Proponente:** Pró Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 234.350

**Data da Relatoria:** 01/04/2013

## Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto "Risco e Proteção na Atuação em Saúde: um estudo sobre a capacidade de superar as adversidades e continuando o desenvolvimento humano de forma satisfatória". É um estudo quantitativo, exploratório e transversal. Será executado pesquisadora Viviane Ferro da Silva Sousa, Área de Concentração: Psicologia da Saúde e Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença, cuja orientação será da Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo. A amostra será de 849 sujeitos, profissionais de saúde de diferentes categorias que atuam na Universidade Federal de Goiás/UFG, em Goiânia. Instrumentos: Serão utilizados, Questionário Sociodemográfico e Ocupacional; Inventário de Resiliência (IR); Versão breve da Escala de Estresse no Trabalho; Grupo focal. A coleta de dados será desenvolvida em duas etapas: 1) em meio eletrônico (internet), aplicar-se-á um questionário para caracterização sociodemográfica e ocupacional da amostra, seguido do Inventário de Resiliência e da Escala de Estresse no Trabalho; e 2) serão realizados grupos focais para discussão de temas associados ao foco do estudo. O material reunido será analisado de acordo as orientações previstas na literatura especializada.

## Objetivo da Pesquisa:

Descrever, analisar e compreender a resiliência entre profissionais de diferentes categorias que atuam em saúde, identificando a relação dos fatores de risco e de proteção que estão presentes no

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

3  
 Prof. João Batista de Souza  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
 Subiterna de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



contexto desses profissionais. Em específico: -Identificar fatores de proteção, notadamente estratégias de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde; -Investigar como as pessoas utilizam os fatores de proteção para amenizar o impacto dos fatores de risco em sua rotina profissional; -Identificar fatores de risco, principalmente o estresse, presentes na rotina desses profissionais; -Levantar mediadores qualitativos de resiliência que influenciam os profissionais de saúde estudados; -Comparar fatores de proteção e fatores de risco identificados nas diferentes categorias profissionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Mesmo prevendo que não haverá nenhum risco, prejuízo ou desconforto é resguardado ao participante, caso apresente alguma adversidade psicológica devido ao processo de pesquisa, a pesquisadora responsável realizará uma intervenção focal de apoio e fará o encaminhamento psicoterápico dentro da própria instituição. Benefícios: Conhecer e discutir a saúde dos profissionais de saúde da UFG para que se possa traçar estratégias de promoção à saúde para essa população. Critério de Inclusão: Idade mínima de 18 anos; Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Ter formação específica para a atuação em saúde; Ter sido aprovado no estágio probatório; Critério de Exclusão: Idade inferior a 18 anos; Não ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Não ter formação específica para a atuação em saúde; Estar sendo avaliado no estágio probatório.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Afirma que, em caso de dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável e disponibiliza seu número de telefone celular. Esclarece que a participação na pesquisa não trará nenhum tipo de pagamento ou privilégios ao sujeito. A Coleta dos dados, segundo cronograma apresentado, se dará de 27/05/2013 a 28/06/2013. Relata que os resultados desta pesquisa, se forem publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sempre garantirá o sigilo do nome e assegura a privacidade do sujeito. Garante que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros e não relata como os destruirá. Os termos do TCLE encontram-se adequados ao objetivo da pesquisa. Apresenta um orçamento de R\$1.700,00 e não relata financiadores, dando entender que será custeado pela própria pesquisadora. Há autorização da UFG para realização da pesquisa, inclusive utilizando dados funcionais (e-mails) do banco de dados do Departamento de Pessoal da Universidade Federal de Goiás, portanto, há condições para realização da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os seguintes documentos: Projeto de Pesquisa; Folha de Rosto; Declaração UnB; Projeto de Pesquisa (Anexado pelo Pesquisador); TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Declaração UFG;

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
Bairro: Campus Samambala CEP: 74.001-970  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com

2/3  
Prof. Dr. Roberto de Souza  
Coordenador do Núcleo de Ética em Pesquisa  
Trabalhos, Treinamentos e Pós-Graduação (NTEC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



**Recomendações:**

Apresentar a anuência do HC/UFG assim que for obtida.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

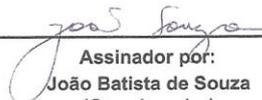
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Apresentar a anuência do HC/UFG assim que for obtida. Deverá encaminhar relatório parcial e final.

GOIANIA, 02 de Abril de 2013



**Assinador por:**  
**João Batista de Souza**  
**(Coordenador)**

*Prof. João Batista de Souza*  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

**Bairro:** Campus Samambaia

**CEP:** 74.001-970

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3521-1215

**Fax:** (62)3521-1163

**E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

3/3  
Handwritten signature and stamp

## ANEXO 2

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**Risco e Proteção na Atuação em Saúde: um estudo sobre resiliência**

## 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Viviane Ferro da Silva Sousa, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, da Universidade de Brasília, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina Ferreira Cavalcanti de Araujo. Você está convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa, que tem como objetivo descrever, analisar e compreender o processo de resiliência, identificando a relação dos fatores de risco e de proteção que estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde.

Após ler com atenção este documento, e ser esclarecido e informado a respeito deste trabalho, caso aceite participar deste estudo, assinale a opção correspondente no final deste.

Em caso de recusa, sinta-se à vontade em não participar, saiba que esta recusa não terá nenhuma consequência, você não será responsabilizado ou penalizado em hipótese alguma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora: Viviane Ferro pelo telefone 62. 8154-8788.

Esclarecemos que a sua participação na pesquisa não trará nenhum tipo de pagamento ou privilégios, contudo você irá contribuir para a produção do conhecimento científico.

Mesmo prevendo que não haverá nenhum risco a você, prejuízo ou desconforto, é resguardado a você o direito de retirar o seu consentimento como partícipe a qualquer tempo, sem que isto acarrete a você qualquer penalidade. Informamos sobre o seu direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa. E caso você apresente alguma adversidade psicológica, devido ao processo de pesquisa, a pesquisadora responsável realizará uma intervenção e fará o encaminhamento para acompanhamento dentro da própria instituição.

A pesquisa é composta por duas etapas (você poderá optar por participar apenas da primeira).

A primeira consistirá em um questionário, a ser respondido em aproximadamente trinta minutos.

A segunda etapa consiste na participação em um grupo focal que será realizado em data a ser definida e terá duração estimada de uma hora e meia. Haverá, ao final do questionário, um campo para inserir o seu contato, caso queira participar da segunda etapa dessa pesquisa.

Se os resultados desta pesquisa forem publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, será assegurado o sigilo sendo resguardada a sua privacidade. Garanto que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Agradeço antecipadamente sua participação.

Viviane Ferro da Silva Sousa

Você só poderá participar da pesquisa se concordar com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da presente estudo pesquisa, pois ficaram claros os seus propósitos, procedimentos e garantias de confidencialidade.

**Sim**

**Não**

2. Confirmando a informação de que eu tenho idade igual ou superior a 18 anos.

**Sim**

**Não**

3. Sou profissional de saúde servidor da Universidade Federal de Goiás.

**Sim**

**Não**

4. Concordo em participar deste estudo voluntariamente e estou ciente de que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

**Sim**

**Não**

**ANEXO 3****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Grupo Focal**

Você está sendo convidado a participar da segunda parte da pesquisa Risco e Proteção na Atuação em Saúde, que tem como objetivo descrever, analisar e compreender o processo de resiliência, identificando a relação dos fatores de risco e de proteção que estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde.

Esta fase da pesquisa consiste na realização de um grupo focal que tem por objetivo discutir o estresse, a resiliência e o enfrentamento profissional. O grupo será realizado em local previamente definido e terá duração de aproximadamente 1 hora e trinta minutos.

Nesta etapa, você será convidado a contribuir com a sua opinião a respeito dos temas propostos. Caso você permita, o grupo será gravado em áudio e a qualquer momento você poderá solicitar que o gravador seja desligado.

Cabe ressaltar que a sua participação é voluntária e será mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que possam identificá-lo, assegurando-se que seu nome não aparecerá em nenhum momento. Assumimos o compromisso de manter sob sigilo todo o material colhido ao longo da investigação.

Se os resultados desta pesquisa forem publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sempre garantiremos o sigilo do seu nome e asseguraremos a sua privacidade. Garantimos que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Em caso de recusa, sinta-se à vontade em não participar, sabendo que esta recusa não terá nenhuma consequência. Você não será responsabilizado ou penalizado em hipótese alguma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Viviane Ferro pelo telefone 62. 8154-8788. Esta pesquisa é orientada pela professora Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

Esclarecemos que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto não haverá nenhum tipo de pagamento ou privilégios. Mas, você irá contribuir para a produção do conhecimento científico.

Mesmo prevendo que não haverá nenhum risco, prejuízo ou desconforto, é resguardado a você, o direito de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer penalidade. Informamos sobre o seu direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa. Caso você apresente algum problema decorrente de sua participação na pesquisa, a pesquisadora responsável realizará os encaminhamentos necessários.

Agradecemos antecipadamente sua participação.

Goiânia, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Viviane Ferro da Silva Sousa

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA<sup>5</sup>**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF/ n° de matrícula, \_\_\_\_\_ aceito participar dessa pesquisa. Fui comunicado dos objetivos e interesses científicos desta pesquisa e compreendo que tenho a liberdade de responder ou não às questões e/ou pedir o desligamento do gravador, nos momentos que desejar. Além disso, reconheço que tenho a liberdade de fazer perguntas a qualquer momento, sempre que houver dúvidas e quando julgar necessário. Foi também esclarecido que a minha participação é voluntária, podendo retirar-me do estudo a qualquer momento que desejar sem qualquer tipo de prejuízo. Em nenhum momento, terei o meu nome publicado ou exposto por qualquer razão, e, caso seja necessário, o mesmo será substituído como forma de manter minha privacidade. Os pesquisadores se comprometem a manter em confidência toda e qualquer informação que possa me identificar individualmente.

Goiânia, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura do Participante

---

<sup>5</sup> Documento elaborado a partir das orientações do comitê de ética e pesquisa.

## ANEXO 4

## Questionário Sociodemográfico e Ocupacional

## Questionário Sociodemográfico e ocupacional

## 5. Sexo:

- Feminino  Masculino

## 6. Idade

- 18 a 20 anos  41 a 50 anos  
 21 a 30 anos  51 a 60 anos  
 31 a 40 anos  61 a 70 anos

## 7. Estado Civil

- Casado (a)  União estável  
 Divorciado (a)  Viúvo (a)  
 Solteiro (a)

## 8. Religião

- Budismo  Evangélicas de Origem Pentecostal  
 Candomblé  Hinduísmo  
 Católica Apostólica Romana  Igreja de Jesus Cristo dos santos dos últimos dias  
 Católica Apostólica Brasileira  Islamismo  
 Católica Ortodoxa  Judaísmo  
 Espírita  Testemunhas de Jeová  
 Espiritualista  Umbanda  
 Evangélica  Sem Religião  
 Evangélicas de missão  
 Outro (especifique)

## 9. Renda Mensal

- Até um salário mínimo  Entre 7 e 10 salários mínimo  
 Entre 1 e 3 salários mínimos  Acima de 10 salários mínimos  
 Entre 4 e 6 salários mínimos

## 10. Escolaridade

- Curso Técnico  Superior Incompleto  
 Ensino Fundamental  Especialização  
 Ensino Médio  Mestrado

Superior completo

Doutorado

### 11. Marque sua categoria profissional

Assistente social

Médico

Auxiliar de enfermagem

Nutricionista

Biomédico

Odontólogo

Enfermeiro

Psicólogo

Farmacêutico

Técnico de Enfermagem

Fisioterapeuta

Técnico de Laboratório

Fonoaudiólogo

Técnico de Radiologia

Outro (especifique)

### 12. Marque seu local de trabalho

Ambulatório

Pró-Reitoria

Clínica Escola

Pronto Socorro

Enfermarias

Unidade Acadêmica

Hospital Das Clinicas

UTI

Laboratório

Outro

### 13. Carga Horária

20h semanais

40h semanais

30h semanais

Acima de 40h

### 14. Total de horas trabalhadas (incluindo outros vínculos).

20h semanais

40h semanais

30h semanais

Acima de 40h

### 15. Está em desvio de função?

Sim

Não

### 16. Tem outro vínculo de trabalho?

Sim

Não

### 17. Há quanto tempo trabalha na área da saúde?

1 a 5 anos

16 a 20 anos

6 a 10 anos

21 a 30 anos

11 a 15 anos

Acima de 30 anos

18. Trabalha em jornada de plantão?

- Sim  Não

19. Exerce cargo de chefia?

- Sim  Não

20. Cite os pontos positivos e negativos do seu trabalho

An empty text input field with a light gray background and a thin border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a multi-line text area.

**ANEXO 5**  
***Job Stress Scale***

**21. *Job Stress Scale* (Alves et al., 2004)**

Com que frequência você tem que fazer suas atividades de trabalho com muita rapidez?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase Nunca
- Nunca

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

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

23. Seu trabalho exige demais de você?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

24. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

25. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

- Frequentemente

- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

27. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

28. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

29. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase Nunca
- Nunca

30. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

31. Você pode escolher O QUE fazer em seu trabalho?

- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

32. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

- Concordo totalmente
- Concordo mais que discordo
- Discordo mais que concordo

Discordo totalmente

33. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- Concordo totalmente
- Concordo mais que discordo
- Discordo mais que concordo
- Discordo totalmente

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

- Concordo totalmente
- Concordo mais que discordo
- Discordo mais que concordo
- Discordo totalmente

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

- Concordo totalmente
- Concordo mais que discordo
- Discordo mais que concordo
- Discordo totalmente

36. No trabalho, eu me relaciono bem com meus colegas.

- Concordo totalmente
- Concordo mais que discordo
- Discordo mais que concordo
- Discordo totalmente

37. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- Concordo totalmente
- Concordo mais que discordo
- Discordo mais que concordo
- Discordo totalmente

**ANEXO 6****Convite para Participação em Grupo Focal**

78. A segunda etapa da pesquisa consiste na realização de um grupo focal que tem por objetivo discutir o estresse a resiliência e o enfrentamento profissional. O grupo será realizado em local previamente definido e terá duração de aproximadamente 1 hora e trinta minutos.

QUERO PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL.

- Sim**  
 **Não**

79. Caso queira participar do Grupo focal, deixe seu telefone de contato no campo abaixo.

**MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!!**

**Atenciosamente,**

**Viviane Ferro da Silva Sousa**

**ANEXO 7****Perguntas norteadoras para realização do Grupo Focal**

## Entrevista

1- Fale sobre o seu trabalho:

Caso não seja mencionado...

- Qual a sua percepção sobre o seu trabalho?
- Descreva o seu cotidiano de trabalho.
- Como é o seu ambiente de trabalho?
- Como são as suas relações de trabalho?
- Quais os seus sentimentos relacionados ao trabalho?
- Como você lida com esses sentimentos?

2- Quais os fatores que te levaram a atuar na área da saúde?

Caso não seja mencionado...

- Qual a sua motivação para escolher a sua profissão?
- Qual a motivação para permanecer nesta profissão?
- Quais as suas expectativas iniciais e atuais com relação à sua profissão?

3- Quais os pontos positivos do seu trabalho?

Caso não seja mencionado...

- Eles estão presentes na rotina sua rotina de trabalho? Descreva-os.
- Como eles interferem no seu cotidiano de trabalho? E como você lida com isso?

4- Quais os pontos negativos do seu trabalho?

Caso não seja mencionado...

- Eles estão presentes na sua rotina de trabalho? Descreva-os.
- Como eles interferem no seu cotidiano de trabalho? E como você lida com isso?

5- Você considera o seu trabalho estressante? Por quê?

Caso não seja mencionado...

- Quais as principais fontes estresse no seu trabalho?
- Você utiliza estratégias para manejo do estresse? Em caso positivo, quais?

6- Como você se sente após um dia de trabalho?

Caso não seja mencionado...

- Fale sobre o seu sentimento de realização após um dia de trabalho.
- Fale sobre suas frustrações após um dia de trabalho.

7- Em sua opinião, como o seu trabalho influencia a sua saúde (melhoria, manutenção ou piora)?

Caso não seja mencionado...

- Como o seu trabalho influencia a sua saúde física?
- Como o seu trabalho influencia a sua saúde emocional?

8- Em relação ao seu trabalho, como você se imagina daqui a cinco anos?

Caso não seja mencionado...

- Quais os seus sonhos?
- Quais as suas expectativas?
- Descreva o seu planejamento, caso tenha um.